

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ІНСТИТУТ СПЕЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ І ПСИХОЛОГІЇ
ІМЕНІ МИКОЛИ ЯРМАЧЕНКА

Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису

ЛУК'ЯНЕНКО АННА ВАЛЕРІЇВНА

УДК 376.36:616.31-053.2/.7+37.018.1

ДИСЕРТАЦІЯ

**ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІ УМОВИ ІНТЕГРАТИВНОЇ
МЕДИКО-ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ ІЗ
ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЯ ОРГАНІЧНОГО ҐЕНЕЗУ**

016 Спеціальна освіта

01 Освіта/Педагогіка

Подається на здобуття ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень.

Використання ідей, результатів і текстів інших авторів

мають посилання на відповідне джерело

А. Лук А. В. Лук'яненко

Науковий керівник:

Пахомова Наталія Георгіївна

доктор педагогічних наук, професор

Київ - 2025

АНОТАЦІЯ

Лук'яненко А. В. Психолого-педагогічні умови інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги особам із порушеннями мовлення органічного генезу. - Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття ступеня доктора філософії зі спеціальності 016 Спеціальна освіта (01 Освіта/Педагогіка). - Інститут спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України, Київ 2025.

У дисертації теоретично обґрунтовано основні підходи до проблеми інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги особам із порушеннями мовлення органічного генезу. Розроблено та експериментально апробовано психолого-педагогічні умови та методику інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги, яка спрямована на подолання мовленнєвих розладів, пов'язаних із порушеннями зубощелепної системи, та забезпечення ефективної інтеграції осіб із цими порушеннями у суспільство.

Розглянуто ключові поняття: "інтегративна допомога", "порушення мовлення органічного генезу", "порушення зубощелепної системи". Зазначено, що інтегративна допомога охоплює міждисциплінарний підхід, який включає педагогічні, медичні та психологічні аспекти. Відзначено, що цей підхід передбачає тісну співпрацю фахівців різних галузей для досягнення максимально ефективного результату в процесі корекції порушень мовлення.

Проаналізовано причини виникнення органічних порушень мовлення, а також стан та особливості формування зубощелепної системи у різні вікові періоди. Теоретично обґрунтовано значення інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги для ефективної корекції мовленнєвих розладів, спричинених органічними порушеннями. Розкрито роль ранньої діагностики та своєчасного втручання в забезпеченні успішності корекційної роботи.

Теоретично та практично доведено, що порушення мовлення органічного генезу негативно впливають на формування мовленнєвої діяльності, міжособистісну комунікацію та адаптацію в соціумі. Визначено психолого-педагогічні умови інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги, необхідні для ефективного формування мовлення у осіб із порушеннями зубощелепної системи. Серед них: організаційно-педагогічні умови (створення комунікативного середовища, інтеграція логопедичної роботи у загальноосвітній процес, співпраця логопедів, лікарів-ортодонтів та психологів, робота з батьками); технологічні умови (логопедичне діагностування, використання інформаційних технологій, залучення альтернативних методів корекції); внутрішні, суб'єктивні педагогічні умови (усвідомлення необхідності логопедичної допомоги, самоаналіз і самооцінка, мотивація до мовленнєвої діяльності, формування впевненості у власних можливостях).

Для оцінки рівня сформованості мовлення та ефективності інтегративної логокорекції було виокремлено основні критерії: анатомо-фізіологічний, фонетико-фонематичний, лексико-граматичний та комунікативний. Кожен із цих критеріїв має свої особливості, рівні оцінювання та характерні показники, які можуть спостерігатися у людей із розладами мовлення органічного генезу та відрізняються в залежності від наявних порушень зубощелепної системи. Охарактеризовано та визначено рівні (високий, достатній, середній, низький) сформованості мовлення дітей із порушеннями мовлення та зубощелепної системи.

Розроблено методику інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги, яка включала наступні етапи: початковий (адаптаційно-діагностичний), основний (корекційно-реабілітаційний) та заключний (контрольно-оцінювальний). Адаптаційно-діагностичний етап охоплював комплексне обстеження дітей із використанням сучасних методів діагностики, обстеження артикуляційної моторики та особливостей звуковимови. Корекційно-реабілітаційний етап передбачав застосування

логопедичних, психологічних і медичних засобів для подолання мовленнєвих розладів, зокрема артикуляційних вправ, логопедичного масажу, використання інтерактивних методів навчання, тейпування та ортодонтичного лікування. Він був спрямований на відновлення функціональних можливостей мовленнєвого апарату шляхом застосування фізіотерапевтичних методів, артикуляційних вправ, масажу щелепно-лищевої ділянки. Контрольно-оцінювальний етап передбачав комплексний аналіз рівня сформованості мовленнєвих і комунікативних навичок у дітей із порушеннями мовлення та зубощелепної системи. На цьому етапі здійснювалася оцінка досягнень дитини у всіх ключових напрямках мовленнєвого розвитку, визначалися рівні сформованості анатомо-фізіологічної, фонетико-фонематичної, лексико-граматичної та комунікативної складових мовленнєвої діяльності. Зміст формувального етапу експерименту включав аналіз динаміки розвитку мовленнєвої функції дитини, порівняння початкових і досягнутих результатів, а також визначення подальших логокорекційних і педагогічних заходів для підтримки та вдосконалення мовленнєвих навичок.

Експериментально апробовано визначені психолого-педагогічні умови у контексті надання інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги, яка включає комплекс спеціальних вправ, технік і методів для корекції мовленнєвих порушень. Зокрема, експериментальна методика передбачала систематичну роботу з розвитку артикуляційного апарату, формування правильної звуковимови, розширення словникового запасу, тренування навичок комунікації. У логокорекційний процес одночасно з логопедами були залучені стоматологи-ортодonti, гнатологи та психологи. Окрім роботи з артикуляційним апаратом, дітям призначалися ортодонтичні апарати для корекції прикусу, було застосовано метод тейпування шийної та щелепно-лищевої ділянки. Усі зазначені маніпуляції в комплексі дозволили значно скоротити логокорекційний період та досягти найкращих результатів.

У процесі виконання дослідження було запропоновано алгоритм модифікованих вправ для корекції м'язів обличчя та шиї, для покращення артикуляційної моторики, вправи для розвитку правильного дихання, невербального спілкування, корекції вимови звуків. До цього комплексу увійшли ігрові вправи, що дозволяють дитині розслабитися у процесі виконання артикуляційної гімнастики.

Таким чином, ефективність методики інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги доведено через покращення мовленнєвих навичок, розвиток комунікативної компетентності, артикуляційної моторики, корекцію наявних порушень зубощелепної системи, підвищення соціальної активності та якості життя осіб із порушеннями мовлення органічного генезу.

У дослідженні вперше: теоретично обґрунтовано концепцію інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги дітям із мовленнєвими розладами органічного генезу, зумовленими порушеннями зубощелепної системи із залученням логопедів, ортодонтів і психологів; запропоновано поетапну методику інтегративної допомоги, що включає діагностичний, корекційно-реабілітаційний і контрольний-оцінювальний етапи, а також відповідні форми і методи логокорекційної, медичної й психологічної допомоги; розроблено систему діагностичних критеріїв (анатомо-фізіологічний, фонетико-фонематичний, лексико-граматичний, комунікативний), показників та рівнів (високий, достатній, середній, низький) сформованості мовлення дітей із порушеннями мовлення та зубощелепної системи, кожен із рівнів охарактеризовано на основі якісних і кількісних показників, що відображають функціональний стан мовленнєвого апарату, звуковимову, словниковий запас, граматичну складову та комунікативні навички; визначено й емпірично підтверджено результативність психолого-педагогічних умов інтегративної допомоги, що забезпечують корекцію мовленнєвих розладів і сприяють соціальній адаптації дитини (до них віднесено організаційні, технологічні та суб'єктивні умови); створено комплекс вправ, спрямованих на розвиток артикуляційної

моторики, вдосконалення звуковимови, мовленнєвого дихання, формування комунікативних навичок, із залученням елементів ортодонтичної корекції; експериментально перевірено та доведено ефективність запропонованої методики інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги особам із порушеннями мовлення органічного генезу, що забезпечило позитивну динаміку у формуванні мовленнєвих і комунікативних умінь, корекцію функціональних порушень артикуляційного апарату, а також уповільнило дію негативного впливу порушень зубощелепної системи на розвиток мовлення.

Поглиблено та уточнено: зміст понять «інтегративна допомога», «органічні порушення мовлення», «порушення зубощелепної системи»; уявлення про особливості інтеграції спеціальної педагогіки, психології та медицини для вирішення поставлених завдань; організаційна та змістова складові системи формування ключових психолого-педагогічних умов інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги.

Подальшого розвитку набули: положення спеціальної педагогіки, психології і медицини щодо ключових етапів інтегративної допомоги; ідеї інтегративного підходу при наданні допомоги особам із мовленнєвими розладами органічного генезу.

Практичне значення дослідження полягає у тому, що: розроблено та апробовано експериментальну методику інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги особам із порушеннями мовлення органічного генезу; розроблено та реалізовано зміст, напрями і методи комплексної допомоги в умовах інтегративного підходу; виокремлено психолого-педагогічні умови інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги особам із порушеннями мовлення органічного генезу; результати дослідження можуть бути корисними при підготовці та перепідготовці педагогічних кадрів, у практиці працівників інклюзивно-ресурсних центрів, загальноосвітніх і спеціальних закладів освіти для дітей із порушеннями мовлення, а також під час провадження нових теоретичних та експериментальних досліджень.

Проведене дослідження не вичерпує всіх аспектів поставленої проблеми. Подальша перспектива дослідження полягає у розширенні логокорекційного маршруту, залученні до нього гнатологів та невропатологів для досягнення більш розширених результатів щодо подолання мовленнєвих розладів органічного генезу шляхом надання інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги. Результати дослідження можуть бути використані у практиці спеціальних навчальних закладів, навчально-реабілітаційних центрів, закладів охорони здоров'я та у підготовці фахівців у галузі спеціальної освіти, психології та медицини. Також вони можуть слугувати основою для подальших наукових розробок у логопедії та мовленнєвій терапії.

Ключові слова: психолого-педагогічні умови, мовленнєвий розвиток, компетентісний підхід, вчитель-логопед, корекційний вплив, діти із порушеннями мовлення, рівні сформованості мовлення, старший дошкільний вік, учні початкових класів, комунікативна компетентність, інтегративна медико-психолого-педагогічна допомога, зубощелепні порушення, комунікативний розвиток, фонетико-фонематична складова, лексична і граматична складові.

ABSTRACT

Lukianenko A. V. Psychological and Pedagogical Conditions of Integrative Medico-Psychological and Pedagogical Support for Individuals with Organically Based Speech Disorders. – Qualification scholarly work in manuscript form.

Dissertation for the Degree of Doctor of Philosophy in Specialty 016 Special Education (01 Education/Pedagogy). – Mykola Yarmachenko Institute of Special Pedagogy and Psychology of the National Academy of Educational Sciences of Ukraine, Kyiv, 2025.

The dissertation provides a theoretical justification for the main approaches to the issue of integrative medical-psychological-pedagogical support for individuals with speech disorders of organic origin. Psychological and pedagogical conditions and a methodology for integrative support aimed at overcoming speech disorders associated with maxillofacial system dysfunctions and ensuring effective social integration of affected individuals have been developed and experimentally tested.

Key concepts such as “integrative support,” “speech disorders of organic origin,” and “maxillofacial system disorders” are analyzed. It is noted that integrative support involves an interdisciplinary approach that encompasses pedagogical, medical, and psychological aspects. This approach requires close cooperation among specialists from various fields to achieve optimal outcomes in correcting speech disorders.

The study examines the causes of organic speech disorders, as well as the state and developmental characteristics of the maxillofacial system across different age groups. Theoretical substantiation is provided for the significance of integrative medical-psychological-pedagogical support in effectively addressing speech impairments caused by organic pathology. The importance of early diagnosis and timely intervention in ensuring successful corrective outcomes is emphasized.

It is theoretically and empirically proven that speech disorders of organic origin negatively affect the formation of speech activity, interpersonal communication, and social adaptation. The study identifies the psychological and pedagogical conditions necessary for the effective development of speech in individuals with maxillofacial system disorders. These include organizational and pedagogical conditions (creation of a communicative environment, integration of speech therapy into general education, collaboration among speech therapists, orthodontists, and psychologists, and work with parents); technological conditions (speech therapy diagnostics, use of information technologies, implementation of alternative correction methods); and internal, subjective pedagogical conditions (awareness of the need for speech therapy, self-analysis and self-assessment, motivation for speech activity, development of self-confidence).

To assess the level of speech formation and the effectiveness of integrative speech therapy, the following key criteria were identified: anatomical-physiological, phonetic-phonemic, lexical-grammatical, and communicative. Each criterion includes specific features, assessment levels, and characteristic indicators observed in individuals with speech disorders of organic origin, varying according to the presence of maxillofacial abnormalities. Levels of speech development (high, sufficient, average, low) in children with speech and maxillofacial system disorders were defined and characterized.

A methodology for integrative medical-psychological-pedagogical support was developed, encompassing the following stages: initial (adaptation-diagnostic), main (correctional-rehabilitation), and final (control-evaluation). The adaptation-diagnostic stage involved comprehensive assessment of children using modern diagnostic techniques, examination of articulatory motor skills, and sound production. The correctional-rehabilitation stage included the use of speech therapy, psychological, and medical tools to address speech disorders—such as articulation exercises, speech therapy massage, interactive teaching methods, taping, and orthodontic treatment. This stage aimed to restore functional capabilities of the speech apparatus through physiotherapeutic techniques,

articulation exercises, and maxillofacial massage. The control-evaluation stage entailed a comprehensive analysis of the level of speech and communicative skill development in children with speech and maxillofacial system disorders, including evaluation of anatomical-physiological, phonetic-phonemic, lexical-grammatical, and communicative components of speech activity. The formative experiment involved monitoring the dynamics of speech development, comparing initial and achieved results, and identifying further corrective and pedagogical strategies to maintain and improve speech skills.

The defined psychological and pedagogical conditions for integrative support were experimentally validated. The proposed methodology included a set of exercises, techniques, and methods targeting speech correction. The experimental program focused on systematic work in developing the articulatory apparatus, forming correct pronunciation, expanding vocabulary, and enhancing nonverbal communication skills. Speech therapists, orthodontists, gnathologists, and psychologists were jointly involved in the correction process. In addition to articulation work, children were prescribed orthodontic appliances for bite correction and applied taping techniques to the cervical and maxillofacial areas. The comprehensive implementation of these interventions significantly shortened the speech correction period and contributed to improved outcomes.

An algorithm of modified exercises for facial and neck muscle correction, improvement of articulatory motor skills, breathing regulation, nonverbal communication, and sound pronunciation was proposed. The program also included play-based exercises, allowing children to relax during articulation training.

Thus, the effectiveness of the integrative medical-psychological-pedagogical methodology was demonstrated through improvements in speech skills, development of communicative competence, enhancement of articulatory motor function, correction of maxillofacial disorders, and increased social engagement and quality of life for individuals with speech disorders of organic origin.

For the first time, theoretical substantiation of the concept of integrative medical-psychological-pedagogical assistance to children with speech disorders of organic origin caused by dentoalveolar system disorders involving speech therapists, orthodontists, and psychologists, proposal of a step-by-step methodology of integrative assistance including diagnostic, correctional-rehabilitation, and control-evaluative stages, as well as relevant forms and methods of speech therapy, medical, and psychological support, development of a system of diagnostic criteria (anatomical-physiological, phonetic-phonemic, lexical-grammatical, communicative), indicators and levels (high, sufficient, average, low) of speech development in children with speech and dentoalveolar disorders, each level characterized based on qualitative and quantitative indicators reflecting the functional state of the speech apparatus, sound pronunciation, vocabulary, grammatical structure, and communicative skills, determination and empirical confirmation of the effectiveness of psychological and pedagogical conditions of integrative assistance ensuring correction of speech disorders and promoting the social adaptation of the child (including organizational, technological, and subjective conditions), development of a set of exercises aimed at improving articulatory motor skills, sound pronunciation, speech breathing, and communicative abilities involving elements of orthodontic correction, experimental verification and confirmation of the effectiveness of the proposed methodology of integrative medical-psychological-pedagogical assistance to individuals with speech disorders of organic origin, which ensured positive dynamics in the development of speech and communication skills, correction of functional disorders of the articulatory apparatus, and reduction of the negative impact of dentoalveolar disorders on speech development.

The research deepened and refined the definitions of the concepts “integrative support,” “organic speech disorders,” and “maxillofacial system disorders”; expanded understanding of the integration of special education, psychology, and medicine in addressing these issues; and clarified the

organizational and content-related aspects of the formation of key psychological and pedagogical conditions in integrative support systems.

Further development was given to the theoretical provisions of special education, psychology, and medicine regarding the key stages of integrative support, as well as the idea of an interdisciplinary approach in assisting individuals with speech disorders of organic origin.

The practical significance of the study lies in the development and validation of an experimental methodology for integrative support of individuals with speech disorders of organic origin; the elaboration and implementation of the content, directions, and methods of comprehensive support within an integrative framework; and the identification of psychological and pedagogical conditions for such support. The results may be useful for training and retraining educational personnel, in the work of inclusive resource centers, general and special education institutions for children with speech disorders, and for future theoretical and experimental research in speech-language pathology and speech therapy.

The study does not exhaust all aspects of the issue. Prospective directions for further research include expanding the speech correction pathway through the involvement of gnathologists and neurologists to achieve broader results in addressing speech disorders of organic origin via integrative medical-psychological-pedagogical support. The findings may be applied in the practice of special educational institutions, rehabilitation centers, healthcare facilities, and in the training of professionals in special education, psychology, and medicine. They may also serve as a foundation for further scientific development in speech therapy and related disciplines.

Keywords: psychological and pedagogical conditions, speech development, competence-based approach, speech therapist, corrective impact, children with speech disorders, levels of speech formation, senior preschool age, primary school students, communicative competence, integrative medical-psychological-pedagogical assistance, dentoalveolar disorders, communicative development, phonetic and phonemic component, lexical and grammatical components.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковано основні результати дисертації

Список публікацій

Основні результати дослідження представлені в 11 публікаціях автора, з них:

Статті у наукометричних базах Web of Science:

1. Пахомова, Н. Г., Баранець, І. В., Лук'яненко, А. В., Лещій, Н. П., Качуровська, О. Б., Березан, О. І., Олефір, О. І. (2022). *Комплексна реабілітація дітей із сенсорними та інтелектуальними порушеннями*. Світ медицини та біології № 2 (80). URL: <https://womab.com.ua/ua/smb-2022-02/9380>

Статті у наукових періодичних виданнях інших держав:

2. Лук'яненко, А. В. (2025). *Оцінка ефективності надання інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги дітям із порушеннями мовлення органічного генезу*. Poland. International Science Journal of Education & Linguistics №1. URL: <https://isg-journal.com/isjel/issue/view/73>

2 статті у наукових фахових виданнях України:

3. Пахомова, Н.Г., Лук'яненко, А.В. (2021). *Комплексний підхід до діагностики мовленнєвих порушень органічного генезу*. Одеса, Науковий журнал Хортицької національної академії: № 5. URL: <https://journal.khnnra.edu.ua/index.php/files/article/view/71>

Внесок здобувача полягає у визначенні основних методів та прийомів використання комплексного підходу до діагностики мовленнєвих порушень органічного генезу [79], а внесок керівника – в огляді досліджень щодо комплексної діагностики порушень мовлення органічного генезу [79].

4. Пахомова, Н.Г., Лук'яненко, А.В. (2021). *Інтегративна медико-психолого-педагогічна допомога особам із порушеннями зубощелепної системи: історичні передумови та сучасний стан*. Одеса, Науковий вісник Південноукраїнського національного педагогічного університету імені К.Д. Ушинського. Випуск 3 (136). С.135-142. URL:

<http://dspace.pdpu.edu.ua/bitstream/123456789/12988/1/Pakhomova.pdf>

Здобувачем здійснено аналіз літературних джерел щодо надання інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги особам із порушеннями зубощелепної системи [80], доробок керівника полягає у визначенні та обґрунтуванні сучасного стану інтегративних процесів у зазначеній галузі [80].

Стаття у періодичному науковому виданні України:

5. Лук'яненко, А.В. (2022). *Нейропсихолінгвістичні механізми порушень мовлення органічного генезу у дітей*. Інститут спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України: Вип. № 20. Науково-методичний збірник «Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови». URL: <https://spp.org.ua/index.php/journal/issue/view/9>

6 тез апробаційного характеру:

1. Лук'яненко, А. В. (2021). *Теоретичні основи інтеграції медико-психологічної та педагогічної складових комплексної реабілітації осіб із зубощелепними порушеннями*. Матеріали VII міжнародного конгресу зі спеціальної педагогіки та психології «Діти з особливими потребами: від рівних прав до рівних можливостей». Київ, 7-8 жовтня. URL: <https://docs.google.com/document/d/1AYHvmoc44LF94v8guPzesymqINumkIjdPPcPkSz-jRE/edit?usp=sharing>

2. Пахомова, Н.Г., Лук'яненко, А.В. (2022). *Особливості надання інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги особам із порушеннями зубощелепної системи та розладами мовлення*. II International Scientific and Theoretical Conference «CURRENT ISSUES OF SCIENCE, PROSPECTS AND CHALLENGES». Sydney, Australia, June 10. URL: <https://previous.scientia.report/index.php/archive/issue/view/10.06.2022>

3. Лук'яненко, А. В. (2022). *Особливості надання медико-психолого-педагогічної допомоги особам із порушеннями зубощелепної системи та мовлення засобами онлайн-комунікацій*. IV International Scientific and Practical Conference «THEORETICAL AND EMPIRICAL SCIENTIFIC

RESEARCH: CONCEPT AND TRENDS», 111-113. Oxford, UK, October 14.

URL: <https://archive.logos-science.com/index.php/conference-proceedings/issue/view/5>

4. Лук'яненко, А. В. (2022). *Шкідливі звички як одна з причин появи мовленнєвих порушень та розладів зубощелепної системи у дітей дошкільного віку*. VI Міжнародна науково-практична конференція «Multidisciplinary scientific notes. Theory, history and practice». Едмонтон, Канада, 1-4 листопада.

URL: <https://isg-konf.com/multidisciplinary-scientific-notes-theory-history-and-practice/>

5. Лук'яненко, А. В. (2024). *Діагностика стану мовленнєвої діяльності при порушеннях зубощелепної системи*. XVII Міжнародна науково-практична конференція «Scientific trends in the development of education in universities», Афіни, Греція, 24-27 грудня 2024 р. URL: <https://isg-konf.com/scientific-trends-in-the-development-of-education-in-universities/>

6. Лук'яненко, А. В. (2025). *Research on articulatory motor skills in the context of integrative medical, psychological, and pedagogical support for children with speech and maxillofacial disorders*. II Міжнародна науково-практична конференція «Innovative technologies for training and educating young people», Бостон, США, 14-17 січня 2025 р. URL: <https://isg-konf.com/innovative-technologies-for-training-and-educating-young-people/>

ЗМІСТ

ВСТУП.....	18
РОЗДІЛ 1. НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ІНТЕГРАТИВНОЇ МЕДИКО-ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЯ ОРГАНІЧНОГО ҐЕНЕЗУ	
1.1 Історичні передумови інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги особам із порушеннями психофізичного розвитку	26
1.2 Сутність понять: «інтегративна допомога», «порушення мовлення органічного ґенезу», «порушення зубощелепної системи» у контексті логопедичної допомоги особам із порушеннями мовлення органічного ґенезу.....	32
1.3 Характеристика та причини виникнення мовленнєвих розладів органічного ґенезу.....	41
Висновки до першого розділу	56
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ ПОДОЛАННЯ МОВЛЕННЄВИХ РОЗЛАДІВ ПРИ ПОРУШЕННЯХ ЗУБОЩЕЛЕПНОЇ СИСТЕМИ	
2.1 Сучасні методи і прийоми логопедичної роботи з особами із порушеннями мовлення органічного ґенезу	59
2.2 Дослідження стану мовленнєвого розвитку у осіб із порушеннями мовлення органічного ґенезу.....	77
2.3 Аналіз результатів констатувального етапу експерименту	108
Висновки до другого розділу	127
РОЗДІЛ 3. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МЕТОДИКА ІНТЕГРАТИВНОЇ ЛОГОПЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЯ ОРГАНІЧНОГО ҐЕНЕЗУ	
3.1 Психолого-педагогічні умови інтегративної допомоги особам із порушеннями мовлення органічного ґенезу.....	129

3.2 Етапи реалізації методики подолання мовленнєвих розладів органічного генезу у контексті надання комплексної інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги	136
3.3 Ефективність експериментальної методики інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги особам із порушеннями мовлення органічного генезу.....	156
Висновки до третього розділу.....	178
ВИСНОВКИ.....	185
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	191
ДОДАТКИ.....	211

ВСТУП

Актуальність дослідження. Удосконалення сучасної системи інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги особам із порушеннями мовлення та оптимізація процесу особистісного, комунікативно-мовленнєвого розвитку тісно пов'язані з інтегративними педагогічними та медико-психологічними підходами до роботи з такими особами.

На сьогоднішній день інтеграційні процеси є невід'ємною частиною багатьох галузей життя. Спеціальна система допомоги дітям із мовленнєвими розладами та порушеннями зубощелепної системи включає як індивідуальний підхід, так і інтегративну медико-психолого-педагогічну допомогу. Інтеграція знань з різних галузей зумовлює перегляд вже існуючих підходів і спонукає до пошуку нових шляхів комплексної допомоги.

Мовленнєві розлади органічного характеру розглядаються багатьма вітчизняними та зарубіжними авторами з позицій логопедичного, психологічного та медичного підходів. Різним аспектам організації корекційно-педагогічної і логопедичної допомоги при різних порушеннях психофізичного розвитку присвячені фундаментальні роботи українських вчених (Л. Баринової, В. Бондаря, Е. Данілавичюте, М. Дмитренко, І. Дмитрієвої, С. Дорошенко, С. Коноплястої, В. Куроєдової, І. Мартиненко, С. Миронової, О. Омельченко, Н. Пахомової, О. Петриченко, Ю. Рібцун, В. Синьова, Є. Синьової, Л. Смаглюк, В. Тарасун, Л. Трофименко, С. Федоренко, Л. Фомічової, О. Хохліної, М. Шеремет, Д. Шульженко, Н. Ярмоли та ін.).

Багатоаспектність вирішення проблем корекції мовленнєвих порушень підтверджує взаємозалежність різних галузей від міждисциплінарного підходу до інтеграції, що включає в себе формування нових підходів інтегративного характеру. Але, на сьогоднішній день, недостатньо уваги приділяється саме інтегративному медико-психолого-педагогічному підходу

до вирішення проблеми подолання наслідків порушень мовлення органічного генезу, що можуть виникати у результаті порушень зубощелепної системи.

На сьогодні особливого значення набуває визначення основних напрямів комплексної логопедичної, психолого-педагогічної, медичної допомоги, що забезпечує психолого-педагогічний та клінічний аналіз особливостей мовленнєвого розвитку, ефективність та результативність спільної роботи спеціалістів різних галузей.

Органічні порушення мовлення часто зустрічаються як у дітей дошкільного віку, так і у підлітків. Однією з причин їх виникнення можна вважати порушення зубощелепної системи. Проте, вони не завжди призводять до порушення вимови. Слід зазначити, що корекційно-логопедична робота може не дати бажаного результату без допомоги ортодонта. Існує пряма залежність якості звуковимови від будови й функціональної повноцінності зубощелепної системи, форми твердого піднебіння, стану органів, що беруть участь у мовленнєвій артикуляції. Знання про стан функціональної і морфологічної повноцінності зубощелепної системи, які частіше оцінює лікар-ортодонт, необхідні логопеду під час планування процесу подолання мовленнєвих порушень.

Відтак, якісна логопедична допомога потребує інтегративного медико-психолого-педагогічного підходу до діагностики стану мовленнєвого розвитку дитини та цілісності й функціонування артикуляційного апарату.

Аналіз існуючих літературних джерел дозволяє зробити висновок, що система допомоги особам із порушеннями мовлення органічного генезу в Україні не включає інтегративний медико-психолого-педагогічний підхід, тобто співпрацю логопедів, психологів та лікарів-ортодонтів. Консультація таких фахівців надається лише за ініціативою батьків.

Таким чином, інтеграція медико-психолого-педагогічних складових важлива для досягнення максимально стійкого результату логопедичної допомоги. Якісна логокорекційна допомога потребує інтегративного медико-психолого-педагогічного підходу до діагностики стану мовленнєвого

розвитку дитини, функціонування артикуляційного апарату та розробки системи логокорекційних заходів.

У зв'язку з цим, у колі наукових інтересів у галузі спеціальної освіти, значної актуальності набуває питання інтеграції різних методів у логокорекційній роботі при розладах мовлення, пов'язаних із порушеннями зубощелепної системи, її наукове обґрунтування та практичне використання.

Актуальність означеної проблематики та її недостатня розробленість зумовили визначення теми дисертаційної роботи – **«Психолого-педагогічні умови інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги особам із порушеннями мовлення органічного генезу»**.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Робота виконана згідно з планом науково-дослідних робіт Інституту спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України: «Логодидактичні технології формування комунікативної компетентності дітей з особливими мовленнєвими потребами різних вікових груп» (Державний реєстраційний номер 0121 U108666), що затверджена Вченою Радою (Протокол засідання №4 від 14.05.2020 р.).

Мета дослідження полягає у теоретичному обґрунтуванні, розробці та експериментальній перевірці психолого-педагогічних умов та методики інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги особам із порушеннями мовлення органічного генезу.

Відповідно до мети визначено такі **завдання дослідження**:

1. З'ясувати ступінь висвітлення досліджуваної проблеми у спеціальній психолого-педагогічній літературі з метою уточнення сутності понять: «інтегративна допомога», «порушення мовлення органічного генезу», «порушення зубощелепної системи» в контексті дослідження питання надання інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги та окреслити їх значення для успішної корекції порушень мовлення органічного генезу.

2. Вивчити стан сформованості мовлення у осіб із порушеннями мовлення органічного генезу.

3. Визначити психолого-педагогічні умови інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги особам із порушеннями мовлення органічного генезу.

4. Обґрунтувати та розробити методику інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги особам із порушеннями мовлення органічного генезу та перевірити її ефективність.

Об'єкт дослідження – інтегративна медико-психолого-педагогічна допомога особам із порушеннями мовлення органічного генезу.

Предмет дослідження – психолого-педагогічні умови інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги особам із порушеннями мовлення органічного генезу.

Методи дослідження. Для забезпечення достовірності положень, висновків і розв'язання окреслених завдань дослідження використано комплекс взаємодоповнюючих методів:

теоретичні: аналіз педагогічної та медичної літератури для встановлення особливостей розвитку мовлення у дітей із порушеннями мовлення та зубощелепної системи, сформованості ключових етапів і умов психолого-педагогічного супроводу осіб із порушення мовлення органічного генезу та ін.

емпіричні: спостереження, бесіда, клінічний огляд, аналіз психолого-педагогічної документації, психолого-діагностичні методики, адаптовані до наявних мовленнєвих розладів; формувальний експеримент з використанням корекційних логопедичних і ортодонтичних методів та авторської модифікації інтегративної допомоги особам із мовленнєвими розладами, що виникли в результаті наявних порушень зубощелепної системи.

математично-статистичні: якісний та кількісний аналіз емпіричних показників з використанням методів математичної статистики. Достовірність відмінностей між досліджуваними групами встановлювалася за t-критерієм Стьюдента.

Наукова новизна дослідження полягає в тому, що:

Вперше:

- теоретично обґрунтовано концепцію інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги дітям із мовленнєвими розладами органічного генезу, зумовленими порушеннями зубощелепної системи із залученням логопедів, ортодонтів і психологів;
- запропоновано поетапну методику інтегративної допомоги, що включає діагностичний, корекційно-реабілітаційний і контрольно-оцінювальний етапи, а також відповідні форми і методи логокорекційної, медичної й психологічної допомоги;
- розроблено систему діагностичних критеріїв (анатомо-фізіологічний, фонетико-фонематичний, лексико-граматичний, комунікативний), показників та рівнів (високий, достатній, середній, низький) сформованості мовлення дітей із порушеннями мовлення та зубощелепної системи, кожен із рівнів охарактеризовано на основі якісних і кількісних показників, що відображають функціональний стан мовленнєвого апарату, звуковимову, словниковий запас, граматичну складову та комунікативні навички;
- визначено й емпірично підтверджено результативність психолого-педагогічних умов інтегративної допомоги, що забезпечують корекцію мовленнєвих розладів і сприяють соціальній адаптації дитини (до них віднесено організаційні, технологічні та суб'єктивні умови);
- створено комплекс вправ, спрямованих на розвиток артикуляційної моторики, вдосконалення звуковимови, мовленнєвого дихання, формування комунікативних навичок, із залученням елементів ортодонтичної корекції;
- експериментально перевірено та доведено ефективність запропонованої методики інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги особам із порушеннями мовлення органічного генезу, що забезпечило позитивну динаміку у формуванні мовленнєвих і комунікативних умінь, корекцію функціональних порушень артикуляційного апарату, а також уповільнило дію негативного впливу порушень зубощелепної системи на розвиток мовлення;

поглиблено та уточнено:

- зміст понять «інтегративна допомога», «органічні порушення мовлення», «порушення зубощелепної системи»;
- уявлення про особливості інтеграції спеціальної педагогіки, психології та медицини для вирішення поставлених завдань;
- організаційна та змістова складові системи формування ключових психолого-педагогічних умов інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги;

подальшого розвитку набули:

- положення спеціальної педагогіки, психології і медицини щодо ключових етапів інтегративної допомоги;
- ідеї інтегративного підходу при наданні допомоги особам із мовленнєвими розладами органічного генезу.

Практичне значення дослідження вбачали у тому, що було:

- виокремлено психолого-педагогічні умови інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги особам із порушеннями мовлення органічного генезу;
- розроблено та апробовано експериментальну методику інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги особам із порушеннями мовлення органічного генезу;
- визначено та реалізовано зміст, напрями і методи інтегративної допомоги особам із порушеннями мовлення органічного генезу;
- результати дослідження можуть бути корисними при підготовці та перепідготовці педагогічних кадрів, а також під час провадження нових теоретичних та експериментальних досліджень.

Особистий внесок здобувача полягає у глибокому вивченні та аналізі вітчизняної та зарубіжної літератури із заданої проблематики, проведенні інформаційного пошуку наукових джерел. Разом із науковим керівником сформульовано мету та завдання дослідження, в повному обсязі визначені методи дослідження. Створено методику інтегративної медико-психолого-

педагогічної допомоги, до якої входить комплекс модифікованих вправ для артикуляційної гімнастики. Досліджено вплив порушень зубощелепної системи на формування мовленнєвих розладів. Визначено психолого-педагогічні умови інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги дітям із порушеннями мовлення органічного генезу. Проведено статистичну обробку результатів дослідження. Разом із науковим керівником проведено аналіз та узагальнення результатів дослідження, сформульовано наукові висновки.

Результати експериментального дослідження впроваджено в діяльність: КЗ-ЗДО «Казка» Фастівського району Київської області; Полтавського Навчально-реабілітаційного центру Полтавської обласної ради; КЗ ПДНЗ (ясла-садок) № 21 «Метелик» Полтавської міської ради Полтавської області; КЗ «Нікопольський навчально-реабілітаційний центр «Ніка» Дніпропетровської обласної ради»; початкової школи № 45 Полтавської міської ради; КЗ «Харківський інклюзивно-ресурсний центр № 1 Харківської міської ради». До експерименту було залучено 228 дітей дошкільного та молодшого шкільного віку.

Апробація результатів дисертаційного дослідження. Зміст і результати теоретико-експериментального дослідження оприлюднені на всеукраїнських конференціях: «Діти з особливими потребами: від рівних прав до рівних можливостей». Київ, 7-8 жовтня 2021 р. та декількох міжнародних конференціях: II International Scientific and Theoretical Conference «CURRENT ISSUES OF SCIENCE, PROSPECTS AND CHALLENGES». Sydney, Australia, June 10, 2022; IV International Scientific and Practical Conference «THEORETICAL AND EMPIRICAL SCIENTIFIC RESEARCH: CONCEPT AND TRENDS», 111-113. Oxford, UK, October 14, 2022; VI Міжнародна науково-практична конференція «Multidisciplinary scientific notes. Theory, history and practice». Едмонтон, Канада, 1-4 листопада 2022 р.; XVII Міжнародна науково-практична конференція «Scientific trends in the development of education in universities», Афіни,

Греція, 24-27 грудня 2024 р.; II Міжнародна науково-практична конференція «Innovative technologies for training and educating young people», Бостон, США, 14-17 січня 2025 р.

Публікації. Основний зміст та результати дослідження відображено в 11 публікаціях: 1 стаття у наукових періодичних виданнях інших держав, 1 стаття у наукометричній базі Web of Science, 2 статті у наукових фахових виданнях України, 1 стаття у науковому журналі України, 6 тез на всеукраїнських та міжнародних наукових конференціях.

Надійність і вірогідність результатів забезпечується теоретичним підґрунтям вихідних положень дослідження, використанням системи взаємодоповнюючих методів, що відповідають визначеним меті, предмету та завданням роботи, а також поєднанням якісного та кількісного підходів до аналізу емпіричних даних.

Експериментальна база дослідження. Дослідження проводилось на базі КЗ-ЗДО «Казка» Фастівського району Київської області, Полтавського Навчально-реабілітаційного центру Полтавської обласної ради, КЗ ПДНЗ (ясла-садок) № 21 «Метелик» Полтавської міської ради Полтавської області, КЗ «Нікопольський навчально-реабілітаційний центр «Ніка» Дніпропетровської обласної ради», початкова школа № 45 Полтавської міської ради, КЗ «Харківський інклюзивно-ресурсний центр № 1 Харківської міської ради».

Структура дисертації. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, аналізу та узагальнення результатів дослідження, списку використаних джерел (188 найменувань на 20 сторінках) і додатків. Загальний обсяг дисертації – 264 сторінки, із них – 165 сторінок основного тексту.

РОЗДІЛ 1

НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ІНТЕГРАТИВНОЇ МЕДИКО-ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЯ ОРГАНІЧНОГО ГЕНЕЗУ

1.1. Історичні передумови інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги особам із порушеннями психофізичного розвитку

Інтеграція (integration (англ.) - цілий) як окреме явище має багато теоретичних підходів до вирішення її основних проблем. Це значно ускладнює визначення та класифікацію її напрямів. Інтеграція передбачає введення дітей з особливими потребами в загальний освітній простір. А цього практично неможливо досягти без надання інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги дітям із порушеннями психофізичного розвитку [4, 146].

Інтеграція в суспільство людини з особливими потребами – процес і результат надання їй прав і можливостей брати участь у всіх видах і формах соціального життя нарівні та разом з іншими членами суспільства в умовах, які компенсують відхилення в розвитку і обмеження можливостей [13].

Існує кілька типів інтеграції: соціальна, функціональна, зворотна і спонтанна. Усі ці типи ставлять за мету соціалізацію особи з порушеннями психофізичного розвитку у суспільстві і включення її до масової освітньої програми.

У спеціальній педагогіці інтеграція розглядається або стосовно локальної проблеми (інтеграція дітей з інтелектуальними порушеннями, змінами в опорно-руховому апараті), або в узагальненому вигляді (один із напрямків підготовки дітей з обмеженими можливостями до самостійного життя у суспільстві) [66, 63, 129].

Виходячи з досліджень Л. Шипіциної, проблема інтеграції осіб з обмеженими психофізичними можливостями зумовлена як наявністю у них певних відхилень у психічному і фізичному розвитку, так і недосконалістю

самої системи соціальних стосунків. Соціальна інтеграція передбачає соціальну адаптацію особи з обмеженими психофізичними можливостями в загальну систему соціальних стосунків і взаємодії в тому середовищі, в яке вона інтегрується. Існує два основних підходи до інтеграції у суспільство осіб з психофізичними порушеннями. Перший передбачає адаптацію до умов навколишнього середовища. Другий, окрім підготовки особи до повноцінного соціального життя, передбачає підготовку суспільства до прийняття такої особистості [8, 118].

Одним із перших ідею інтегрованого навчання обґрунтував Л. Виготський. Згодом вона була реалізована в практиці багатьох шкіл США і Західної Європи. Зараз інтегративні ідеї все активніше втілюються на території України [5, 165].

На думку Л. Виготського, необхідно було створити таку систему навчання, в якій людина з обмеженими психофізичними можливостями не виключалася б із суспільства нормально розвинутих дітей. Проте, у спеціальної школи є великий недолік – вона обмежує своїх вихованців у вузькому колі шкільного колективу, створює замкнутий світ, пристосований до наявного у дитини дефекту. Саме тому Л. Виготський вважав основним завданням інтеграцію хворої особи в життя і компенсацію її недоліку різними шляхами.

У соціально-педагогічному контексті інтеграція встановлювалась протягом декількох століть. Ще з часів, коли було визнано право на освіту дітей з відхиленнями розвитку, сформувалась ідея їх сумісного навчання зі звичайними дітьми. Проте, у ті часи вчителі не володіли спеціальними знаннями і прийомами навчання. Тому цей період називають псевдоінтеграцією. Така псевдоінтеграція існує і сьогодні у нерозвинених країнах Африки, Азії та Латинської Америки [8, 13, 139, 150].

Паралельно з цим процесом виник і поширився процес освітньої сегрегації дітей з особливими освітніми потребами. Формування системи освітніх установ сегрегації було завершено у XX ст. Наприклад, до середини

80-х років у СРСР для дітей із відхиленнями в розвитку було 8 типів шкіл. Що стосується світової практики, таких шкіл налічувалось 12-13 типів [23, 28].

Необхідність складання міжнародних актів справ осіб з обмеженими можливостями спонукає багато країн світу вступати на шлях інтеграції. Починається цей процес у 60-х роках ХХ ст. Шлях до інтеграції кожної з країн був різним. Боротьба демократичних верств суспільства проти расизму і расової сегрегації стала поштовхом для ухвалення у США у 1975 р. «Закону про освіту для всіх аномальних», «Закону про інтеграцію». Надалі ідеї расової інтеграції були перенесені на проблеми осіб з обмеженими можливостями. Тому важливим став розвиток інтеграційних процесів спеціальної освіти. Акцент робився на *mainstreaming*, тобто, навчання таких дітей у загальному потоці. Вважається, що поштовхом до розвитку таких процесів стало те, що сестра президента Дж. Кеннеді страждала порушенням інтелекту [37, 128].

«Колискою інтеграції» називають скандинавські країни. Зокрема, в Данії у 1961-1980 р.р. проводилась соціально-педагогічна робота з освоєння інтеграції педагогами, батьками і дітьми. Такі ініціативи не регламентувалися органами влади. Узаконеною інтеграція стала у січні 1980 р., коли був прийнятий «Закон про реформу освіти». Суть його полягає у введенні принципу нормалізації відносин з дітьми з обмеженими можливостями [40, 140, 161].

Поштовх для зародження медичного напрямку у здійсненні допомоги убогим, зарахованим до числа хворих, в Україні дав розвиток психіатрії в середині ХVIII ст. Науковці визначають потреби таких людей не лише у догляді, а й у лікуванні (В. Бондар, В. Золотоверх, В. Селіверстов, С. Федоренко, О. Шевченко, М. Ярмаченко та ін.). Проте, громадські діячі-гуманісти (Д. Дідро, Я. Коменський, Д. Локк, М. Ломоносов, Т. Мор, Й. Песталоцці, Ж. Руссо, К. Ушинський, М. Чернишевський та ін.) найбільшою передумовою формування гармонійно розвинутої особистості

вважали вивчення проблеми оволодіння дітьми правильним мовленням [4, 12, 43, 74, 141].

Щодо розвитку логопедичного напрямку, до революції логопедична допомога була суто приватною справою. Починаючи з 30-х років логопедичну допомогу могли отримати лише школярі. Тільки з 40-х років порушення мовлення у дітей дошкільного віку стають предметом уваги науковців і практиків [28, 37].

Швидкий темп розвитку логопедії як науки у 60-70-і роки зумовлює вдосконалення існуючих на той час державних установ для надання інтегративної допомоги особам із порушення мовлення. Проведені експериментальні дослідження сприяли подальшій розробці методик комплексного вивчення осіб з мовленнєвими розладами та відкриттю більшої кількості установ для проведення диференційованого корекційного виховання і навчання. Розширюється зв'язок логопедії з іншими науками: психологією, лінгвістикою, медициною, невропатологією, психіатрією [48, 70, 94, 152].

У даний час відмічається значний прогрес в розвитку логопедії. На основі психологічного аналізу можна отримати дані щодо нозології мовленнєвих порушень (афазії, алалії, та загального недорозвитку мовлення, дизартрії). Вивчаються мовленнєві порушення при ускладнених дефектах: при порушеннях інтелекту, у дітей із порушеннями зору, слуху, опорно-рухового апарату. Інтенсивно почали вивчатися особливості мовленнєвого розвитку дітей дошкільного віку, що з самого початку підвищує ефективність логопедичної роботи [5, 85].

Оскільки правильно сформоване мовлення – один із факторів повноцінного розвитку дитини, її соціальної адаптації, то виявлення порушень мовлення та їх усунення краще проводити якомога раніше. Ефективність усунення мовленнєвих порушень визначається в основному рівнем розвитку логопедії як науки [86, 167].

Концептуальні засади реформування спеціальних ланок освіти, визначені у «Національній доктрині розвитку освіти України у XXI столітті» (2001) окреслюють ключові тенденції в розвитку сучасної системи національної освіти, нові вимоги до підготовки і навчання дітей. Передбачають свідоме ставлення до мови як національно-культурної цінності та обов'язкове оволодіння основами української літературної мови як провідної передумови засвоєння необхідних знань, умінь і навичок. Все це надає особливої актуальності вивченню проблеми формування мовленнєвої компетентності дітей з психофізичними порушеннями й зумовлює необхідність дослідження розвитку мовлення таких дітей та процесу їх реабілітації [90].

Перші кроки у реалізації соціальних та психолого-педагогічних завдань щодо осіб із порушеннями мовлення припадають на 90-і роки XX століття. Саме у цей час активно розвивається мережа реабілітаційних центрів для надання комплексної допомоги дітям із мовленнєвими порушеннями. В умовах реабілітаційного закладу логопедична реабілітація є одним із напрямів психолого-педагогічної реабілітації. Корекційна робота у спеціалізованих центрах, як цілісна система, звичайно розглядається у тісному взаємозв'язку з підсистемами, що забезпечуватимуть цей процес комплексом медичних, психологічних, соціальних і педагогічних заходів відповідно до потреб дитини [88].

На сьогоднішній день в Україні функціонує достатньо розгалужена система спеціальних установ, де можна одержати висококваліфіковану логопедичну допомогу. Особи з порушеннями мовлення можуть отримувати спеціальну корекційну допомогу у закладах Міністерства освіти і науки, охорони здоров'я та соціальної політики [94].

Найбільш сприятливим для розвитку мовлення вважається дошкільний вік. Особливого значення при цьому набуває саме рання діагностика мовленнєвих порушень та своєчасна організація інтегративної корекційної допомоги. Рання корекція мовлення у дітей дозволяє попередити тяжкі

порушення мовлення, що виникають у початковій школі. Саме цим можна пояснити необхідність впровадження спеціальної логопедичної допомоги у дошкільних закладах. У нашій країні отримати логопедичну допомогу дітям із різними порушеннями мовлення можна у дошкільних логопедичних пунктах, спеціальних групах при загальноосвітніх навчальних закладах, у спеціальних дошкільних закладах компенсуючого типу для дітей з ТПМ [100, 113].

Провідну роль у вихованні і розвитку дітей дошкільного віку відіграють спеціальні дитячі садки на базі яких формують групи дітей із різними порушеннями мовленнєвого розвитку. Робота з такими дітьми у групах сприяє більш швидкому подоланню та компенсації наявних у дітей мовленнєвих розладів і вторинних психічних відхилень.

До дошкільних навчальних закладів (груп) для дітей з порушеннями мовлення зараховуються діти з тяжкими мовленнєвими розладами (ринолалією, заїканням, дизартрією) та фонетико-фонематичним недорозвиненням мовлення при збереженому слуху та інтелекті [115].

Відтак, якісна корекційна допомога може надаватися у логопедичних пунктах при відділах освіти, загальноосвітніх та дошкільних закладах. Основне завдання логопедичної роботи при логопункті – надання корекційної допомоги дітям із порушеннями мовлення, усунення розладів усного і писемного мовлення, пропаганда логопедичних знань серед батьків та педагогів. На логопедичному пункті комплектують такі групи дітей: з порушеннями читання і письма, зумовленими розладами мовленнєвого розвитку; з відхиленнями фонетичного і лексико-граматичного розвитку (IV рівень ЗНМ); із заїканням; з розладами вимови окремих фонем; з дизартрією; алалією; ринолалією. По можливості до груп добирають дітей з однорідними порушеннями мовлення й однакового віку. Допускається комплектування груп учнів з різних класів [117].

Робота логопеда поліклініки будується відповідно до «Положення про логопедичний кабінет дитячої поліклініки», в якому визначено напрямки роботи:

1. Педагогічна робота з виправлення розладів мовлення здійснюється у формі занять та консультацій.
2. Диспансеризація дітей, які виховуються вдома та у закладах освіти.
3. Участь у комплектуванні логопедичних установ системи охорони здоров'я та освіти. Оформлення на кожну дитину логопедичної характеристики.
4. Проведення логопедичної санітарно-просвітницької роботи: бесіди з батьками, робота з педіатрами та вихователями дитячих садків, випуск логопедичних бюлетенів, виготовлення наочних дидактичних посібників тощо [111].

Таким чином, можемо говорити про те, що основна мета логопедичної роботи: виявити дітей із порушеннями усного і писемного мовлення (раннє виявлення і діагностика відхилень у розвитку, первинні порушення і вторинні відхилення внаслідок наявності будь-яких хронічних захворювань, відхилення у психічному розвитку); виявити та організувати процес формування мовлення; сформувати і закріпити навички правильного мовлення; підвищити логопедичну компетентність батьків дітей із порушеннями мовлення та залучити їх до спільної роботи.

1.2 Сутність понять: «інтегративна допомога», «порушення мовлення органічного генезу», «порушення зубощелепної системи» у контексті логопедичної допомоги особам із порушеннями мовлення органічного генезу

Інтегративна допомога — це система педагогічних, психологічних, медичних та соціальних заходів, спрямованих на забезпечення всебічної підтримки особи (дитини чи дорослого) з урахуванням її індивідуальних потреб. Вона передбачає залучення різних фахівців, комплексний підхід до вирішення проблем та адаптацію до соціального середовища.

У сучасній корекційно-розвивальній практиці зростає потреба у формуванні таких підходів, які б не обмежувалися рамками окремої

професійної спеціалізації, а забезпечували б повноцінну, цілісну та ефективну підтримку дитини з порушеннями мовлення. Саме такою виступає інтегративна допомога, що базується на тісній взаємодії представників різних галузей знань і практики — логопедів, психологів, лікарів (ортодонтів, неврологів, отоларингологів, педіатрів), педагогів-дефектологів, реабілітологів та інших фахівців.

Відтак, інтегративна допомога передбачає всебічне охоплення факторів, які впливають на розвиток мовлення дитини, та забезпечує не лише подолання симптомів порушення, а й створення сприятливих умов для загального психофізичного розвитку. Її особливістю є гнучкість, взаємозв'язок фахових впливів та спрямованість на адаптацію індивідуальних програм під особливості кожної дитини.

Центральною ланкою в системі інтегративної допомоги виступає логопед, діяльність якого спрямована на діагностику й подолання порушень звуковимови, лексико-граматичних і фонематичних труднощів, формування комунікативної складової мовлення. Логопед також координує участь інших фахівців, адаптує корекційні методи до клінічних, вікових і психофізіологічних особливостей дитини, впроваджує індивідуальні або групові заняття, що сприяють мовленнєвому розвитку на фоні загального психоемоційного зростання.

Важливою складовою інтегративної допомоги є залучення дитячого психолога. Його участь забезпечує виявлення та врахування особистісних характеристик дитини, її рівня мотивації, самооцінки, тривожності, емоційного реагування на труднощі у спілкуванні. Психолог працює над формуванням позитивного ставлення дитини до себе як мовця, допомагає подолати страхи, пов'язані з мовленнєвою невпевненістю, розвиває комунікативні навички в ігровій формі. Крім того, психолог забезпечує психоемоційну підтримку родини дитини, надаючи рекомендації щодо взаємодії в домашньому середовищі.

Ще одним вагомим напрямом інтегративної допомоги є участь ортодонта, особливо у випадках структурно зумовлених порушень мовлення, пов'язаних з порушеннями прикусу, неправильною формою піднебіння чи положенням язика. Виправлення порушень зубощелепної системи є не лише медичною, а й логопедичною необхідністю, оскільки правильна артикуляція багатьох звуків можлива лише за умови анатомічно правильного розміщення органів артикуляції. Співпраця логопеда та ортодонта полягає у поєднанні корекційних і лікувальних заходів, що дозволяє скоротити тривалість і підвищити ефективність логопедичної роботи.

Отже, у рамках інтегративної допомоги важливою умовою є постійний обмін інформацією між усіма фахівцями, спільне обговорення динаміки розвитку дитини, координація зусиль на всіх етапах діагностики, терапії й супроводу. Такий підхід дозволяє уникнути фрагментарності впливів, забезпечує цілісне бачення проблеми та сприяє узгодженості дій, що є запорукою досягнення стабільного результату в подоланні мовленнєвих порушень.

Інтегративна допомога також передбачає активну участь батьків як повноцінних учасників корекційного процесу. Їм надаються рекомендації щодо організації мовленнєвого середовища вдома, методів стимулювання мовлення в побуті, способів реагування на труднощі дитини без створення психологічного тиску.

Таким чином, виходячи з сучасних уявлень про міждисциплінарні зв'язки між логопедичним та медичним напрямками роботи з особами із порушеннями мовлення, можемо говорити, що інтегративна допомога - цілісна система міждисциплінарної взаємодії, що забезпечує всебічний підхід до подолання мовленнєвих порушень у дітей, ґрунтуючись на поєднанні педагогічних, психологічних та медичних знань. Вона сприяє глибшому розумінню причин порушень мовлення, індивідуалізації корекційних впливів, формуванню сприятливого емоційного фону та комунікативного

розвитку дитини, що, у свою чергу, позитивно впливає на її соціальну адаптацію, навчальну діяльність та загальну якість життя.

Інтегративна допомога особам із порушеннями мовлення органічного генезу має такі принципи:

1. Цілісність – залучення усіх аспектів розвитку особистості — фізичного, емоційного, когнітивного, соціального.
2. Індивідуалізація – врахування специфічних потреб кожної людини.
3. Мультидисциплінарність – взаємодія фахівців різних галузей (логопеди, психологи, педагоги, медики, соціальні працівники).
4. Систематичність – постійна підтримка та контроль прогресу особи.
5. Співпраця – взаємодія з родиною, суспільством, освітніми установами.

Дотримання основних принципів інтегративної допомоги сприяє розвитку особистості, підняттю самооцінки, кращій інтеграції у соціумі. Дозволяє підібрати найбільш дієву методику корекційної роботи для кожної дитини [41, 44, 52, 74, 77, 163].

Виділяють такі форми інтегративної допомоги:

1. Педагогічний супровід за допомогою освітніх програм, спрямованих на корекцію порушень та розвиток особистості.
2. Психологічна допомога та робота з емоційними та поведінковими аспектами.
3. Медична підтримка, що включає в себе діагностику, лікування, реабілітацію захворювань, що впливають на розвиток.
4. Соціальна адаптація, тобто допомога у входженні до суспільства, подоланні ізоляції [65, 67, 73].

Саме така взаємодія спеціалістів різних напрямків складає основу інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги дітям із порушеннями мовлення та зубощелепної системи.

Значення інтегративної допомоги проявляється у багатьох аспектах життя:

1. Покращення якості життя, забезпечення комфортних умов для розвитку особи.
2. Підвищення соціальної інтеграції, що включає допомогу в адаптації до вимог суспільства.
3. Запобігання вторинним ускладненням, наприклад, соціальній ізоляції, емоційним розладам [105, 109, 125].

Виходячи з цього, можемо зробити висновок, що інтеграційні процеси в цілому покращують життя дітей з різними порушеннями мовлення. Тісна співпраця логопедів зі спеціалістами інших галузей дозволяє розробляти універсальні корекційні маршрути. Дотримуючись рекомендацій та при підтримці батьків, дитина із мовленнєвими розладами зможе швидше адаптуватися у суспільстві та стати повноправним членом колективу.

Однією з найбільш частих причин розвитку мовленнєвих розладів є порушення зубощелепної системи, що впливають не тільки на естетичний вигляд, а і на артикуляційний уклад, положення язика. Це, в свою чергу, сприяє розвитку неправильної артикуляції при вимові певних звуків [80, 96].

Порушення зубощелепної системи — це порушення розвитку, функціонування або будови зубів, щелеп, піднебіння, які впливають на загальний стан здоров'я, мовлення, жування, дихання та естетику.

Виділяють такі основні типи порушень зубощелепної системи:

Аномалії прикусу:

- прогнатія (виступання верхньої щелепи);
- прогенія (виступання нижньої щелепи);
- відкритий або перехресний прикус.

Аномалії зубів:

- гіпоплазія емалі;
- відсутність зубів (адентія);
- надмірна кількість зубів.

Аномалії піднебіння:

- розщеплення піднебіння (вовча паща);

- високе аркове піднебіння [94, 95].

Причинами порушень зубощелепної системи можуть стати:

1. Спадковість, тобто генетична схильність.
2. Перинатальні фактори: недоношеність, травми при пологах.
3. Шкідливі звички: смоктання пальця, неправильне дихання.
4. Травми: ушкодження щелепи, зубів [59, 101].

Порушення зубощелепної системи мають певний вплив на мовлення. Неправильне положення язика, дефекти зубів та піднебіння можуть сприяти появі порушень артикуляції. При розщепленнях твердого піднебіння майже завжди спостерігається ринолалія. Через функціональні обмеження органів мовлення, неправильно прикріплених вуздечок язика або верхньої губи може чітко проявлятися затримка мовленнєвого розвитку.

Виділяють декілька основних методів корекції мовленнєвих розладів, спричинених наявними порушеннями зубощелепної системи. Серед них:

1. Логопедична робота, заснована на корекції звуковимови після усунення анатомічних дефектів.
2. Хірургічне втручання під час корекції вуздечок язика та верхньої губи, а також під час пластики твердого піднебіння.
3. Ортодонтичне лікування, що включає в себе виправлення прикусу, протезування [92, 82].

Кожне з цих понять відображає важливий аспект підходу до підтримки осіб із мовленнєвими чи фізіологічними порушеннями. Інтегративна допомога є ключовим методом вирішення таких проблем, оскільки вона поєднує педагогічний, медичний, психологічний і соціальний аспекти. Розширена інтегративна допомога є ключовим інструментом підтримки осіб із різними порушеннями. Її реалізація можлива лише за умови співпраці всіх зацікавлених сторін і впровадження сучасних технологій та методик [50, 76, 71, 103, 132].

Порушення мовлення органічного генезу, такі як дислалія, ринолалія, афазія, алалія, дизартрія, охоплюють широкий спектр розладів, зумовлених

ураженнями структур центральної нервової системи (ЦНС) або периферичних елементів мовленнєвого апарату. Ці порушення виникають через органічні пошкодження мозку, що формуються як до, так і після народження дитини. Розуміння їх потребує врахування клінічних, психолого-педагогічних, соціальних та вікових аспектів [102, 110, 112, 114].

Звертаючи увагу на клініко-педагогічну характеристику порушень мовлення органічного генезу можна виділити такі етіологічні чинники розвитку мовленнєвих розладів при наявності порушень зубощелепної системи.

Пренатальні фактори:

1. Інфекції під час вагітності (краснуха, цитомегаловірус, токсоплазмоз).
2. Гіпоксія плода, обумовлена порушеннями плацентарного кровообігу.
3. Токсикози, шкідливі звички матері (куріння, алкоголізм, наркотики).
4. Генетичні аномалії та хромосомні захворювання.

Перинатальні фактори:

1. Родова травма (ушкодження головного мозку, асфіксія).
2. Недоношеність або переношеність, що впливає на формування мозкових структур.
3. Важкі пологи з ускладненнями.

Постнатальні фактори:

1. Черепно-мозкові травми.
2. Інфекційні захворювання (менінгіт, енцефаліт).
3. Нейродегенеративні захворювання, епілепсія [104, 105].

Органічні порушення мовлення можуть проявлятися по-різному. Виділяють такі їх симптоми:

1. Фонетико-фонематичні розлади: нездатність розрізняти фонemi, складність із правильною артикуляцією звуків.

2. Лексико-граматичні труднощі: недостатній словниковий запас, проблеми з утворенням та вживанням граматичних форм, складність у побудові зв'язних висловлювань.

3. Мовленнєва апраксія: утруднення у виконанні послідовних мовленнєвих реакцій (формування слова чи фрази).

4. Затримка формування зв'язного мовлення: монофразність або незв'язна мова, неможливість чітко висловити думку [95, 99, 137, 154].

Враховуючи психолого-педагогічну характеристику розладів мовлення органічного ґенезу, вплив мовленнєвих порушень на психічний розвиток проявляється у кількох основних аспектах. Серед них можемо виділити:

1. Когнітивні порушення: відставання в розвитку вербального інтелекту, складнощі з формуванням образного та абстрактного мислення, недостатність пам'яті, уваги, операцій мислення, пов'язаних із мовленням.

2. Емоційно-вольові розлади: підвищена тривожність через невпевненість у власних мовленнєвих можливостях, замкнутість та уникнення соціальних контактів, схильність до фрустрацій через невдачі у спілкуванні.

3. Соціальну дезадаптацію: труднощі у встановленні контактів з однолітками, формування негативного ставлення до власної мовленнєвої діяльності [91, 94].

Саме тому для розробки корекційної програми для дітей із порушеннями мовлення та зубощелепної системи важливо застосовувати принципи та методи інтегративної взаємодії спеціалістів різних галузей.

При виборі навчальної програми для дітей із порушеннями мовлення слід дотримуватися таких принципів:

- індивідуальний підхід до кожної дитини;
- використання мультимодальних методів навчання (візуалізація, аудіопідтримка, тактильні вправи);
- включення в корекційний процес батьків та педагогів [21, 27].

Корекційно-педагогічна робота включає в себе такі основні принципи:

1. Комплексність – поєднання медичних, логопедичних, психологічних та педагогічних методів.

2. Індивідуалізація – врахування особливостей мовленнєвих розладів кожної дитини.

3. Поступовість – поетапне усунення мовленнєвих недоліків із закріпленням навичок.

4. Системність – робота над усіма аспектами мовлення (фонетика, лексика, граматики, зв'язне мовлення) [74, 75, 88, 113, 142].

Отже, якщо дотримуватися перелічених принципів корекційно-педагогічної роботи, можна в найбільш короткі строки досягти бажаного результату та допомогти дитині із мовленнєвими розладами швидко адаптуватися у суспільстві.

Методи та засоби корекції розладів мовлення органічного генезу включають в себе декілька аспектів:

1. Логопедична робота: вправи для розвитку артикуляційного апарату, розвиток фонематичного сприйняття, формування правильної звуковимови.

2. Педагогічна підтримка: навчання в адаптованому середовищі, залучення засобів ІКТ (комп'ютерних програм для розвитку мовлення).

3. Психологічна допомога: арт-терапія для зняття емоційної напруги, психокорекційні ігри для розвитку впевненості у собі.

4. Медикаментозна терапія: у разі необхідності за рекомендацією невролога [5, 9, 12, 43, 48].

У випадку проведення такої корекційної роботи важливо пояснити дитині та батькам, що найбільш швидкий і вдалий результат роботи можна отримати тільки у випадку тісної взаємодії логопеда, ортодонта та психолога.

На сьогодні велика увага приділяється використанню нових методів впливу на осіб із порушеннями мовлення з використанням сучасних технологій корекційної роботи до яких можна віднести:

- використання інтерактивних тренажерів для артикуляції;
- впровадження цифрових платформ для розвитку мовлення;

- сенсорна інтеграція як спосіб стимуляції різних каналів сприйняття [51].

Таким чином, успішність корекційної роботи завжди залежить від якості основних її складових, серед яких: рання діагностика наявних порушень, систематичність корекційної роботи у кожному окремому випадку, підтримка батьків та друзів дитини у створенні оптимального мовленнєвого середовища. Тільки злагоджена систематична робота може привести до бажаних результатів, розвитку комунікативних навичок та поліпшенню соціальної адаптації дитини та її самооцінки [14, 18, 74, 130].

Також, виходячи з перелічених вище методів корекційного впливу, можна виділити ряд рекомендацій для батьків дітей із мовленнєвими порушеннями:

- сприяти розвитку мовлення у повсякденному житті (ігри, спілкування);
- забезпечити емоційно комфортну атмосферу для дитини;
- систематично співпрацювати з логопедами, ортодонтами та психологами;
- використовувати технології для стимуляції мовленнєвої активності [21, 24, 26].

Відтак, робота з дітьми із порушеннями мовлення органічного генезу вимагає терпіння, професіоналізму та систематичного підходу. Вчасне втручання дозволяє не лише компенсувати мовленнєві недоліки, але й допомагає дитині успішно адаптуватися в суспільстві.

1.3 Характеристика та причини виникнення мовленнєвих розладів органічного генезу

У процесі формування і росту дитячого організму відбувається становлення мовлення. Досить часто до формування неправильної артикуляції призводять порушення зубощелепної системи. У контексті інтегративної логопедичної допомоги вони виступають одним із найважливіших факторів, без

якого неможливе швидке досягнення стійких результатів логопедичного втручання. Але порушення відтворення звуків при наявності розладів зубощелепної системи спостерігається не завжди. Біля 30% дітей говорять правильно, проте у них виявляється гугнявість через вроджені вади піднебіння і губ. Особи з розладами мовлення органічного генезу, що обтяжені порушеннями зубощелепної системи, потребують інтегративного підходу в діагностиці, лікуванні та реабілітації. Такі розлади мають мультифакторний характер, оскільки їх основою виступають структурні або функціональні ураження центральної нервової системи, які поєднуються з порушеннями розвитку або функцій зубощелепної системи. Ці розлади можуть мати вроджений, набутий чи спадковий характер [12, 43, 68, 84].

У структурі органічних мовленнєвих розладів провідну роль відіграють такі стани, як дизартрія, дислалія, ринолалія, моторна алалія та афазія. При цьому мовленнєві розлади органічного генезу часто поєднуються з порушеннями артикуляційного апарату, зокрема обмеженою рухливістю язика, губ чи м'якого піднебіння, що ускладнює правильну вимову звуків. Такі особи можуть демонструвати стійкі спотворення артикуляційної бази, уповільнення темпу мовлення, зниження чіткості та розбірливості, а також зміни голосових характеристик (глухість, хриплість, носовий відтінок).

Однією з ключових характеристик цієї категорії дітей є наявність змін у зубощелепній системі, які можуть варіюватися від незначних порушень до серйозних вад розвитку. Серед найпоширеніших розладів слід виділити неправильний прикус (відкритий, перехресний, глибокий), недорозвинення щелеп (мікрогнатія), аномалії розташування зубів (діастеми, скупченість), а також вроджені або набуті дефекти піднебіння (наприклад, розщелина піднебіння або «вовча паща»). Ці порушення значно впливають на здатність артикуляційних органів виконувати свої функції, зокрема спричиняють ускладнення в формуванні звуків, порушення жування, ковтання та дихання [30, 35, 78, 92].

На сьогоднішній день питання щодо вирішення проблем діагностики і корекції мовленнєвих розладів, що розвиваються внаслідок порушення зубощелепної системи, розглядаються у багатьох працях вітчизняних і зарубіжних вчених (Е. Безвушко, М. Дрогомирецька, К. Лихота, О. Петриченко, П. Фліс, В. Філоненко та ін.). Зубощелепні порушення часто супроводжуються мовленнєвими розладами. Причиною цього можуть стати зміни у співвідношенні зубних рядів, функціональної активності жувальних м'язів, колового м'яза рота, губ, язика, захворювання ЛОР-органів (О. Дорошенко, З. Жегулович, Д. Заболотний, Т. Костюк, В. Курєдова, К. Лихота, В. Неспрядько, О. Павленко, О. Петриченко, Д. Шпак та ін.). Усі ці фактори знаходяться у причинно-наслідковому взаємозв'язку, тому потребують інтегративного підходу при складанні корекційного маршруту [6, 17, 36, 89].

Зубощелепна система, до складу якої відносять щелепи, прикус, зуби, нижньощелепні суглоби, язик, починає розвиватися ще внутрішньоутробно. На 2-3 місяцях ембріогенезу лобний і два верхньощелепні відростки з'єднуються між собою, утворюючи основу для формування верхньої губи, верхньої щелепи, міжщелепної кістки та кісток носа. Нижня щелепа, нижня губа, а також язик формуються з двох нижньощелепних відростків. Цей період у формуванні зубощелепної системи дуже складний, адже пов'язаний з розвитком піднебіння, носової перетинки, формування зачатків зубів, язика. Кожен з перелічених органів формується в конкретний період внутрішньоутробного розвитку. Якщо в цей час на організм діють будь-які патологічні фактори, формування конкретного відділу зубощелепної системи порушується. Внаслідок цього виникають такі порушення: незрощення піднебіння, альвеолярного відростку, губ, адентія, аномалії структури зубів, неправильно формуються мовні органи [17, 57, 119, 162].

До розвитку порушень у формуванні зубощелепної системи призводять різні фактори, як місцевого, так і загального значення. У залежності від

механізму дії їх можна розділити на 3 основні групи: спадкові, антенатальні і постнатальні.

До спадкових факторів належать: успадкування від батьків чи близьких родичів особливостей розвитку черепа, типу обличчя, розмірів щелеп, кількості, форми і розмірів зубів.

До антенатальних чинників відносять: вік батьків, характер перебігу вагітності, загальні хвороби матері, неправильне положення плоду, перебіг пологів. На закладку і особливості формування зубощелепної системи впливають такі фактори: хвороби матері (ендокринні і інфекційні – гепатити, краснуха, токсоплазмоз, сифіліс), токсикози під час вагітності, дія на організм виробничих отрут, застосування ліків без призначення лікаря, вживання алкоголю та наркотиків, паління, погане харчування, постійні стреси. Деякі зовнішні чинники також відіграють важливу роль у порушенні формування зубощелепної системи. Серед них: стискання черевної стінки тісним одягом, багатоплідність, невідповідність розмірів матки і плоду, тиск пуповини [10, 48, 126, 158].

До постнатальних факторів відносяться: неправильне штучне вигодовування, перенесений у ранньому віці рахіт, порушення термінів прорізування зубів, ретеновані зуби, макро- і мікродентію, адентію, надкомплектні зуби, порушення функцій смоктання, ковтання, дихання, жування, змикання губ, мовлення, порушення міодинамічної рівноваги м'язів. Велике значення мають: каріозні ураження зубів, рання їх втрата, дисфункція скронево-нижньощелепного суглоба, травми і пухлини щелепно-лицевої ділянки, вкорочення вуздечки верхньої губи, порушення розташування язика, неправильне прикріплення вуздечок, мілкий присінок рота [119, 123, 168].

Найбільш активним періодом зростання і формування зубощелепної системи вважається вік від 1 до 5 років. Саме у цей період активно розвивається звуковимова і фонетичне сприйняття мовлення. У період змінного прикусу можна говорити про нечіткість вимови деяких звуків. При

формуванні правильного постійного прикусу порушень вимови звуків не спостерігається [35].

Логопеди визнають, що тип змикання зубів впливає на формування мовлення. За рахунок нормалізації форми та положення зубів можна значно покращити мовленнєву функцію. Мовлення – одна з найважливіших функцій людини, що сприяє нормальній міжособистісній комунікації та прийнятті особи у суспільстві. Чітка вимова звуків залежить від стану мовленнєвих центрів кори головного мозку (центри Брока і Верніке), низхідних шляхів та периферичних відділів звукопровідного мовленнєвого апарату [18, 49].

Чистота вимови свистячих звуків залежить від стану і наявності зубів, порушень прикусу. Часто причиною порушення звуковимови виступає неправильне положення язика, коли його кінчик знаходиться між передніми зубами. Язик виступає основним органом при звукоутворенні. Причиною неправильної вимови голосних звуків можуть бути неправильні рухи язика, коротка вуздечка, порушення прикусу, а також зниження слуху [4, 17, 31, 47].

Ще однією з причин появи порушень мовлення може стати глибина присінку порожнини рота. За результатами досліджень Ю. Л. Образцова, глибина присінку може бути:

- дужа мілка – до 3 мм;
- мілка – до 5 мм;
- середньої глибини – 5-10 мм;
- глибока – більше 10 мм.

Саме мілкий присінок може призвести до недорозвинення фронтальної ділянки нижньої щелепи, що характеризується скупченням нижніх фронтальних зубів. Це сприяє неправильному положенню язика під час вимови звуків.

На особливості вимови деяких звуків можуть впливати наявні сильно виражені тяжі слизової оболонки, коли вони прикріплюються до міжзубних ясеневих сосочків, а при натягненні губ або щік сприяють їх зміщенню. У випадках мілкового присінку рота та наявності сильно розвинутих губо-ясневих

тяжів проводять кілька поздовжніх розрізів по вершинах цих тяжів. Волокна тяжа розшаровують у місці його з'єднання з окістям щелепи. Обов'язково потрібно перевірити, чи поглибився присінок і чи покращала рухливість нижньої губи. Потім дитині пропонують знімний формуючий ортодонтичний апарат. У сформованому присінку ротової порожнини залишають тампони з йодоформом та накладають тиснучу пов'язку. Ортодонтичний апарат накладають на 3-4-й день після проведеної операції. Лікування доповнюють електрофорезом, що попереджає рубцювання [9, 67, 69, 166].

Для визначення причин появи порушень мовлення та зубощелепної системи обов'язково потрібно звертати увагу на вуздечки губ, їх форму, розміри, особливості прикріплення. Нормальна вуздечка представляє собою тонку складку слизової оболонки трикутної форми з широкою основою на губі та закінченням по середній лінії альвеолярного відростка на 5 мм вище від ясеневого краю [20].

Дефекти вуздечок можуть розподілятися в залежності від місця їх прикріплення, розміру та форми. Г. Пакалнс представив таку класифікацію аномалій вуздечок верхньої губи:

- сильні вуздечки, що прикріплюються на верхівці міжзубного сосочка, при потягуванні за губу міжзубний сосочок подається за вуздечкою;
- середні, що прикріплюються на відстані 1-5 мм від верхівки міжзубного сосочка;
- слабкі, з місцем прикріплення на перехідній складці.

Відхилення від норми у розташуванні вуздечок частіше зустрічається у ділянці верхньої губи. При цьому відрізняється не тільки рівень прикріплення, але й зменшення їх довжини та натягу. Тому прийнято розрізняти три основні види порушень, що стосуються вуздечок верхньої губи. Вуздечки першого типу характеризуються нормальною протяжністю, проте прикріплюються на відстані 1-2 мм від ясеневого краю або ж взагалі вплітаються у нього. Вуздечки другого типу нормально прикріплені до альвеолярного відростка, проте в ділянці губи прикріплюються близько до її

вільного краю. Це обмежує рухомість губи, при її відведенні відмічається сильний натяг вуздечки, вона набуває трикутної форми, основа знаходиться біля червоної облямівки губи. Вуздечки третього типу мають широку основу біля вільного краю губи, прикріплюються вони по всій протяжності аж до альвеолярного відростка, закінчуються між центральними різцями у вигляді дуплікатури слизової оболонки. Це призводить до вкорочення середньої ділянки губи та порушення змикання губ між собою [54, 83].

Порушення, пов'язані з неправильним розташуванням, формою, розмірами чи силою вуздечок верхньої губи часто призводять до виникнення діастем та розвитку захворювань пародонта. Це, у свою чергу, сприяє появі порушень вимови деяких звуків, оскільки неможливість зімкнути губи стає причиною неправильного дихання та ковтання, прокладання язика між зубами [42].

Існує декілька способів усунення неправильного прикріплення вуздечки верхньої губи. Найпоширенішим серед них вважається хірургічне переміщення вуздечки губи. Низьке прикріплення вуздечки вважається однією з причин діастем на верхній щелепі. Проте, не завжди така анатомічна особливість поєднується саме з діастемою. Саме тому, низьке прикріплення вуздечки верхньої губи як основного етіологічного фактора появи діастем не може бути точно підтверджено. Отже, показання до хірургічного переміщення вуздечки верхньої губи у період тимчасового прикусу мають бути дещо обмеженими. Щоб уточнити показання до операційного втручання проводять рентгенологічне дослідження альвеолярного відростка. Особливу увагу звертають на корені центральних різців. Якщо у передній частині серединного піднебінного шва, у ділянці між коренями верхніх центральних різців проявляється вузька смужка, це може свідчити про відсутність кісткової тканини. Це вважається прямою ознакою, що вказує на вплетення волокон вуздечки верхньої губи в серединний піднебінний шов, що спричиняє появи діастеми. У ході проведення операції недостатньо буде

самого тільки поперечного розтину вуздечки. Потрібно повністю висікти ті її волокна, що вплелись у серединний піднебінний шов.

Показаннями до переміщення місця прикріплення вуздечки нижньої губи вважаються також хронічний локалізований гінгівіт та пародонтоз. Якщо вуздечка прикріплена близько до вершини міжзубного сосочка на нижній щелепі, при неглибокій перехідній складці це може сприяти розвитку захворювань пародонта. Під час натягнення м'яких тканин губ відбувається постійне відтягування ясеневого краю від шийок різців. Таким чином формується зубоясенева кишень, кругова зв'язка зуба поступово руйнується, з'являється зубний камінь в результаті чого починається процес руйнування вершини міжальвеолярної перегородки [12, 37, 60].

На розвиток прикусу та формування порушень звуковимови також впливає форма, розміри, розташування та рухомість язика. Якщо у дитини на бокових поверхнях чи у фронтальній ділянці язика наявні відбитки зубів, можна говорити про те, що язик збільшений у розмірах або йому просто не вистачає місця у ротовій порожнині, що наштовхує на думку про мілкий присінок. Причиною порушень також може бути вкорочена або прикріплена близько до кінчика вуздечка язика. Обмежена рухомість язика ускладнює процес смоктання у новонароджених, призводить до порушень функції ковтання і, як наслідок, до неправильної вимови деяких звуків [41, 50, 76].

Ф. Хорошилкіна (1972) виділяє 5 основних типів вуздечок язика, що обмежують його рухливість:

- тонкі, нормально прикріплені вуздечки, але у зв'язку з малою довжиною вони обмежують рухи язика;
- тонкі, напівпрозорі вуздечки незначної довжини, прикріплені близько до кінчика язика. Під час підняття язика на його кінчику утворюється жолобок;
- короткий, щільний тяж, що прикріплюється близько до кінчика язика. Під час висовування кінчик язика підвертається, внаслідок сильного натягу спостерігається випинання спинки. Під час пальпації вуздечки можна

визначити, що обмежена рухомість язика обумовлена фіксацією його кінчика тяжем із сполучної тканини, що має вигляд шнура. Під тяжем розташовується дупліката слізної оболонки;

- вуздечки, тяж яких зрощений із м'язами язика. Такий тип вуздечок найчастіше спостерігається у дітей із вродженими щілинами піднебіння, губи, альвеолярного відростка;

- вуздечки, у яких тяж майже непомітний, волокна його розташовуються у товщі язика та сплетені з його м'язами, що спричиняє обмеження рухів язика [12, 43, 68].

Відтак, обмеження рухливості язика внаслідок вкорочення вуздечки або її прикріплення близько до кінчика язика часто стають причиною появи порушень зубощелепної системи та мовлення. Обмежена рухливість язика призводить до труднощів при смоктанні у немовлят. Недостатня рухливість стає причиною порушення процесу ковтання. Механічна перешкода у вигляді вкороченої вуздечки язика викликає його атипові рухи в процесі мови. Дитина починає пристосовуватися до наявних порушень, тому виникають нетипові рухи язика, наприклад, прокладання його між зубними рядами як під час функціонального навантаження, так і у стані спокою. При нормально розташованій вуздечці у стані спокою кінчик язика повинен прилягати до піднебінної поверхні передніх верхніх зубів. Вкорочена вуздечка не дає язикові змоги достатньо підніматися, тобто тиск язика на верхній зубний ряд недостатній, він не може протистояти тиску м'язів щік та губ. Під тиском губи верхні різці починають нахилитися у піднебінному напрямі, що призводить до розвитку мезіального прикусу та сплюсненню передньої ділянки верхнього зубного ряду. Малорухомий язик передає значний тиск на передню ділянку нижньої щелепи, що сприяє її надмірному росту. Обмежена рухливість кінчика язика призводить до гіпертрофії м'язів його кореня, в результаті чого порушується проходження повітряного струменя через простір носоглотки [48, 77, 92, 164].

При вкороченій вуздечці язика часто розвивається відкритий прикус як у ділянці фронтальних зубів, так і у бічних ділянках. У фронтальній ділянці він виникає внаслідок розташування кінчика язика між зубами, дитина не може підняти язик до піднебінної поверхні верхніх різців. Відкритий прикус бічних ділянок розвивається через постійне розпластування язика між бічними зубами, що не дає їм можливості змикатися.

Таким чином, рання пластика вуздечки язика необхідна для попередження порушення функцій жування, ковтання, смоктання, звуковимови та виникнення певних порушень зубощелепної системи. У даному випадку ортодонтичне лікування повинно поєднуватися з лікувальною гімнастикою. Пластика вуздечки язика сприяє нормалізації його положення у порожнині рота, а також покращує його функціональну спроможність [53, 71, 113].

Багато вчених вважають, що артикуляційні розлади не є основною проблемою, тому мовлення може бути виправлено лише при використанні логопедичних прийомів. Проте, доведено, що в етіології порушення вимови свистячих звуків основне місце займають порушення положення окремих зубів і формування прикусу. Н. Омельченко вказує на те, що хоча язик і приймає участь в утворенні звуків, але відіграє в цьому другорядну роль. М. Кеннеді говорить про те, що основна роль у звукоутворенні належить м'якому піднебінню [15, 72, 122].

Ф. Лібман причиною неправильної звуковимови вважає руйнування передніх зубів, наявність діастем, коротку вуздечку і рубцеві деформації верхньої губи. Х. Ян вказує, що приблизно у 10% дітей 6-річного віку відмічається звичка тримати язик між зубами. Від цього страждає вимова піднебінних приголосних, спостерігається потовщення губ і язика [26, 34, 46].

Форма піднебіння при нормальному звукоутворенні, використанні ортодонтичних апаратів і обтураторів з часом змінюється, що призводить до зміни характеру утворення звуків і їх вимови. Незначне потовщення піднебіння або зміна форми зубної дуги впливають на погіршення чіткості

вимови. Виявити причину порушення і виправити його можна за допомогою проведення палатографування.

Виходячи з цього, можна зробити висновок про суттєву роль вивчення порушень форми піднебіння, неправильного прикріплення вуздечки язика і верхньої губи, а також порушення прикусу в усіх трьох площинах. Розшифровка даних, отриманих після проведення функціональних проб і апаратних методів дослідження функції мови, при правильному поєднанні з логопедичною роботою, направленою на нормалізацію звуковимови, дає найбільш позитивні результати при діагностиці і подальшій корекції мовленнєвих розладів, пов'язаних із порушеннями зубощелепної системи.

На сучасному етапі розвитку логопедії та нейропсихології дослідники вивчають органічні порушення мовлення з різних наукових підходів. Це включає нейролінгвістичний, когнітивно-комунікативний, психолінгвістичний, медико-логопедичний та педагогічний аспекти. Особливу увагу приділяють таким порушенням, як дислалія, дизартрія, ринолалія, афазія, алалія та інші мовленнєві розлади.

У межах нейролінгвістичного підходу проводиться аналіз механізмів мовленнєвої діяльності у людей із ураженнями головного мозку. Досліджується вплив неврологічних порушень на формування дизартрії та афазії, визначаються особливості мовленнєвої моторики та когнітивних процесів, що забезпечують мовлення.

Когнітивно-комунікативний підхід спрямований на вивчення того, як дислалія та ринолалія впливають на здатність до спілкування та соціалізації. Досліджується взаємозв'язок між когнітивними процесами та мовленнєвими функціями, що дає можливість створювати корекційні програми з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнтів.

Психолінгвістичний підхід має на меті дослідження формування мовлення у дітей із порушеннями центральної нервової системи та аналіз специфіки дизартрії, алалії та афазії з точки зору мовленнєвого розвитку.

Важливим аспектом є виявлення особливостей побудови речень, темпу мовлення та фонематичного сприймання.

Медико-логопедичний напрям передбачає вивчення ролі органічних факторів у формуванні мовленнєвих розладів та можливості медикаментозного супроводу корекційної роботи. Дослідження спрямовані на пошук оптимальних методів відновлення мовлення при дизартрії, ринолалії та афазії через комплексний підхід, що включає медикаментозну терапію, спеціальні вправи та логопедичний масаж.

Педагогічний аспект вивчення порушень мовлення акцентує увагу на важливості індивідуального підходу у навчанні та корекції мовленнєвих порушень у дітей. Проводяться дослідження ефективності використання спеціальних навчальних програм для корекції дислалії, дизартрії та алалії у дітей дошкільного та молодшого шкільного віку. Також розглядається роль логопедичних занять у подоланні труднощів, пов'язаних із ринолалією.

Таким чином, сучасні дослідження органічних порушень мовлення охоплюють різні наукові підходи, що дозволяє комплексно аналізувати проблему та розробляти ефективні методи корекції. Кожен із підходів робить внесок у розуміння механізмів дизартрії, дислалії, ринолалії, афазії, алалії та інших мовленнєвих порушень, сприяючи розробці нових технологій у логопедичній допомозі.

Особливо часто у осіб із порушеннями зубощелепної системи спостерігаються такі мовленнєві розлади, як ринолалія і дислалія.

Сьогодні ринолалію визначають як порушення тембру голосу і звуковимови, зумовлене анатомо-фізіологічними вадами артикуляційного апарату [19, 20].

Вагомий внесок у вивчення особливостей розвитку осіб з ринолалією зробили такі українські психологи, педагоги, лікарі: І. Єрмакова, А. Ішполітова, С. Конопляста, В. Куроедова, Н. Пахомова, Л. Смаглюк, М. Трофименко, М. Шеремет та ін. Згідно з класифікацією Всесвітньої організації охорони здоров'я, ринолалію відносять до голосових розладів,

хоча у дітей наявні порушення артикуляції, які є наслідком природжених незрощень верхньої губи чи піднебіння [19, 20, 43, 44, 63, 74].

За етіологією розрізняють органічну і функціонально зумовлену ринолалію. Виділяють три її форми: закриту, відкриту і змішану. Найбільш тяжкою формою вважається вроджена відкрита ринолалія, оскільки вона потребує не тільки корекції звуковимови, а і раннього лікування самого вродженого дефекту.

За результатами клінічних досліджень Б. Булатовської, В. Дмитрієвої, С. Криштаб виявлено, що у більшості дітей із вродженими незрощеннями губи та піднебіння у процесі розвитку з'являються різні порушення зубощелепної системи, які потребують ортодонтичного лікування. На думку цих вчених, такі супутні порушення носять прогресуючий характер. Пояснюється це недорозвиненням верхньої щелепи та неправильним положенням верхніх зубів. Найчастіше визначаються такі деформації: дистальний чи мезіальний прикус, звуження верхньої щелепи, звуження верхнього зубного ряду, глибокий та відкритий прикус, дефекти коміркового відростка, аномальне положення зубів. Залежність тяжкості порушень зубощелепної системи від форми піднебіння досліджувалось Б. Булатовською [17, 20].

Такі вчені, як М. Дубов, А. Іпполітова, А. Мухіна, О. Німчинова, вважають, що викривлення зубного ряду, поява зайвих зубів або їх швидке руйнування дуже ускладнюють роботу логопеда при постановці звуків.

Серед мовленнєвих розладів ринолалію вважають тяжким порушенням, подолання якого вимагає тривалого лікування, ранньої діагностики, своєчасної корекції, знання специфіки інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги таким особам.

Дислалію досліджували багато вчених, звертаючи увагу на різні її особливості. Так, Т. Філічева та Л. Лопатіна аналізували труднощі, з якими стикаються діти під час засвоєння звуків, та можливості їх подолання, вивчали вплив стану нервової системи на правильність вимови, зокрема роль

координації мовленнєвих рухів. С. Ніколаєва досліджувала ефективність логопедичних занять та вправ для покращення вимови окремих звуків і розвитку загальної мовленнєвої діяльності.

Найчастіше порушення вимови звуків проявляється у дитячому віці. Діти поступово оволодівають артикуляцією звуків, тому неправильна вимова може фіксуватися досить рано. Вважається, що помилки у вимові дітей до 5 років зумовлені фізіологічно. Долаються вони спонтанно, якщо у дитини немає відхилень у мовно-руховому і слуховому аналізаторах [32, 57].

Залежно від збереженості анатомічного складу мовленнєвого апарату дислалію поділяють на :

- функціональну – вимова звуків порушена, мовленнєвий апарат без патологічних змін;
- механічну – порушення в будові артикуляційного апарату спричиняють неправильну вимову.

Причини виникнення функціональної дислалії:

- загальна фізична ослабленість, часті соматичні захворювання;
- погано розвинений фонематичний слух;
- несприятливі умови виховання;
- двомовність у сім'ї.

Причини механічної дислалії представлені природженими або набутими вадами кісткової і м'язової будови периферичного мовленнєвого апарату. Серед них:

- патологічна будова зубощелепної системи: порушення будови зубних рядів, прогнатія, прогенія, передній відкритий прикус, бічний, двобічний прикус, укорочена або масивна вуздечка язика;
- патологічні зміни розміру і форми язика;
- неправильна будова твердого і м'якого піднебіння;
- атипова будова губ.

Навіть якщо у дитини наявні вищезгадані відхилення у будові артикуляційного апарату, звуковимова порушується не завжди. Це пов'язано

з тим, що у кожної особи різні компенсаторні можливості, тому в окремих випадках при вадах артикуляційних органів спостерігається правильна звуковимова [34, 59].

Особам з комбінованими порушеннями або вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння інтегративна логопедична і психологічна допомога повинні надаватися з раннього віку. Важливою складовою є підтримка батьків, тому з ними теж часто проводяться психологічні консультації. Потрібно, щоб батьки допомагали дитині справитися з внутрішніми переживаннями. Це допоможе дитині не тільки відчувати себе більш впевнено, а і дасть поштовх до початку правильної корекційної роботи в кожному окремому випадку. Тільки так можна досягти бажаного результату, закріпити його, виростити повноцінну, впевнену у собі особистість [25, 77].

Діти, у яких спостерігаються порушення мовлення, зумовлені неправильним розвитком артикуляційного апарату, навчаються у звичайних закладах дошкільної та середньої освіти. Рівень психічного та загального мовленнєвого розвитку, зазвичай, відповідає віковій нормі. Основною проблемою, з якою батьки звертаються до логопеда, виступає нечітка вимова звуків. Така ситуація найчастіше спостерігається на тлі виражених, але неважких анатомічних порушень артикуляційного апарату. У більшості випадків таким дітям ставиться діагноз органічної (механічної) дислалії.

Важливим фактором є те, що порушення зубощелепної системи впливають не лише на фізичний стан пацієнта, але й на його психологічний та соціальний розвиток. У дитячому віці вони можуть спричиняти труднощі в засвоєнні мовлення, зниження комунікативних здібностей, ізоляцію від ровесників, а також формування комплексу неповноцінності через зовнішні дефекти. У дорослих подібні розлади можуть ускладнювати професійну діяльність і соціальну взаємодію.

Мовленнєві розлади, обтяжені порушеннями зубощелепної системи, часто мають складну патогенетичну природу. Центральні механізми розладів

пов'язані з ураженнями ділянок мозку, що відповідають за мовлення, артикуляцію та координацію рухів. Периферичні механізми зумовлені структурними розладами зубощелепної системи, які створюють механічні перешкоди для формування звуків. Таке поєднання спричиняє значні труднощі у формуванні правильної артикуляційної бази, особливо у випадках складних звуків, таких як шиплячі, свистячі чи сонорні.

Окрім мовленнєвих порушень у таких осіб часто спостерігаються супутні функціональні відхилення, такі як ротове дихання, порушення ковтання (дисфагія) та жувальної функції. У деяких випадках порушення зубощелепної системи спричиняють хронічне недоотримання кисню (гіпоксію) через утруднене носове дихання, що може впливати на загальний фізичний та когнітивний розвиток дитини.

Важливо зазначити, що корекційна робота у даному випадку вимагає інтегративного підходу. Логопедична корекція спрямована на розвиток артикуляційної моторики, формування правильних мовленнєвих навичок та розвиток дихання. Ортодонтична терапія необхідна для корекції порушень прикусу, розташування зубів та відновлення функціональності зубощелепної системи. У випадках вроджених дефектів піднебіння може знадобитися хірургічне втручання. Також важливо враховувати необхідність психологічної підтримки для зниження рівня тривожності, покращення самооцінки та соціальної адаптації.

Висновки до першого розділу

На основі проведеного аналізу літературних джерел визначено, що інтегративна допомога є багатокомпонентною системою підтримки осіб із порушеннями мовлення, яка об'єднує педагогічний, психологічний, медичний та соціальний аспекти. Інтегративний підхід забезпечує комплексний вплив на розвиток мовлення, сприяє подоланню мовленнєвих труднощів і спрямований на всебічну підтримку осіб із мовленнєвими порушеннями.

Встановлено, що успішність логокорекційної роботи значною мірою залежить від дотримання основних принципів: цілісності (врахування всіх аспектів розвитку мовлення), індивідуалізації (адаптація корекційних методик до потреб конкретної особи), міждисциплінарного підходу (залучення фахівців різних сфер: логопедів, дефектологів, психологів, ортодонтів, неврологів тощо) поступовості та системності (постійна і поступова робота, спрямована на покращення мовленнєвих навичок). Важливу роль відіграє також соціальна адаптація, яка дозволяє особам із мовленнєвими розладами ефективно комунікувати та інтегруватися в суспільство.

У результаті аналізу педагогічних та медичних літературних джерел було визначено, що порушення зубощелепної системи є одним із ключових чинників, які негативно впливають на формування правильної звуковимови. Виявлено, що такі порушення спричиняють труднощі в артикуляції, спотворення звуків, порушення темпу, ритму та інтонації мовлення. Основними причинами таких відхилень є генетичні фактори, внутрішньоутробні порушення, травми, шкідливі звички в дитячому віці, а також несвоєчасне ортодонтичне втручання.

Відтак, інтегративна допомога є ключовим механізмом у процесі корекції мовленнєвих порушень. Її застосування сприяє не лише покращенню мовленнєвих навичок, а й загальному психоемоційному розвитку, підвищенню самооцінки та якості життя осіб із мовленнєвими труднощами. Врахування всіх аспектів розвитку особистості дозволяє досягти більш стійких і тривалих результатів корекції, сприяючи успішній соціалізації та адаптації в суспільстві.

Мовленнєві розлади, зумовлені порушеннями зубощелепної системи, мають складний характер і потребують комплексного підходу до діагностики, корекції та реабілітації. Проаналізовано основні чинники, що впливають на розвиток мовленнєвих розладів, зокрема порушення будови артикуляційного апарату, які можуть перешкоджати правильному

формуванню мовлення. Розглянуто вплив мовленнєвих розладів на загальний розвиток дитини.

Уточнено зміст понять «інтегративна допомога», «порушення мовлення органічного генезу», «порушення зубощелепної системи» у контексті надання інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги особам із порушеннями мовлення органічного генезу.

Встановлено, що ефективна корекція мовленнєвих розладів, спричинених порушеннями зубощелепного апарату, можлива лише за умови інтегративного підходу. Логопедична робота має бути спрямована на розвиток артикуляційної моторики, вдосконалення фонетичної сторони мовлення та корекцію дихальних і жувальних функцій. Ортодонтична терапія є необхідною для усунення порушень прикусу, правильного розташування зубів і відновлення функціональності артикуляційного апарату. За потреби необхідне хірургічне втручання для усунення вроджених дефектів піднебіння, що дозволяє значно покращити мовленнєві можливості дитини. Доведено важливість психологічної підтримки як дітей, так і їхніх батьків, оскільки рання корекція емоційного стану дитини сприяє її успішній соціальній адаптації, підвищенню впевненості в собі та ефективному засвоєнню мовленнєвих навичок.

Таким чином, можемо говорити про те, що мовленнєві розлади, спричинені порушеннями зубощелепної системи, мають комплексний характер і потребують ранньої діагностики, всебічної корекційної роботи та участі фахівців різних спеціальностей. Інтегративний підхід до корекційної роботи з особами, що мають такі порушення, дозволяє не лише відновити правильну звуковимову, а й запобігти вторинним негативним наслідкам, що можуть впливати на загальний розвиток і соціальне становлення особистості.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ ПОДОЛАННЯ МОВЛЕННЄВИХ РОЗЛАДІВ ПРИ ПОРУШЕННЯХ ЗУБОЩЕЛІПНОЇ СИСТЕМИ

2.1 Сучасні методи і прийоми логопедичної роботи з особами із порушеннями мовлення органічного генезу

Мовлення є основним засобом спілкування, мислення та соціальної взаємодії людини. Його порушення можуть значно ускладнювати навчання, професійну діяльність та інтеграцію в суспільство. Особливо складними для корекції є мовленнєві розлади органічного генезу, які спричинені структурними або функціональними змінами в центральній нервовій системі, периферичних мовленнєвих органах або сенсорних системах. До таких порушень належать дизартрія, ринологія, афазія, алалія, порушення голосу та інші стани, що впливають на артикуляцію, фонетико-фонематичний розвиток, просодичні характеристики мовлення та його комунікативну функцію. У нашому дослідженні особлива увага приділялася особам дошкільного та молодшого шкільного віку з дислалією та ринологією [58, 83, 79].

Сучасна логопедія ґрунтується на комплексному підході до корекції мовленнєвих порушень, поєднуючи традиційні та інноваційні методики. Зокрема, ефективними є артикуляційна та дихальна гімнастика, логоритміка, міофункціональна терапія, методи сенсорної інтеграції, психологічні техніки, а також використання цифрових технологій і мультимедійних засобів. Враховуючи індивідуальні особливості осіб із мовленнєвими порушеннями органічного генезу, логопедична робота передбачає адаптацію корекційних прийомів до конкретних потреб кожної дитини.

Важливим аспектом сучасної логопедичної допомоги є інтегративний медико-психолого-педагогічний підхід, що передбачає співпрацю логопедів із неврологами, отоларингологами, дефектологами, психологами, педагогами та стоматологами. Це дозволяє не лише покращити мовленнєві функції, але й

сприяти загальному когнітивному, емоційному та соціальному розвитку осіб із мовленнєвими порушеннями [93, 120, 162].

Відтак, аналіз сучасних методів і прийомів логопедичної роботи з особами із порушеннями мовлення органічного генезу є надзвичайно актуальним. Він дає змогу визначити найбільш ефективні підходи до корекції мовленнєвих розладів, оптимізувати логопедичну допомогу та сприяти підвищенню якості життя осіб із мовленнєвими порушеннями.

На сьогоднішній день, найбільш розповсюдженим порушенням мовлення органічного генезу можна назвати дислалію, що проявляється, зазвичай, у вигляді пропусків, заміन, спотворень звуків або їх неправильної артикуляції. Корекція дислалії базується на різних методиках, які враховують механізми порушення та вікові особливості дитини.

Сучасні дослідження підтверджують, що дислалія є складним мовленнєвим порушенням, яке потребує інтегративного підходу. Важливими аспектами корекції є рання діагностика, ефективні методики виправлення порушень та залучення міждисциплінарного підходу. Логопедична практика сьогодення базується на співпраці фахівців різних галузей: логопедів, психологів, педагогів та медиків, що дає змогу досягати найкращих результатів у подоланні мовленнєвих труднощів у дітей.

Роботи таких вчених, як О. Ткаченко, Л. Волкова, Т. Філічева, були направлені на розробку спеціальних методик, що спрямовані на покращення артикуляції, фонематичного сприйняття та розвитку комунікативних навичок. [7, 153]. У своїх працях вони наголошують на комплексному підході до корекції дислалії, що включає артикуляційну гімнастику, логопедичний масаж, розвиток фонематичних процесів та використання інноваційних методик. Сучасні дослідження у галузі логопедії пропонують ефективні підходи до виправлення мовленнєвих порушень з використанням інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги, що включає в себе не тільки роботу логопеда, а і корекцію порушень зубощелепної системи, що можуть стати однією з основних причин появи у дітей дислалії.

У сучасній українській науці вивчення дислалії привертає увагу багатьох дослідників, які розробляють ефективні методи діагностики та корекції мовленнєвих порушень. Серед вітчизняних вчених можна виділити роботи Н. Базима, Л. Гуцал, Е. Данілавічюте, С. Миронової, М. Овчаренко, Ю. Рібцун, Л. Трофименко, С. Федоренко, Г. Юрченко, [2, 3, 69, 117, 133, 148, 173, 181].

Сучасна програма логопедичної допомоги «Корекція мовлення», розроблена співробітниками відділу логопедії Інституту спеціальної педагогіки та психології НАПН України (Е. Данілавічюте, Ю. Рібцун, Л. Трофименко та ін.), спрямована на подолання порушень мовленнєвого розвитку у дітей із тяжкими порушеннями мовлення (ТПМ). Вона охоплює навчання дітей від підготовчого до 10 класу у спеціальних загальноосвітніх навчальних закладах. Основна мета програми – розвиток правильного мовлення у дітей, формування фонематичного сприйняття, вдосконалення лексико-граматичної будови мовлення та покращення зв'язного мовлення [149, 157, 163].

Програма включає комплекс методик, спрямованих на усунення порушень звуковимови, розвиток артикуляційної моторики, логопедичний масаж, вправи для корекції фонематичних процесів і методики розвитку писемного мовлення. Вона передбачає диференційований підхід до кожної дитини, враховуючи рівень її мовленнєвого розвитку, особливості пізнавальної діяльності та потреби.

Завдяки комплексному підходу та використанню спеціальних методів навчання ця програма допомагає дітям із мовленнєвими порушеннями успішно адаптуватися до освітнього процесу, покращити комунікативні навички та подолати труднощі, пов'язані з мовленням [111, 112].

Г. Юрченко разом із М. Овчаренко працювала над навчально-методичними матеріалами, присвяченими логопедичній практиці, зокрема темі дислалії. Вони розглядали особливості корекційної роботи з дітьми та наголошували на важливості комплексного підходу до подолання

мовленнєвих порушень. Особливу увагу приділяли інтеграції дітей із порушеннями мовлення в загальноосвітній простір та формуванню у них мотивації до навчання [60, 123].

Значний внесок у дослідження мовленнєвих порушень та розробку ефективних методів їхньої корекції зробила Е. Данілавічюте. Вона займається вивченням особливостей мовленнєвого розвитку у дітей з порушеннями, аналізуючи зв'язок між нейропсихологічними процесами та формуванням мовлення. Її роботи спрямовані на вдосконалення методів діагностики, корекції та профілактики дислалії, дисграфії, дислексії та інших мовленнєвих розладів. Науковиця наголошує на важливості інтегративного підходу до корекційної роботи. Вона підкреслює, що ефективна допомога дітям з мовленнєвими порушеннями має включати роботу не лише логопеда, а й психолога, дефектолога, невролога та інших фахівців. Особливу увагу вона приділяє інтеграції медико-психолого-педагогічної допомоги, що дозволяє враховувати індивідуальні особливості кожної дитини та забезпечувати більш ефективне усунення мовленнєвих розладів [16].

Таким чином, дошкільний вік є найсприятливішим періодом для розвитку мовлення, зокрема його фонетичної складової. Саме в цей час закладаються основи правильної звуковимови, що впливають на подальший мовленнєвий розвиток дитини. Формування чіткої, граматично правильної мови є необхідною умовою для успішного засвоєння шкільної програми, адже будь-які порушення можуть негативно позначитися на навичках письма і читання.

Відтак, можемо зробити висновок, що корекція мовленнєвих порушень є важливим етапом роботи з дітьми, оскільки своєчасне виправлення дефектів звуковимови сприяє гармонійному розвитку фонематичного слуху та лексико-граматичних категорій. Варто враховувати, що у віці до 4–5 років незначні порушення вимови можуть мати фізіологічний характер, зумовлений віковими особливостями формування артикуляційного апарату. Однак, якщо

ці порушення зберігаються після 4 років, необхідно розпочати цілеспрямовану логопедичну корекцію [108].

Перед початком занять із формування правильної звуковимови логопед здійснює комплексне обстеження фонетичної сторони мовлення. Це дозволяє визначити не лише кількість спотворених звуків, а й характер їх порушення. Основними напрямками такого обстеження є:

- оцінка будови та рухливості артикуляційного апарату;
- аналіз якості звуковимови;
- перевірка стану фонематичного слуху.

Одним із ключових методів корекції дислалії є артикуляційна гімнастика, яка спрямована на зміцнення та координацію рухів органів артикуляції (губ, язика, м'якого піднебіння, щелепи) [167].

Під час виконання вправ слід звернути увагу на: чіткість артикуляційних рухів; швидкість і плавність відтворення їх; вміння швидко переключатися з одного артикуляційного укладу на інший. Ефективність артикуляційної гімнастики зумовлена її систематичним виконанням під керівництвом логопеда, а також обов'язковою підтримкою батьків вдома.

Під час обстеження артикуляційного апарату важливо пам'ятати, що правильна звуковимова здебільшого забезпечується збереженістю кожної частини периферичного мовленнєвого апарату; ротової і носової порожнин, а також глотки і носоглотки. Досліджуючи будову язика, зубів, губ, піднебіння, щелеп, необхідно виявити, чи відповідає їхня будова нормі, а якщо ні, то який наявний характер порушення.

Під час обстеження звуковимови потрібно з'ясувати, як дитина вимовляє звук, що перевіряють ізолювано, в словах, складах, реченнях, текстах, використовуючи відповідний дидактичний матеріал. Під час обстеження фонематичного слуху з'ясовують, як діти на слух розрізняють фонеми рідної мови. Використовують прийоми, спрямовані на:

- впізнавання, порівняння і розрізнення простих фраз;

- виділення і запам'ятовування заданих слів у ряду подібних до звукового складу;
- розрізнення окремих звуків у звуковому ряду, в складах, словах;
- запам'ятовування і повторення складових рядів, що складаються з 2—4 елементів.

Досліджується здатність до сприйняття ритмічних структур різної складності, відтворення ритмічних малюнків. Особливу увагу звертають на розрізнення свистячих — шиплячих, глухих — дзвінких пар звуків. Аналіз усіх отриманих даних дасть змогу визначити характер і причину дислалії і напрям виправлення порушень звуковимови.

Фонематичний слух є важливим компонентом мовлення, оскільки допомагає правильно сприймати і розрізняти звуки. Дослідники Л. Волкова та Р. Левіна зазначають, що порушення фонематичного сприймання часто є причиною неправильної вимови звуків. Робота над фонематичним слухом дозволяє дитині усвідомити звукову структуру мовлення та виправити вимову [176].

Логокорекційна робота з формування фонетичної сторони мовлення передбачає такі етапи: 1) підготовчий; 2) постановки відсутніх звуків; 3) автоматизації поставлених звуків, введення їх у самостійне мовлення; 4) диференціації звуків.

Кожний із перелічених етапів відрізняється за змістом і прийомами логопедичної роботи. Підготовчий етап передбачає систему вправ, спрямованих на розвиток рухливості артикуляційного апарату. Ці вправи можна поділити на дві групи:

1. Масаж артикуляційного апарату, метою якого є вироблення рухливості губ, язика, здатність переключатися з одного артикуляційного укладу на інший.
2. Вправи, виконання яких допомагає створювати потрібну артикуляційну базу для появи відсутніх у мовленні дитини звуків. Ці

загальноприйняті в логопедії підготовчі вправи також поділяють на дві групи:

- статичні, спрямовані на утримування артикуляційної пози;
- динамічні («годинничок», «маляр», «гойдалка»).

Етап постановки відсутніх звуків передбачає використання трьох способів: а) за наслідуванням, коли логопед пояснює і показує артикуляцію певного звука. При цьому увагу дитини звертають на рухи мовленнєвих органів, відчуття рукою характеру видихуваного повітряного потоку, вібрації голосових складок; б) механічний спосіб — використання зондів, шпательів та іншого приладдя, що допомагають дитині відтворити заданий артикуляційний уклад. Кінестетичні подразнення, що виникають при цьому в сукупності з відповідними слуховими, дають змогу створити передумови для самостійного виконання необхідної артикуляції; в) змішаний спосіб — одночасне застосування механічної допомоги і показ правильної артикуляції звука.

Етап автоматизації поставлених звуків передбачає систему мовленнєвих вправ, спрямованих на вироблення вміння використовувати в самостійних висловлюваннях поставлені звуки. При цьому лексичний матеріал має бути різнобічним і охоплювати не тільки ізольовану вимову звука, а й складні вправи зі словом, де поставлений звук посідає різну позицію, а також речення і тексти. Крім того, він має бути насичений вивченим звуком.

Етап диференціації звуків настає після того, коли добре відпрацьована вимова кожної із груп звуків, подібних за вимовою або артикуляцією.

Важливо зазначити, що додатковим методом корекції дислалії, яка спричинена особливостями будови артикуляційного апарату, вважається логопедичний масаж. Він допомагає розслабити або активізувати м'язи, що беруть участь у процесі мовлення [116].

Методи логопедичного масажу включають:

- Ручний масаж (виконується за допомогою пальців або спеціальних зондів для стимуляції м'язів язика, губ і щелепи).

- Зональний масаж (зосереджений на певних ділянках, таких як губи, підборіддя, язик).

- Вібраційний масаж (з використанням спеціальних апаратів для стимуляції м'язової активності). Ця методика особливо корисна для дітей із недостатнім м'язовим тонусом мовленнєвого апарату.

Такі вчені, як Г. Гришкевич та Т. Філічева вважають, що ефективним методом корекції дислалії може бути логоритміка – методика, що поєднує рух, музику та мовлення для корекції мовленнєвих порушень.

Основні види логоритмічних вправ:

- Ритмічні вправи (крокування, плескання у такт мовленню).
- Співочі вправи (вправи на відпрацювання голосу та інтонації).
- Дихальні вправи у поєднанні з рухами (сприяють правильному мовленнєвому диханню).

Логоритміка особливо ефективна у роботі з дітьми дошкільного віку, оскільки поєднує навчання з ігровими формами.

Отже, корекція дислалії потребує комплексного підходу, що включає артикуляційні вправи, логопедичний масаж, розвиток фонематичного слуху, логоритміку та використання сучасних технологій. Важливим є індивідуальний підхід до кожної дитини та регулярна співпраця логопеда, батьків і педагогів для досягнення успішного результату.

Для повноцінного оволодіння мовленнєвою діяльністю важливо своєчасно виявляти та виправляти порушення звуковимови, серед яких ринолалія займає особливе місце. Таке порушення мовлення характеризується патологічним тембром голосу та спотворенням звуків унаслідок розладу резонансної функції носової порожнини. Ринолалія може бути органічного (анатомічні дефекти піднебіння) або функціонального (неправильне мовленнєве дихання та артикуляція) характеру.

Ринолалія негативно впливає не лише на мовленнєвий розвиток дитини, а й на її соціальну адаптацію, комунікативні навички та загальну успішність у навчанні. Формування правильної вимови тісно пов'язане з розвитком фонематичного слуху, мовленнєвого дихання, координації артикуляційних рухів і загального моторного розвитку. Важливим є те, що якість мовлення безпосередньо впливає на подальше оволодіння навичками письма та читання, тому раннє виявлення та корекція ринолалії мають ключове значення для гармонійного розвитку дитини.

Вивченням ринолалії займаються багато вітчизняних і зарубіжних дослідників. Серед українських учених важливий внесок у дослідження та корекцію ринолалії зробила С. Конопляста. Її наукові праці містять комплексні підходи до логопедичної допомоги дітям із ринолалією. Також цю проблему досліджували Н. Серебрякова, Л. Волкова, Т. Філічева, які розробили ефективні методики корекції мовленнєвих розладів. Насамперед слід зазначити, що логопедичний вплив у разі ринолалії має бути науково обґрунтованим, системним, послідовним і мати комплексний характер. Виходячи зі стану сформованості фонетичної, лексико-граматичної і просодичної сторін мовлення, визначають основні завдання і обирають напрями логокорекційного впливу на дитину з ринолалією.

Сучасні методи корекції ринолалії включають логопедичну роботу, хірургічне втручання, дихальну гімнастику, фонопедичні вправи та використання інноваційних технологій.

У логопедичній практиці корекція ринолалії здійснюється комплексно, включаючи спеціальні вправи для нормалізації мовленнєвого дихання, розвитку артикуляційного апарату, постановки та автоматизації звуків. Заняття логопеда ґрунтуються на ретельному обстеженні дитини, яке передбачає аналіз будови й функцій мовленнєвого апарату, особливостей дихання та голосоутворення.

Оскільки органічна ринолалія часто викликана порушеннями розвитку піднебіння, ефективне лікування передбачає хірургічне втручання. У своїх

дослідженнях С. Конопляста наголошує, що операція з відновлення анатомічної будови піднебіння (уранопластика) є необхідною перед початком логопедичної роботи [24, 26].

Основні види хірургічних втручань:

- уранопластика – операція з усунення дефекту м'якого або твердого піднебіння;
- фаринголастика – корекція глоткового затвору для покращення мовленнєвої функції;
- ортодонтичне лікування – виправлення неправильного прикусу, який може впливати на звукотворення.

Після операції важливо проводити комплексну реабілітацію, що включає дихальну гімнастику, артикуляційні вправи та розвиток голосу.

Основою корекції ринолалії є логопедична робота, спрямована на формування правильної артикуляції, нормалізацію дихання та відновлення тембру голосу. С. Конопляста у своїх дослідженнях виділяє такі етапи логопедичної допомоги:

1. Дихальна гімнастика. Ринолалія часто супроводжується порушеннями мовленнєвого дихання, тому важливим етапом корекції є нормалізація дихального процесу.
2. Артикуляційна гімнастика. Завдяки спеціальним вправам відбувається зміцнення м'язів язика, губ та піднебіння.
3. Фотопедичні вправи спрямовані на нормалізацію голосу та тембру мовлення.

Додатковим методом логокорекції при ринолалії виступає логоритміка - методика, що поєднує рух, музику та мовлення, а також сприяє розвитку ритму мовлення, дихання та координації рухів [25, 123].

Таким чином, при корекційній роботі з дітьми, у яких виявлені органічні порушення мовлення, слід дотримуватися певних принципів:

1. Принцип комплексності передбачає обстеження дітей різними фахівцями (логопедом, педіатром, отоларингологом, стоматологом,

ортодонтом, невропатологом або психоневрологом, фізіотерапевтом, лікарем ЛФК, психологом). Лише грамотне використання і зіставлення результатів комплексного дослідження дасть можливість дійти висновку про суть порушення та його глибину. Виходячи з природи порушення, у дітей із природженими незрощеннями губи і піднебіння простежуються порушення не тільки структури або анатомічної цілісності артикуляційного апарату, а й його функцій. Це виявляється у самому незрощенні верхньої губи, м'якого і/або твердого піднебіння, підслизової (субмукозної) щілини, порушеннях зубного ряду, прикусу, закороткій під'язиковій вуздечці, відсутності або загальмованості піднебінних і глоткових рефлексів тощо. З метою виявлення цих відхилень, здійснення комплексного лікування, а також для визначення строків логопедичного втручання дитину обстежують хірург-стоматолог і ортодонт. Вроджені порушення розвитку обличчя часто призводять до розладів слухової функції, що, в свою чергу, ускладнює процес фонематичного сприймання.

2. Принцип цілісного, системного вивчення. Оскільки мовленнєва діяльність як вища психічна функція формується і реалізується в тісному взаємозв'язку з іншими психічними процесами, які забезпечують сенсорну, інтелектуальну, афективно-вольову сфери, корекційна робота у даному випадку передбачає не лише вивчення самого мовленнєвого порушення, а й розкриття зв'язків між мовленнєвими розладами і станом інших сторін психічної діяльності дитини, виявлення компенсаторних можливостей тощо. У процесі психолого-педагогічного обстеження слід з'ясувати, як відбувався ранній загальний і мовленнєвий розвиток дитини, яким є ставлення оточення до цієї дитини; обстежити стан пізнавальних психічних процесів (сприймання, уваги, пам'яті, мислення), емоційно-вольової сфери, визначити особистісні особливості дитини. Саме такий підхід дає змогу чітко визначити методи логопедичного впливу [116, 134].

3. Принцип системного підходу до аналізу стану мовленнєвої діяльності. За системного підходу слід визначити не тільки, який саме

компонент мовленнєвої системи порушений, а й взаємовплив і взаємозалежність його з іншими компонентами мовлення, первинність і вторинність порушень.

4. Принцип порівняння передбачає зіставлення отриманих під час обстеження даних з подібними даними в нормі. Це дає можливість визначити рівень порушеного розвитку, глибину порушення.

5. Принцип динамічності ґрунтується на отриманні даних про характер порушення, його своєрідність і якість у динаміці, тобто внаслідок багаторазових досліджень у певний проміжок часу. Не менш важливими є статичні дані про стан складових мовленнєвої діяльності, які надають значну інформацію для визначення логопедичного висновку.

6. Принцип індивідуального підходу відповідно до віку і можливостей дитини щодо навантаження передбачає насамперед потребу у визначенні компенсаторних можливостей дитини, зони її найближчого розвитку, що може значно підвищити ефективність логотерапії, скоротити її строки. Порушення мовлення тісно пов'язані з особистістю дитини. Забезпечення індивідуального підходу, тобто врахування особистісних характеристик дитини, дає можливість розкрити характер динаміки порушення, своєрідність формування психічних процесів, виявити вплив мовленнєвого порушення на навчання дитини, на стосунки з дорослими та однолітками.

У контексті нашого дослідження важливо звернути увагу на розлади мовлення органічного генезу, що супроводжуються порушеннями зубощелепної системи. Саме на це спрямована медична складова інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги. Хоча у випадку механічної дислалії фонетичні порушення являються первинними, ряд науковців (О. Ревуцька, В. Тищенко, М. Шеремет та ін.) дійшли до висновку, що у дітей цієї категорії проявляється недостатній розвиток фонематичних процесів, сприймання, уявлень. Але рухливість і пластичність органів артикуляції (нижня щелепа, м'яке піднебіння, язик, губи) повністю збережена. Це свідчить про збереженість іннервації периферичного

мовленнєвого апарату та про сформованість артикуляційного праксису, тобто довільних артикуляційних рухів. Особливості вимови деяких звуків проявляються у процесі пристосування рухливих органів артикуляції до будови зубощелепного апарату, що відбувається під контролем мовленнєвого слуху. Таким чином, можна говорити про становлення спеціальних адаптаційних артикуляційних позицій, що не завжди відповідають прийнятим артикуляційним нормам, проте дають чіткий акустичний ефект у процесі вимови як ізольованих звуків, так і звуковимови у мовленнєвому потоці. Специфічність конфігурації артикуляційного апарату може ускладнювати процес автоматизації правильної звуковимови. Будь-які зміни у структурі чи функції органів артикуляції вважаються факторами, що можуть призвести до формування неправильної вимови деяких звуків. Розвиток компенсаторних механізмів призводить до часткового подолання наявних відхилень від норми при порушеннях зубощелепного апарату [36, 39, 40, 76, 89, 103].

Як зазначає Б. Гріншпун, нормотипова звуковимова у дітей із порушеннями будови язика та зубних рядів, свідчить про високі компенсаторні можливості для формування правильної вимови звуків навіть при наявності несприятливих анатомічних умов [155]. На думку М. Фомічової, вроджені дефекти периферичного мовленнєвого апарату виступають тільки передумовою до розвитку розладів мовлення. За умов правильного мовленнєвого виховання у психічно та фізично здорової дитини формуються природні можливості для компенсації таких порушень [67, 78, 153].

У результаті проведення досліджень різних форм дислалії, Л. Меліхова довела, що при роботі логопеда з дітьми, у яких діагностована дислалія, несприятливими можуть бути випадки, коли виявляються не тільки порушення будови периферичного мовленнєвого апарату, але й наявні певні розлади іннервації, що можливо при наявності стертої дизартрії. У даному

випадку процес корекції звуковимови значно ускладнюється, іноді логопеду не вдається сформувати правильну вимову окремих звуків [50, 54, 57].

Таким чином, надання допомоги особам із порушеннями мовлення та зубощелепної системи має здійснюватися на засадах комплексного міждисциплінарного підходу, що включає логопедичну, медичну та психологічну складові [41, 43, 45, 147]. Упродовж ортодонтичного лікування дитина часто перебуває у стані психоемоційного напруження, стикається з болісними маніпуляціями, естетичним дискомфортом, тимчасовими обмеженнями в мовленнєвій активності, що потребує своєчасної психологічної корекції з метою формування адаптивних механізмів реагування та забезпечення ефективності корекційного процесу [46, 187].

Психолог у складі мультидисциплінарної команди виконує низку завдань: здійснює психодіагностику емоційного стану, рівня тривожності, адаптивності дитини; бере участь у визначенні психологічної готовності до лікування та корекції мовлення; формує позитивну мотивацію до взаємодії з фахівцями. Залежно від виявлених труднощів, застосовуються різноманітні методи корекційно-розвивального впливу: когнітивно-поведінкові техніки, ігрова терапія, методи арттерапії, вправи на розвиток саморегуляції, зокрема дихальна гімнастика [47, 48, 180, 188].

Окрему роль відіграє робота з батьками, яка спрямована на підвищення рівня їх обізнаності щодо особливостей емоційного стану дитини в період корекційної роботи, зниження батьківської тривожності, формування конструктивних моделей підтримки. Проведення індивідуальних і групових занять із психологом сприяє розвитку емоційного інтелекту, подоланню комунікативних бар'єрів, формуванню впевненості у власних силах, що значно покращує соціальну адаптацію дитини. Такий інтегративний підхід дає змогу здійснювати цілісну психолого-педагогічну підтримку, яка враховує не лише клінічні аспекти порушень, але й особистісні, когнітивні та емоційно-вольові характеристики кожної дитини [45, 48].

Отже, логопедична робота з формування навичок правильної звуковимови у дітей із порушеннями зубощелепної системи передбачає дотримання таких умов:

1. Логопедична робота має поєднувати у собі традиційні логопедичні прийоми корекції наявних мовленнєвих розладів та спеціальні медичні технології, модифіковані під логопедичну практику.

2. Першочерговими завданнями логопедичної роботи мають бути не тільки формування артикуляційної моторики, а й розвиток кінестетичного та кінетичного контролю за рухами органів артикуляції.

3. Логопед має використовувати усі сучасні технології для формування фонематичного слуху та навичок слухового контролю за власною вимовою.

4. Навички адаптованої звуковимови повинні бути сформовані перш, ніж розпочнеться ортодонтичне лікування чи буде проведене оперативне хірургічне втручання. При наявних порушеннях прикусу чи укороченій вуздечці язика, коли у дитини порушені основні умови для нормальної роботи артикуляційної системи, логопед допомагає дитині опанувати основні елементи нормотипової артикуляції та навчає орієнтуватися саме на акустичні ефекти звуків, спираючись на зразок їх звучання у логопеда чи батьків. На основі сформованих кінестетичних відчуттів, під контролем сформованого фонематичного слуху артикуляційний апарат поступово адаптується до патологічно змінених артикуляційних умов так, що акустичний ефект звука стає близьким до нормативного [22, 29, 38, 46, 49, 111, 121, 135].

До основних принципів диференційованого логопедичного впливу щодо формування навичок правильної звуковимови у дітей із порушеннями зубощелепної системи можна віднести:

1. Подолання мовленнєво-рухових розладів і стимуляцію розвитку артикуляційної моторики. Це сприяє:

- нормалізації тонуусу лицьової, губної та язикової мускулатури;

- розвитку рухливості і координації рухів органів артикуляції;
- координації артикуляції і дихання.

2. Усунення недоліків звуковимови задля:

- виправлення і постановки звуків;
- закріплення правильної вимови звуків в різних фонетичних умовах і позиціях у процесі виконання спеціальних вправ;
- диференціації у мовленні дітей звуків, схожих за артикуляційними та акустичними ознаками;
- автоматизації звуків у самотійному мовленні дітей.

3. Розвиток мовленнєвого дихання і просодичних компонентів мовлення, направлений на:

- розвиток фізіологічного дихання (підготовчий етап);
- тренування фонаційного видиху і власне мовленнєвого дихання;
- розвиток сприймання і відтворення зміни голосу за силою, висотою, тембром;
- розвиток сприймання і відтворення різного ритму і темпу мовлення, інтонаційних типів і різних емоційних відтінків висловлювання.

4. Формування фонематичних процесів для:

- подолання порушень фонематичного сприймання;
- формування практичних навичок звукового аналізу та синтезу;
- розвитку фонематичних уявлень [47, 56, 159].

Таким чином, для логопедичної роботи з особами із порушеннями зубощелепної системи можуть бути рекомендовані такі методи логопедичного впливу:

1. Диференційований логопедичний масаж, що прискорює нормалізацію м'язового тону органів артикуляції, сприяє зменшенню ступеня прояву мовленнєво-рухових розладів, усуненню післяопераційних наслідків пластики вуздечки язика і верхньої губи, а також активізує процес корекції порушень зубощелепної системи.

2. Мімічна гімнастика для активізації міміки і формування довільних рухів м'язів обличчя.

3. Артикуляційна гімнастика: пасивна та активна; з коригуючими ортодонтичними апаратами і без них, що включає вправи, спрямовані на розвиток кінетичної та кінестетичної організації рухів артикуляційної моторики.

4. Міотерапія – комплекс вправ з використанням спеціальних апаратів-тренажерів та без них, що спрямована на розвиток функціональних можливостей нервово-м'язового апарату щелепно-лицьової мускулатури.

5. Комплекс пасивних вправ для розслаблення м'язів ший.

6. Міогімнастика – тренування м'язової системи для нормалізації функції м'язів синергістів і антагоністів. Виступає одним із основних методів корекції ортодонтичних порушень. Міогімнастику можна використовувати як перед початком логопедичної роботи, так і на усіх її етапах, а також для закріплення отриманого результату. Найчастіше цей метод застосовують при роботі з дітьми 4-7 років, коли дитина вже може зрозуміти завдання і правильно його виконати. Міогімнастичні вправи направлені на укріплення кругового м'яза рота потрібні для профілактики порушень формування верхньої щелепи при ротовому типі дихання. Тренування м'язів язика необхідно для постановки його у правильне положення, що дозволяє запобігти розвитку багатьох мовленнєвих розладів. Якщо в дитини формується глибокий чи дистальний прикус через відсутність жувального навантаження, необхідно тренувати м'язи, що висуюють нижню щелепу вперед [55, 68, 97, 114, 138].

7. Тейпування – проводиться хірургічними мікропористими пластирами. Метод направлений на стимуляцію правильної роботи мімічних м'язів. Смужки приклеюються вздовж усього м'язу, приводячи його в тонус.

Найчастіше у практиці логопедів і ортодонтів зустрічаються порушення функції оральної мускулатури, що призводять до ослаблення тону м'язів кругового м'яза рота. Причиною цього може стати: інфантильний тип

ковтання, ротове дихання, прокладання язика між зубами, його смоктання, міжзубний сигматизм. Рот у таких дітей напіввідкритий, що спричинює виникнення звичного ротового дихання, нижня щелепа сильно недорозвинена. Це призводить до порушень зубощелепної системи, які, в свою чергу, ведуть до порушення мовленнєвої артикуляції [7, 33, 69, 74, 133, 147].

Застосування міогімнастики у поєднанні зі стандартними чи індивідуально виготовленими профілактичними ортодонтичними конструкціями сприяє прискоренню міофункціональної корекції, тому важливо надавати таким особам саме комплексну інтегративну медико-педагогічну допомогу.

Для тренування м'язів використовують вестибулярні пластинки і щити. Вони можуть бути стандартні (апарати Маппі, Шонхера, Хінца, а також міотрейнери) або індивідуально виготовлені (пластинки Кербітца, Крауса) [77, 87, 91, 98, 185, 186].

Однак, слід зазначити, що відомі методи ортодонтичного лікування без обов'язкової логопедичної корекції і психологічного супроводу не дадуть бажаного результату. Тому допомога особам з мовленнєвими розладами, що викликані порушеннями зубощелепної системи, повинна бути комплексною, скерованою на інтеграцію усіх вищезгаданих компонентів.

Відтак, логопедична робота має спиратися не тільки на виправлення звуковимови. Логопед повинен навчити правильно ставити язик, розповідати про шкідливі звички і способи боротьби з ними [32, 34].

До комплексу вправ, які проводяться на заняттях із дітьми, входять вправи для м'язів плечового поясу, шиї, вправи для жувально-артикуляторних м'язів, гімнастика для губ, щік, язика, вправи для нормалізації положення нижньої щелепи (прогенія, прогнатія), при відкритому прикусі, вправи для поновлення функції правильного дихання й ковтання. Для цього можуть використовуватися: амортизатор Роджерса,

активатор Дасса, вестибулярна пластинка, міжгубний диск Фріеля, накушувальні кільця і стрічки [46, 144].

Проте, при логопедичній корекції у осіб із порушеннями зубощелепної системи можуть виникати деякі труднощі, пов'язані з тим, що під час ортодонтичної корекції потрібно постійно носити у порожнині рота спеціальні коригуючі апарати чи пластинки для виправлення прикусу. Це зумовлює появу деяких труднощів при подоланні наявних порушень звуковимови, оскільки ускладнюється процес автоматизації звуків. Тому потрібно попередити дитину і її батьків, що комплексна логопедично-ортодонтична допомога може тривати навіть декілька років. Усе залежить від тяжкості зубощелепних порушень і швидкості формування правильних артикуляційних звичок [42, 60, 62, 76, 148].

Отже, актуальність створення методики інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги особам із порушеннями мовлення органічного генезу залишається поза сумнівом. Проте, в Україні цьому питанню не надається великої уваги. Комплексна допомога надається тільки у разі звернення батьків. У багатьох містах Бразилії і США у поліклінічних відділеннях, а також при логопедичних пунктах працюють також психологи і ортодонти. Це дозволяє провести усебічну діагностику наявних порушень, скласти диференційовану схему впливу, направлену на їх корекцію та закріплення отриманих результатів.

2.2 Дослідження стану мовленнєвого розвитку у осіб із порушеннями мовлення органічного генезу

Констатувальний експеримент у контексті інтегративної допомоги дітям із порушеннями мовлення та зубощелепної системи був спрямований на вивчення впливу комплексного підходу до оцінювання та корекції таких розладів. Його основна мета – дослідження взаємозв'язку між мовленнєвими розладами та порушеннями зубощелепної системи, оцінка сформованості мовлення, визначення критеріїв і показників мовленнєвих складових,

створення методики інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги дітям із порушеннями мовлення органічного генезу.

Сутність експерименту полягала у поєднанні інтегративних підходів для комплексної оцінки та корекції порушень мовлення та функцій зубощелепної системи. Інтегративна допомога враховує взаємозв'язок анатомо-фізіологічних, мовленнєвих, когнітивних і психоемоційних компонентів у розвитку дитини. Експеримент був спрямований на вивчення ефективності об'єднання логопедичних, психолого-педагогічних, стоматологічних, ортодонтичних методів у єдину реабілітаційну програму.

Головна ідея експерименту полягала у тому, що порушення зубощелепної системи (аномалії прикусу, розщілини піднебіння чи дефекти зубних рядів) не тільки впливають на анатомічну будову артикуляційного апарату, але й безпосередньо пов'язані з функціональними порушеннями мовлення (дислалія, дизартрія тощо). Експеримент був спрямований на оцінку того, як саме корекція цих порушень через одночасну роботу з різними фахівцями сприяє нормалізації мовленнєвої діяльності та покращує якість життя дітей.

Виходячи з цього, можна виділити такі ключові аспекти сутності експерименту:

1. Інтегративний підхід:

Експеримент базується на залученні фахівців різних галузей (логопедів, стоматологів, ортодонтів, психологів, неврологів), які разом працюють над створенням індивідуальної програми для кожної дитини. Кожен фахівець діє в рамках своєї компетенції, але спільно узгоджує дії з іншими учасниками процесу.

2. Поєднання різноманітних методів корекції

До програми включаються як педагогічні, так і медичні втручання:

- Логопедичні методи: спеціальні вправи для покращення артикуляції, розвитку дихання, корекція звуковимови.

- Психолого-педагогічна підтримка: когнітивні тренінги, корекція поведінкових і психоемоційних станів, робота з мотивацією дитини.

- Медичні методи: корекція прикусу (брекети, пластини), оперативне усунення анатомічних дефектів, фізіотерапія, медичні тренажери для укріплення м'язів артикуляційного апарату.

3. Комплексна діагностика:

В експерименті враховується взаємозалежність багатьох факторів, тому діагностичний етап є особливо важливим. Використовуються такі методики, як:

- логопедичні тести для оцінки мовленнєвих функцій;
- психологічні опитувальники для оцінки емоційного стану дитини;
- функціональні проби для аналізу артикуляційної моторики, дихання та ковтання.

4. Індивідуалізація підходу:

Кожна дитина отримує унікальну програму, яка враховує вікові особливості, рівень мовленнєвого розвитку та психоемоційний стан, характер і ступінь порушень зубощелепної системи.

Наукова сутність експерименту полягала у виявленні механізмів взаємодії між порушеннями в зубощелепній системі та мовленнєвими розладами. Це дозволяє вивчити нейрофізіологічну основу мовленнєвих порушень, зокрема зміни в активності мовленнєвих зон мозку у зв'язку із порушенням сенсомоторного розвитку артикуляційного апарату. За результатами проведеного експерименту можна оцінити вплив порушень зубощелепної системи на розвиток фонетичних, фонематичних та граматичних аспектів мовлення, а також дослідити динаміку змін у мовленні та функціонуванні щелепно-лицевого апарату після застосування інтегративної терапії.

Говорячи про практичне значення експерименту, можна зазначити, що інтегративна допомога має на меті не лише корекцію окремих порушень, а й

досягнення гармонійного розвитку дитини через усунення їхньої причини.

Після проведення експерименту очікується:

- покращення мовленнєвих навичок;
- відновлення правильного функціонування артикуляційного апарату (ковтання, жування, змикання губ);
- соціальна адаптація дитини та підвищення її самооцінки завдяки успіхам у мовленнєвій комунікації;
- розробка практичних рекомендацій для інтегративного підходу в реабілітації.

Таким чином, сутність експерименту полягала в комплексній інтеграції різних підходів до діагностики та корекції порушень, спрямованій на досягнення стабільних результатів у відновленні мовлення та функцій зубощелепної системи.

Основні завдання експерименту:

- визначити особливості розладів мовленнєвої діяльності у дітей із порушеннями зубощелепної системи;
- дослідити ефективність інтегративного підходу до діагностики, який включає логопедичну, психологічну та стоматологічну оцінку;
- встановити кореляції між ступенем порушень зубощелепної системи та виразністю мовленнєвих розладів;
- розробити практичні рекомендації для корекції, спрямованої на одночасне усунення фізичних і функціональних порушень.

Наш експеримент включав у себе такі етапи:

1. Підготовчий етап був направлений на формулювання завдань і гіпотез, визначення основних цілей дослідження, зокрема, чи впливає корекція прикусу на покращення артикуляції.

У експерименті приймали участь 228 дітей: 124 дитини (54 дитини дошкільного і 70 дітей молодшого шкільного віку) із порушеннями мовлення та зубощелепної системи та 104 дитини без порушень. На цьому етапі була розроблена методологія дослідження, здійснювалася підготовка

діагностичних методик та протоколів дослідження. Були отримані згоди батьків на участь дітей у дослідженні.

2. Діагностичний етап полягав у співпраці спеціалістів різних фахів та включав у себе:

1. Логопедичне обстеження:

- дослідження артикуляції, фонематичних процесів, лексико-граматичного складу мовлення;
- використання функціональних проб (змикання губ, жування, ковтання) для оцінки моторики артикуляційного апарату.

2. Дослідження стану зубощелепної системи:

- вивчення стану зубного ряду, прикусу, розташування щелеп і піднебіння;
- використання рентгенологічних методів (панорамна рентгенографія) для аналізу анатомічних порушень.

3. Аналіз неврологічного дослідження:

- використання ЕЕГ для аналізу активності мовленнєвих зон мозку.

4. Психологічну діагностику:

- аналіз соціально-психологічних факторів, які впливають на мовленнєвий розвиток.

3. Аналітичний етап полягав у обробці отриманих даних, систематизації результатів досліджень, виявленні закономірностей між ступенем зубощелепних порушень і їхнім впливом на мовлення. Наприкінці аналітичного етапу була здійснена статистична перевірка гіпотез, тобто оцінка достовірності отриманих результатів.

4. Розробка інтегративних рекомендацій, що включала в себе формулювання інтегративної програми корекції, а саме: логопедичні заняття для покращення артикуляції, ортодонтичне лікування за допомогою сучасних ортодонтичних апаратів та новітніх технік тейпування, медико-психологічну підтримку для стабілізації психоемоційного стану дитини.

5. На заключному етапі відбувалася оцінка ефективності проведення експерименту щодо інтегративної допомоги особам із порушеннями мовлення та зубощелепної системи, тобто проводилася повторна діагностика після впровадження корекційних заходів. Після цього здійснювалося порівняння динаміки змін: визначення, наскільки інтегративний підхід сприяв покращенню стану мовлення і функціональності зубощелепної системи. Підготовка висновків включала в себе створення науково-практичних рекомендацій для впровадження інтегративної допомоги у клінічну практику.

Виходячи з усього вищесказаного, можна зробити висновок про очікувані результати дослідження, серед яких:

- виявлення закономірностей між порушеннями мовлення та зубощелепної системи;
- доведення ефективності інтегративного підходу до діагностики і корекції;
- підготовка основи для розробки науково обґрунтованої методики реабілітації дітей із подібними порушеннями.

Таким чином, наше дослідження було спрямоване на вдосконалення практики допомоги дітям, покращення їхньої мовленнєвої діяльності та якості життя, використання методики інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги особам із порушеннями мовлення органічного генезу.

Отже, діагностика стану мовленнєвої діяльності при порушеннях зубощелепної системи є складним і багатокомпонентним процесом, оскільки взаємозв'язок між структурними порушеннями щелепно-лицевої ділянки та мовленнєвими розладами має комплексний характер. Зубощелепні порушення, такі як неправильний прикус, недорозвинення щелеп, дефекти зубного ряду або асиметрія обличчя, впливають на артикуляцію, формування звуків, мовленнєвий резонанс і дихальну функцію, що є критичними для нормальної мовленнєвої діяльності [107, 160].

На етапі діагностики у нашому дослідженні особливу увагу приділяли аналізу анатомо-фізіологічних змін, які впливають на функціональність артикуляційного апарату. Перш за все, проводилася оцінка стану зубощелепної системи, зокрема: оцінювалася симетричність обличчя, положення та форма щелеп, стан зубних дуг, характер змикання зубів, рухливість щелеп у процесі мовлення, жування і ковтання. Визначення анатомічних порушень дозволяє зрозуміти, наскільки вони впливають на мовленнєві функції, такі як артикуляція звуків, формування резонансу або правильне фонування.

Одним із важливих етапів є оцінка артикуляційної моторики, яка включає аналіз роботи губ, язика, м'якого піднебіння і щелеп. Дітей просили виконувати різноманітні артикуляційні рухи, такі як висування язика, піднімання його до піднебіння, утримання певної позиції, рухи щелепою в різних напрямках. Ці вправи дозволяють виявити обмеження рухливості, дискоординацію, слабкість м'язів або патологічні компенсаторні механізми. Особливу увагу звертали на здатність досягати точного змикання губ і зубів, оскільки це критично для формування багатьох звуків, зокрема губно-губних і губно-зубних ([п], [б], [м], [в], [ф]).

Крім артикуляційних проб, оцінювалося мовленнєве дихання, яке часто порушується у осіб із зубощелепними порушеннями. Через обмеження у роботі носових і ротових шляхів дихання може бути поверхневим, переривчастим або недостатньо синхронізованим з мовленнєвою діяльністю. Це, у свою чергу, впливає на тривалість фонації та плавність мовлення [11, 81].

Важливим компонентом діагностики є аналіз резонансних характеристик мовлення. Зубощелепні порушення, зокрема дефекти піднебіння або неправильне положення зубних рядів, можуть спричиняти порушення резонансу, такі як гіпер- чи гіпоназальність. Для цього використовуються фонаційні проби, під час яких дитина вимовляє звуки [м], [н] або [а]. У разі порушення піднебінно-глоткового змикання визначається ступінь його впливу на чіткість і звучання мовлення.

Окремо оцінюється звуковимова. У осіб із зубощелепними порушеннями часто спостерігається неправильна вимова шиплячих ([ш], [ж], [ч]) і свистячих ([с], [з], [ц]) звуків, що виникає через недостатнє або надмірне змикання зубів, а також через неправильне положення язика під час артикуляції. Аналіз звуковимови включає повторення слів, складів і фраз, які містять ці звуки [1, 134].

Психолого-педагогічна діагностика також відіграє важливу роль у вивченні впливу зубощелепних порушень на мовленнєвий розвиток. У дітей із такими розладами можуть виникати труднощі у формуванні фонематичного слуху, правильної звуковимови, розвитку лексико-граматичних структур мовлення. Логопед аналізує, як структурні зміни впливають на комунікативні навички, темп мовлення, його ритмічність і виразність.

Таким чином, діагностика мовленнєвої діяльності при порушеннях зубощелепної системи є комплексним процесом, який охоплює клінічні, логопедичні та інструментальні методи. Отримані результати дозволяють виявити характер і ступінь впливу анатомо-фізіологічних порушень на мовлення та розробити індивідуальну програму корекції, спрямовану на відновлення функціональності мовленнєвого апарату.

Правильно сформована артикуляційна моторика є ключовим компонентом мовленнєвої діяльності, оскільки вона забезпечує координацію та функціональну активність органів артикуляційного апарату, зокрема губ, язика, м'якого піднебіння та нижньої щелепи. Порушення артикуляційної моторики часто спостерігаються у дітей із мовленнєвими розладами, такими як дислалія та ринолалія, а також при зубощелепних порушеннях, що негативно впливають на якість звуковимови, мовленнєве дихання та голосоутворення [11, 106].

Функціональні проби для дослідження артикуляційної моторики є ефективним методом оцінки стану мовленнєвого апарату. Вони дозволяють визначити рухливість, силу, координацію та тонус м'язів язика, губ, м'якого

піднебіння та нижньої щелепи. Комплексне використання цих проб у поєднанні з інструментальними методами дозволяє поставити точний діагноз і розробити індивідуальний план корекції мовленнєвих та зубощелепних порушень.

Проби для дослідження рухливості язика:

1. Висування язика вперед: дитина має висунути язик максимально далеко вперед і утримувати його у такому положенні. Оцінюється симетричність, амплітуда руху та тремор язика.

2. Підняття язика догори: язик піднімається до верхньої губи або альвеол, що дозволяє оцінити тонус м'язів верхньої частини язика.

3. Опускання язика вниз: дитина повинна дотягнутися язиком до нижньої губи або до основи нижніх зубів.

4. Рух язика вліво та вправо: досліджується здатність язика переміщуватися у різні боки, амплітуда та симетричність цих рухів.

5. «Голочка» та «лопатка»: дитина повинна зробити язик тонким і загостреним («голочка»), а потім широким і пласким («лопатка»).

6. Облизування губ по колу: язик рухається по зовнішній поверхні губ за годинниковою стрілкою і проти неї. Це завдання дозволяє оцінити координацію рухів.

Проби для дослідження рухливості губ:

1. Витягування губ уперед («хоботок»): губи витягуються трубочкою максимально вперед. Оцінюється сила та симетричність м'язів.

2. Посмішка із широко відкритим ротом: губи розтягуються у посмішці, що дозволяє оцінити симетричність м'язів.

3. Почергове витягування губ вперед і посмішка: це завдання показує здатність до швидкого переключення рухів.

4. Надування щік: дитина надуває щоки, утримуючи повітря. Логопед може натиснути на щоки для перевірки сили утримання повітря губами.

5. «Губний поцілунок»: дитина має робити губами поцілункові рухи, що дозволяє оцінити рухливість та силу кругового м'яза рота.

Проби для дослідження м'якого піднебіння:

1. Звукова проба на підняття піднебіння: дитині пропонується вимовляти звуки [a], [e], під час чого логопед спостерігає за підняттям м'якого піднебіння та його симетричністю.

2. Дослідження ковтальних рухів: дитину просять ковтнути слину, щоб оцінити рухливість м'якого піднебіння та наявність носового відтинку під час мовлення.

3. Вимова складів «ка-ка-ка», «га-га-га»: дозволяє оцінити функціональну активність м'язів м'якого піднебіння та задньої частини язика.

Проби для дослідження координації артикуляційних рухів:

1. Повторення складових рядів: дитині пропонується вимовляти швидко та ритмічно склади типу «па-та-ка», «ба-да-га». Ці проби дають змогу оцінити швидкість, точність та узгодженість артикуляційних рухів.

2. Зміна артикуляційних поз: чергування положень губ і язика, наприклад, посмішка — «хоботок», витягування язика вперед — піднімання його догори.

3. Вправи на переключення: пацієнт виконує серію артикуляційних завдань із швидким переходом від одного до іншого, наприклад: «посмішка» — «хоботок» — висунути язик — облизати губи.

Проби для дослідження сили артикуляційних м'язів:

1. Опір язика: логопед натискає шпателем на язик, а дитина повинна чинити опір цим рухам, наприклад, піднімати язик догори чи вбік.

2. Опір губ: дитина намагається утримати губи у витягнутому положенні («хоботок»), у той час як логопед намагається їх повернути у нейтральне положення.

3. Силове утримання повітря: під час надуття щік дитина утримує повітря в роті, а логопед перевіряє, наскільки добре вона чинить опір натисканню на щоки.

Проби на стійкість артикуляційних позицій:

Дитині пропонується утримувати певне положення язика або губ протягом кількох секунд. Наприклад:

- висунути язик уперед і тримати 5–10 секунд;
- утримувати губи у положенні «хоботка» чи посмішки;
- утримувати язик у піднятому положенні біля верхньої губи.

Оцінка результатів проводиться за 4-бальною шкалою: 1 бал – виражені порушення артикуляційної моторики, 2 бали – помірно виражені зміни, 3 бали – легка недостатність, тобто невеликі порушення, 4 бали – відсутність порушень артикуляційної моторики для певної вікової категорії [81, 127].

Перед початком корекційної роботи потрібно детально вивчити стан мовлення, причому не тільки звуковимови, а й мовленнєвого дихання. Під час вивчення стану звуковимови у нашому дослідженні оцінювалася вимова голосних та приголосних звуків за різними методиками: ізольовано, тобто у складах, словах, фразах та тексті; на початку, у середині чи в кінці слова; при збігу приголосних або повтореннях звуку. Слова використовувались з різною складовою структурою.

Рівень сформованості навичок звуковимови виявлявся у зв'язному та відображеному мовленні дітей. Визначався характер порушень вимови голосних та приголосних звуків: змішування звуків, неправильна вимова, заміна на інші звуки, назалізованість ротових та неназалізованість носових звуків. При оцінці стану звуковимови використовувалася спеціальна шкала: 1 бал – значне порушення розбірливості вимови, виражена нечіткість артикуляції; 2 бали – порушення вимови голосних та приголосних звуків, нечіткість артикуляції, помірно виражене зниження розбірливості мови; 3 бали – незначні порушення вимови окремих приголосних звуків чи їх груп, мінімальне зниження чіткості артикуляції та погіршення розбірливості мови; 4 бали – відсутність порушень звуковимови, чітка артикуляція, розбірливість мови не порушена [124, 151, 157].

Дослідження мовленнєвого дихання необхідне для визначення об'єму видиху, його інтенсивності, тривалості, ритмічності, плавності та синхронності. Також оцінюється за 4-бальною шкалою: 1 бал – значні порушення, слабкий і короткий мовленнєвий видих, порушення синхронності дихання, артикуляції та голосоутворення; 2 бали – помірно виражені зміни, скорочення тривалості та інтенсивності мовленнєвого видиху, порушення ритмічності та плавності мовлення, необхідність добирати повітря при промовлянні довгої фрази; 3 бали – незначні порушення, що проявляються неможливістю до кінця вимовити задані фрази; 4 бали – нормальний стан мовленнєвого видиху, ритмічна та плавна мова.

Для повноти дослідження на етапі констатувального експерименту визначалися критерії, показники та рівні сформованості мовленнєвих складових. Формування мовлення є складним і багаторівневим процесом, який охоплює різні аспекти психофізіологічного розвитку людини. Для оцінки рівня сформованості мовлення та виявлення можливих порушень виокремимо основні його критерії: анатомо-фізіологічний, фонетико-фонематичний, лексико-граматичний та комунікативний. Кожен з них має показники оцінювання та характерні порушення, які можуть спостерігатися у людей із порушеннями мовлення органічного генезу.

Анатомо-фізіологічний критерій визначає фізіологічні та механічні особливості мовлення, зокрема будову та функціональність артикуляційного апарату, а також правильність вимови звуків. Для нормального мовлення необхідно, щоб органи артикуляції – губи, язик, піднебіння, голосові зв'язки – були достатньо розвиненими та мали відповідну рухливість. Будь-які порушення в будові цих органів можуть спричинити мовленнєві розлади. Наприклад, неправильний прикус або коротка під'язикова зв'язка можуть ускладнювати правильну вимову звуків. Порушення артикуляції часто призводять до спотворення звуків, таких як шиплячі та свистячі, що робить мовлення незрозумілим для співрозмовника. Особливу увагу слід приділяти

таким порушенням, як ротацізм (неправильна вимова звуку "р"), ламбдацізм (дефекти у вимові "л"), а також дітям з діагностованою ринолалією.

Фонетико-фонематичний критерій пов'язаний із здатністю людини сприймати та розрізняти звуки мовлення. Він відіграє важливу роль у формуванні фонематичного слуху, що необхідний для правильної вимови та розуміння мовлення. Якщо у людини порушений фонематичний слух, вона може неправильно сприймати схожі звуки, що призводить до їх заміни або змішування. Наприклад, дитина може плутати "б" і "п", "д" і "т", що ускладнює розуміння її мовлення. Крім того, порушення саме цього критерія можуть впливати на темп, ритм та інтонацію мовлення. Люди з такими розладами можуть говорити надто швидко або, навпаки, повільно, мати проблеми з виразністю мовлення та правильною побудовою інтонаційних конструкцій.

Лексико-граматичний критерій відповідає за рівень розвитку словникового запасу та засвоєння граматичних конструкцій. Важливими для оцінки цього критерія є кількість активного та пасивного словника, правильність використання слів у мовленні, а також здатність будувати складні граматичні конструкції. У людей із порушеннями мовлення часто спостерігається обмежений словниковий запас, що проявляється у труднощах підбору слів, невпевненості у використанні синонімів та антонімів, недостатності до узагальнюючих понять. Також можуть бути присутні аграматизми, тобто помилки у вживанні відмінкових закінчень, неправильне узгодження слів у реченні, спрощення синтаксичних конструкцій. Такі люди зазвичай використовують короткі, неповні речення, мають труднощі у формуванні складних висловлювань, що ускладнює їхню мовленнєву комунікацію.

Комунікативний критерій охоплює здатність людини ефективно використовувати мовлення у процесі спілкування. Він визначає рівень сформованості зв'язного мовлення, вміння вести діалог, адекватно реагувати на репліки співрозмовника, будувати логічно завершені висловлювання. У

людей із порушеннями цього критерія можуть виникати труднощі у підтриманні розмови, використанні невербальних засобів комунікації, таких як жести, міміка, інтонація. Часто вони уникають мовленнєвої взаємодії або використовують короткі, обмежені фрази, що ускладнює процес комунікації. У дітей можуть проявлятися труднощі у складанні зв'язних розповідей, переказі почутого або прочитаного, що свідчить про недостатню сформованість комунікативної складової мовлення.

Таким чином, кожен із критеріїв мовлення відіграє важливу роль у його загальному розвитку та функціонуванні. Порушення будь-якого з них може суттєво вплинути на якість мовлення, зробити його менш зрозумілим або навіть унеможливити ефективну комунікацію. Для діагностики та корекції мовленнєвих порушень необхідно враховувати всі складові мовлення, проводити комплексну оцінку його стану та застосовувати індивідуальний підхід до кожної людини. Важливу роль у цьому процесі відіграють спеціалісти – логопеди, дефектологи, отоларингологи, психологи, стоматологи-ортодонти, які допомагають подолати мовленнєві труднощі та покращити комунікативні здібності осіб із мовленнєвими порушеннями.

Логопедична допомога особам із порушеннями мовлення органічного ґенезу базується на інтегративному підході. Саме тому важливо вивчити стан мовленнєвого розвитку дітей, тобто анатомо-фізіологічну, фонетико-фонематичну, лексико-граматичну та комунікативну складові мовлення як основні критерії сформованості мовлення у дітей із мовленнєвими розладами та порушеннями зубощелепної системи. Кожен із цих критеріїв містить конкретні показники, які дозволяють оцінити ефективність логокорекційної роботи.

Показники анатомо-фізіологічного критерія: будова та рухливість артикуляційного апарату (губи, язик, м'яке піднебіння, щелепи), форма і стан піднебіння, прикус (норма, патологія), тонус м'язів артикуляційного апарату (гіпертонус, гіпотонус, норма), стан носового дихання, координація дихання і мовлення, тип дихання (ротове, носове, змішане), голосоутворення (сила,

тембр, висота, наявність патологій), моторика органів артикуляції (точність, координація, швидкість рухів).

Показники фонетико-фонематичного критерія: правильність вимови голосних і приголосних звуків, стабільність звуковимови, чіткість артикуляції, наявність спотворень звуків, заміни, пропуски, перестановки, труднощі у вимові складних звукосполучень, правильне мовленнєве дихання, розвиток фонематичного слуху та сприймання (відмінність схожих за звучанням звуків), навички звукового аналізу та синтезу (поділ слова на звуки, склади, визначення місця звука в слові), темп і ритм мовлення (прискорений, уповільнений, рівномірний), інтонаційне оформлення мовлення.

Показники лексико-граматичного критерія: обсяг активного та пасивного словника, розуміння значення слів, володіння частинами мови, правильність утворення граматичних форм, словотворення (утворення нових слів, зменшувальні та збільшувальні форми), узгодження слів у реченні, вживання синонімів, антонімів, омонімів, розуміння переносного значення слів, побудова речень (простих, складних), зв'язність мовлення (послідовність висловлювань, логічність, завершеність думки).

Показники комунікативного критерія: ініціативність у спілкуванні (прояв активності в розмові, самостійний початок діалогу), розуміння мовлення співрозмовника (сприймання змісту сказаного, вміння відповідати на питання), використання мовлення у різних комунікативних ситуаціях (побутове, навчальне, ігрове спілкування), побудова діалогічного мовлення (адекватні відповіді, підтримка розмови, уточнювальні питання), монологічне мовлення (самостійне формулювання думки, опис подій, переказ), вміння коригувати мовлення відповідно до реакції співрозмовника, невербальні засоби комунікації (жести, міміка, поза), емоційна виразність мовлення (інтонація, логічні паузи, експресія).

Логопедичне обстеження дітей із порушеннями зубощелепної системи включає оцінку сформованості зв'язного мовлення, його комунікативної

функції, можливості змінювати відмінки та роди слів, змінювати дієслова за числами та особами, оцінку звуковимови та фонематичного аналізу. При логопедичному дослідженні встановлюється рівень загального розвитку мовлення та особливості його порушення. Визначення загального рівня розвитку мовлення та рівня загального розвитку дитини допомагає вибрати напрям подальшого обстеження та зміст корекційної роботи [61].

У нашому дослідженні акцент робився на особливості основних складових сформованості мовлення дітей із порушеннями зубощелепної системи. Сформоване мовлення представляє собою інтегроване вміння правильно спілкуватися рідною мовою у будь-якій життєвій ситуації, розповідати, оцінювати, розмірковувати, використовувати мовленнєві та інтонаційні засоби виразності, міміку, жести, спостерігати за мовленням оточуючих та виправляти помилки, дотримуючись загальної культури мовлення. Мовленнєва система передбачає сформованість анатомо-фізіологічної, фонетико-фонематичної, лексико-граматичної складових та сформованість зв'язного мовлення, тобто комунікативної складової. *Кожен з цих критеріїв складає окремий блок, у якому показники сформованості мовлення відрізняються в залежності від наявних порушень мовлення та зубощелепної системи.*

Оцінюються виконані завдання за 4-бальною шкалою. Кожен критерій має 4 рівні: високий, достатній, середній та низький. Рівні стану сформованості мовлення у дітей із мовленнєвими розладами органічного генезу розроблені у відповідності до визначених критеріїв за результатами виконання дітьми серій завдань методики.

Високий рівень. Дитина швидко розуміє завдання з першого пояснення та має достатній досвід для його самостійного і правильного виконання. Впевнено володіє навичками звукового аналізу слів: безпомилково визначає перший і останній звуки, знаходить спільний звук у словах, голосний звук у середині слова, а також впізнає заданий звук у назвах зображених предметів.

Легко називає предмети, що належать до різних узагальнюючих груп, добирає слова-ознаки, антоніми та дієслова до зазначених слів, а також знає назви професій. Самостійно називає зображені на малюнках предмети та їх частини. Добре розуміє логіко-граматичні конструкції, вільно оперує прийменниками та помічає помилки у реченнях, якщо вони використані неправильно.

Вміє правильно співвідносити питання з часом дії, узгоджувати іменники з числівниками та дієсловами, а також утворювати споріднені слова за допомогою пестливо-зменшувальних суфіксів. Легко сприймає прослуханий текст, логічно та послідовно його переказує. Складає творчі розповіді за одиничним малюнком або сюжетною серією, а також може продовжити добре знайому казку, почувши її початок. Будує діалог, використовуючи як прості, так і складні речення, вміє пояснювати та розповідати, застосовуючи мовленнєві та немовленнєві засоби. Вільно спілкується з однолітками та дорослими.

Достатній рівень. Дитина розуміє завдання та має достатній досвід для його самостійного і правильного виконання. Володіє навичками звукового аналізу слів: правильно визначає перший і останній звуки, спільний звук у словах, голосний звук у середині слова, а також заданий звук у назвах предметних малюнків, хоча іноді потребує незначної допомоги експериментатора.

Може назвати 5-6 предметів, що належать до різних узагальнюючих груп, дібрати 5-6 слів-ознак, антонімів та дієслів до зазначених слів, а також правильно назвати професії людей, допускаючи помилки, які самостійно виправляє. Самостійно називає предмети на малюнку, але не завжди всі їх частини. Розуміє логіко-граматичні конструкції та значення прийменників, хоча може припуститися 1-2 помилок при визначенні граматичних неточностей у реченнях.

Співвідносить питання з часом дії, але відповідає на них із певною невпевненістю. Вміє узгоджувати іменники з числівниками та дієсловами,

утворювати споріднені слова за допомогою зменшувально-пестливих суфіксів, проте іноді потребує підказки експериментатора. Розуміє прослуханий текст, переказує його з паузами, допускаючи незначні пропуски та неточності.

Складає творчі розповіді за малюнком або сюжетною серією, використовуючи 7-8 розгорнутих речень, може продовжити знайому казку. Будує діалог із 7-8 речень, стисло пояснює й розповідає. Вміє спілкуватися як з однолітками, так і з дорослими.

Середній рівень. Дитина уважно слухає, але не завжди розуміє зміст завдання з першого разу. Потребує допомоги у вигляді вербального зразка на аналогічному матеріалі. Володіння звуковим аналізом слів недостатнє: при визначенні першого, останнього та спільного звука в словах, голосного звука в середині слова, а також заданого звука у назвах предметних малюнків допускає значну кількість помилок.

Може назвати 3-4 предмети, що належать до різних узагальнюючих груп, дібрати 3-4 слова-ознаки, антоніми та дієслова до зазначених слів, назвати людей за професією, проте часто припускається помилок і самотійно їх не виправляє. Називає предмети на малюнку, але не всі їх частини. Не повністю розуміє логіко-граматичні конструкції, значення прийменників, а також часто не знаходить помилки у реченнях при їх неправильному використанні.

Навіть з допомогою не завжди правильно співвідносить питання з часом дії, узгоджує іменники з числівниками та дієсловами, утворює споріднені слова за допомогою зменшувально-пестливих суфіксів. Переказує прослуханий текст лише за допомогою навідних запитань, допускає неточності. Творчі розповіді за малюнком або сюжетною серією складаються з 5-6 коротких, простих описових речень, а продовження добре знайомої казки не має логічного завершення.

Діалог містить 5-6 речень, мовлення ситуативне, лексично збіднене. Дитині складно без допомоги пояснювати та розповідати, вона відчуває труднощі у спілкуванні з однолітками та дорослими.

Низький рівень. Дитина не розуміє сутності завдання та не використовує вербальний зразок для виконання. Не володіє навичками звукового аналізу слів, що ускладнює визначення першого, останнього та спільного звука в словах, голосного звука в середині слова, а також заданого звука у назвах предметних малюнків.

Може підібрати лише 1-2 предмети, що належать до різних узагальнюючих груп, 1-2 слова-ознаки предметів, антоніми та дієслова до зазначених слів. Не може правильно визначити людей за професіями. Визначення складових частин предмета на малюнку є недоступним. Не розуміє логіко-граматичних конструкцій, значень прийменників і не здатна виявити помилки у реченнях при їх неправильному використанні, допускаючи значну кількість помилок.

Навіть з допомогою не завжди може правильно співвідносити питання з часом дії, узгоджувати іменники з числівниками та дієсловами, утворювати споріднені слова за допомогою зменшувально-пестливих суфіксів. Переказ прослуханого тексту відбувається лише за активної підтримки експериментатора через навідні та конкретні запитання, дитина часто допускає неточності або взагалі відмовляється відповідати.

Не може скласти розповідь за малюнком чи сюжетною серією, продовжити добре знайому казку, побудувати діалог. Відповіді обмежуються короткими фразами або простим описом побаченого на малюнку. Мовлення ситуативне, бідне, дитині важко пояснювати, розповідати та спілкуватися з однолітками та дорослими.

Розглянемо більш детально кожен з визначених блоків (анатомо-фізіологічний, фонетико-фонематичний, лексико-граматичний, комунікативний), охарактеризувавши критерії, показники та рівні

сформованості основних складових мовленнєвого розвитку дітей із порушеннями мовлення органічного генезу.

Говорячи про анатомо-фізіологічну складову сформованості мовлення у дітей із мовленнєвими розладами органічного генезу та порушеннями зубощелепної системи, потрібно звернути увагу на особливості артикуляційної моторики, фонації та дихання. Артикуляційні розлади є однією з перших ознак порушення мовлення. У дітей із розладами зубощелепної системи може спостерігатися порушення приголосних та голосних звуків, а також порушення м'язового тону м'язів язика та кругового м'яза рота. Особлива увага приділяється анатомічній будові артикуляційного апарату з описом його головних характеристик:

- язик – нормальний, макроглосія, мікроглосія, довгий, короткий, широкий, м'ясистий, вузький, тонкий, рухливий, малорухливий, в'ялий, напружений;
- щелепи, прикус – нормотиповий, прогенія, прогнатія, відкритий передній чи боковий;
- зуби – дрібні, великі, рідкі, діастеми, поза щелепною дугою, надкомплектні, ретиновані, скупченість;
- губи – нормальні, товсті, тонкі, вкорочення верхньої губи, наявність розщеплення, неповне змикання губ, рухливі, малорухливі, парез;
- слизова оболонка губ – без пошкоджень, наявні пошкодження внаслідок частого прикушування;
- тверде піднебіння – нормальне, пласке, готичне, широке, проопероване, з розщепленням (частковим, повним, субмукозним), obturatorом;
- вуздечки язика та верхньої губи – нормальна, довга, вкорочена (близько розташована до кінчика), натягнута, відсутня, рухлива, малорухлива, з післяопераційним вузлом, наявна спайка (тяж) з тканинами під'язикової області чи самого язика.

Характер прикріплення вуздечки губи перевіряється логопедом шляхом горизонтального відведення верхньої губи дитини. Якщо сосочок ясен

напружується, злегка відтягується від зубів і бліднішає, це свідчить про недостатність функціонування вуздечки. Саме це може бути приводом для проведення пластичної операції з переміщення місця прикріплення вуздечки губи в область основи міжзубного сосочка.

Обов'язково обстежується кінестетичний і кінетичний оральний праксис. Під час вивчення кінетичного праксису пропонується виконання діагностичного завдання „Веселі мавпочки”, в якому діти, отримавши зоровий зразок, переключалися з одного артикуляційного укладу на інший 2–3 рази підряд (вправи „Годинничок”, „Гойдалка”, „Клоун”). Досліджуючи кінестетичний праксис, перевіряється, як дитина в ігровому завданні „Замри” може утримувати показані артикуляційні уклади, відтворюючи цілісний образ (вправи „Лопаточка”, „Голочка”, „Чашечка”). Слід відмітити, що порушення кінестетичного праксису поєднується із недостатньою сформованістю зорово-просторового сприймання, що обумовлено недорозвитком у дітей уявлень про артикуляцію окремих фонем.

Анатомо-фізіологічні особливості по-різному впливають на звуковимову у дітей 4-10 років. Усе залежить від попередньо поставленого логопедичного діагнозу. Якщо у дітей з акустико-фонематичною дислалією не спостерігається відставань у сформованості артикуляційної моторики або виявляються незначні порушення, які негативно не впливають на формування звуковимови, то у дітей з іншими формами дислалії спостерігаються значні порушення, що позначаються на формуванні мовленнєвої функції в цілому.

У дітей з функціональною дислалією відмічається недостатня рухливість органів артикуляційного апарату (язика, губ, нижньої щелепи). Проте виконання статичних і динамічних вправ за інструкціями логопеда та за наслідуванням дає стійкий позитивний ефект.

Форма твердого піднебіння та розмір язика, його довжина, взаємозалежні. Коли у дитини пласке тверде піднебіння, то язик невеликий і короткий, а якщо піднебіння має готичну форму, то язик масивний і довгий.

При такій будові мовно-рухового апарату діти не можуть самостійно скоординувати положення язика відносно твердого піднебіння, що і є однією з причин неправильної звуковимови [125, 149].

У дітей із артикуляторно-фонетичною дислалією спостерігаються органічні дефекти периферичного мовленнєвого апарату, його кісткової та м'язової будови, а саме:

- вкорочення під'язикової зв'язки, що обумовлює труднощі підняття кінчика язика та вимови верхньоязикових звуків;
- неповороткий, надто великий язик, що обумовлює складність звуковимови;
- неправильна будова піднебіння (готичне, пласке), що утруднює артикуляцію багатьох звуків;
- дефекти будови щелеп.

Найсприятливішою для мовленнєвої діяльності є ортогнатія, коли передні верхні зуби на третину закривають зуби нижньої щелепи. Проте серед дітей 4-10 років значна кількість мають деформації верхньої щелепи. Це обумовлено шкідливими звичками (смоктання пальців чи язика, кусання губ, гризіння нігтів або інших сторонніх предметів), порушенням функції жування, ротовим або змішаним типом дихання, а також неправильним положенням дитини під час сну, коли вона підкладає кулачок під щоку, тощо.

Дослідження лікарів-ортодонтів Л. Нікіфорової та Ф. Хорошилкіної свідчать, що порушення вимови передньоязикових [т] і [д] може спостерігатися при відкритому прикусі, недостатній рухливості язика, особливо підняття його кінчика вгору, розташуванні язика між зубами, при неправильному ковтанні. Спотворенню шиплячих звуків сприяють: глибокий прикус, прогнатія, язиковий нахил зубів (коли зуби наче загортаються всередину), обмежена рухливість язика та губ.

Міжзубний сигматизм виникає внаслідок різних порушень прикусу. При цьому рот у дітей, навіть у стані спокою, постійно напіввідкритий, язик знаходиться між зубами, помітне послаблення тону м'язів рота.

Боковий відкритий прикус може спричинити боковий, а прогнатія – губно-зубний сигматизм. При прогенії утруднюється розташування широкого кінчика язика за нижніми різцями, що необхідно для вимови свистячих, а при прогнатії – розташування язика за верхніми зубами, що значно спотворює вимову шиплячих. При передньому відкритому прикусі кінчик язика просувається у щілину між різцями, що надає звуку відтінку шепелявості, при боковому відкритому прикусі боковий край язика просувається у щілину між корінними зубами і саме туди витікає повітряний струмінь, що надає звукам відтінку хлюпання. При глибокому різцевому перекритті також спостерігається сигматизм шиплячих звуків, тому що відстань між твердим піднебінням і дном ротової порожнини недостатня для нормальної артикуляції. При вузькому готичному піднебінні необхідно слідкувати, щоб язик дитини не заходив за горбочки, адже тоді він буде загинатися та спотворювати звучання шиплячих [81, 131, 143].

У дітей із функціональною відкритою, задньою закритою та функціональною закритою ринолалією змін твердого чи м'якого піднебіння не спостерігається, обсяг диференційованих рухів збережений, при виконанні окремих вправ помічаються лише незначні труднощі у підйомі та загальній рухливості передньої частини язика, особливо його кінчика.

Серед дітей із вродженою відкритою ринолалією рухливість губ обмежена, фіксується їх недостатня участь при вимові голосних, губно-губних та губно-зубних приголосних. У переважної більшості дітей цієї групи зуби рідкі, каріозні. Язик тонкий, відмічається високий підйом його кореня і зсув у задню частину ротової порожнини [136, 145].

Стан сформованості фонації

Голос – це сукупність різноманітних за висотою, силою та тембром звуків, які виникають у результаті коливання еластичних голосових зв'язок.

Стан голосу дітей 4-10 років вивчався за такими характеристиками:

а) за силою – нормальний, гучний, тихий, занадто тихий, затихаючий до кінця фрази, виснажуваний; оцінювалася можливість змінювати голос від тихого до гучного та навпаки;

б) за висотою – нормальний (грудний), високий, фальцет, низький, немодульований, монотонний;

в) за тембром – дзвінкий, з носовим відтінком, хрипкий, грубий, глухий, гортанно-різкий, „металевий”, писклявий.

Дітям пропонувалося проспівувати голосні: [a], [o], [y], [e], [i] (вправа „Абетка-співаночка”). Саме така послідовність забезпечує збільшення щільності зімкнення голосових зв’язок. Під час вимови [a] охриплості може не бути, а при вимові [i] можливий її прояв.

Переважна більшість дітей з дислалією має нормальний за силою та висотою голос, лише у дітей із функціональною дислалією при в’ялій артикуляції відмічається дещо назальний його відтінок. Серед дітей, особливо у початковий період навчання, зустрічаються такі, які мають слабкий і тихий голос, що обумовлюється типом темпераменту, індивідуальними психологічними особливостями, зокрема сором’язливістю та невпевненістю у власних силах [155, 169].

У дітей із функціональною відкритою ринолалією внаслідок недостатньої розмежованості носової та ротової порожнин під час фонації та вимови ротових фонем, коли ніс разом із ротом перетворюється на парний резонатор, виникає носовий відтінок голосу – його тембр стає назалізованим. Порушення резонансу, опущення м’якого піднебіння також роблять голос дітей назалізованим.

Діти з функціональною закритою ринолалією мають назальний відтінок голосу. Астенізовані хворобою (аденоїдними розрощеннями, частими простудними захворюваннями та ГРВІ) дошкільники гугнявлять, звикають до постійного носового резонансу і навіть після повного відновлення функції піднебінно-глоткового зімкнення продовжують говорити так само [156].

Стан сформованості дихальної функції

Мовленнєве дихання регулюється дихальним центром довгастого мозку і є основою голосоутворення, формування мелодики та мовленнєвих звуків, а це підтверджує важливість його обстеження.

Вивчення типу та обсягу дихання дітей 4-10 років із порушеннями зубощелепної системи здійснювалось за такими характеристиками: черевне, грудне, діафрагмальне, діафрагмально-грудне, верхньо-ключичне; поверхнєве, глибоке, ритмічне, неритмічне, шумне. Визначався характер мовленнєвого вдиху (носовий, ротовий, глибокий, поверхнєвий) та видиху (сильний, слабкий, плавний, поштовхоподібний, диференційований, недиференційований).

Діти з дислалією мають слабкий видихуваний повітряний струмінь, що утруднює вимову свистячих, шиплячих і сонорних приголосних. Відмічено, що неправильне положення язика змінює напрям видихуваного повітряного струменя та призводить до спотвореної вимови звуків. Це свідчить про тісний взаємозв'язок усіх відділів периферичного мовленнєвого апарату.

У дітей із функціональною відкритою ринолалією, внаслідок неповного перекриття носової порожнини, у роті не утворюється необхідний повітряний тиск та здійснюється витік повітря через носові ходи. Крім того, повітряний тиск у ротовій порожнині настільки слабкий, що робить неможливою вимову звука [p].

У дітей із вродженою відкритою ринолалією при незрощенні чи вкороченні піднебіння спостерігається короткий неекономний видих через рот та носові ходи. Крім відсутньої диференціації ротового та носового видиху, у дошкільників переважає поверхнєвий ключичний тип дихання, яке, крім того, є нерівномірним та прискореним. Нами помічено, що діти часто замість вироблення плавного цілеспрямованого струменя при відкритому роті використовують різкий видих із глотки, тобто у мовленні дошкільників проявляються атипові компенсаторні артикуляції, їх фаренгіальні та глоткові реалізації. Внаслідок виходу повітряного струменя у носову порожнину

відбувається скорочення фонаційного видиху, а у результаті за своєю тривалістю видих дорівнює вдиху, а іноді навіть коротший за нього, що значно утруднює вимову звуків.

Фонетико-фонематична складова передбачає визначення рухливості органів артикуляції, звуковимови, вміння диференціювати звуки, розуміння їх послідовності та наявності у словах. Тобто, можна говорити про сформованість фонематичних уявлень, здатність до аналізу та синтезу.

Лексична складова сформованості мовлення допомагає з'ясувати, чи достатній у дитини словниковий запас та розуміння семантики слів. Тому дітям пропонуються завдання, що дають уявлення про наявність у словнику дитини іменників, прикметників та дієслів. Для визначення рівня сформованості лексичної компетенції мовлення використовують такі завдання:

- визначення рівня практичного засвоєння категоріального значення слова як показника готовності до оволодіння знаннями про мову – дитині задають загальні питання про навколишній світ, а вона повинна відповісти;
- визначення характерних властивостей та ознак певних предметів – визначення рівня практичного засвоєння категоріального значення слова як показника готовності до оволодіння знаннями про мову;
- доповнення речень чи співставлення його частин;
- визначення наявності дієслів у словнику дитини – пропонується дати відповідь на питання: «Що можна робити цим предметом?»;
- визначення узагальнюючого слова для переліку декількох слів, що відносяться до однієї групи;
- визначення рівня практичного засвоєння назв професій;
- визначення рівня засвоєння значення цілого та частин предметів.

Граматична складова потрібна для з'ясування рівня сформованості морфологічної сторони мовлення, тобто процесу засвоєння граматичних

категорій (морфологічних одиниць мови). Для цього використовують такі завдання:

- доповнити речення – визначення рівня засвоєння узгодженості іменників з іншими частинами мови у реченні;
- визначення вміння правильно співвідносити питання «Що робить?», «Що робив?», «Що буде робити?» з часом дії як показника готовності до розуміння інформації;
- визначення рівня практичного засвоєння узгодженості іменників із числівниками;
- визначення рівня розуміння логіко-граматичних конструкцій;
- визначення рівня засвоєння практичного вміння суфіксального словотворення як показника готовності до оволодіння граматичними знаннями з мови (наприклад, назвати дитинчат тварин);
- визначення рівня засвоєння практичного вміння словотворення, утворення слів за аналогією;
 - визначення вміння розрізняти прийменники в, на, під у словосполученнях і реченнях, що вказують напрям руху і відповідають на питання куди?

Дослідження сформованості комунікативної складової мовлення необхідне для з'ясування вміння дитини комплексно застосовувати різні засоби комунікації, спілкуватися у конкретних соціально-побутових ситуаціях, для визначення ініціативності спілкування як показників готовності до оволодіння знаннями про мову. Для цього використовують такі завдання:

- визначення вміння спілкуватися у конкретних соціально-побутових ситуаціях, складання діалогів – дитині пропонується зрозуміло пояснити якусь побутову ситуацію;
- визначення вміння фантазувати, проявляти спостережливість;
- вміння вести діалог у несподіваних та звичних соціально-побутових ситуаціях.

Експериментальну методику розроблено з використанням адаптованих діагностичних методик І. Баранець, Н. Пахомової й у відповідності до вимог програм загальноосвітніх шкільних і дошкільних закладів. Експериментальна методика, на відміну від існуючих, містить завдання на визначення рівня розвитку всіх складових мовлення для дітей дошкільного та молодшого шкільного віку з урахуванням віку та особливостей артикуляційного апарату, що в цілому дає уявлення про стан сформованості мовлення у дітей із порушеннями зубощелепної системи.

Враховуючи вікові особливості, стан розвитку артикуляційного апарату та зубощелепної системи, а також програмні результати навчання українській мові, для діагностики кожної складової сформованості мовлення доцільно використовувати 2 комплекси завдань (для дітей 4-6 років та 6-10 років).

Методика інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги дітям із порушеннями мовлення органічного генезу представлена у додатку Д.

Дослідження основних складових мовлення у дітей із порушеннями мовлення та зубощелепної системи дають змогу більш детально вивчити особливості мовленнєвого розвитку дітей дошкільного та молодшого шкільного віку, визначити стан зубощелепної системи та створити дієву методику інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги дітям із порушеннями мовлення органічного генезу. Тому окрім представлених вище психолого-педагогічних методів дослідження, у нашому експериментальному дослідженні доцільно також застосувати і додаткові функціональні методи, що допоможуть розкрити особливості зубощелепної системи, а також психологічних механізмів, що проявляються у дітей із органічними порушеннями мовлення. До таких методів відносимо: рентгенологічне дослідження, палатографію, дослідження результатів МРТ та ЕЕГ дітей обох досліджуваних груп.

Дітям від 6 років в усіх досліджуваних групах була зроблена панорамна рентгенографія. Рентгенологічне дослідження при порушеннях мовлення та

зубощелепної системи є важливим діагностичним методом, що дозволяє виявити структурні розлади, які впливають на функції артикуляційного апарату та мовленнєву діяльність. Такі дослідження застосовуються для детального аналізу стану кісткових структур та м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки, що має вирішальне значення у діагностиці та плануванні корекційного маршруту.

У нашому дослідженні використовували метод ортопантомографії (панорамний знімок) - стандартний метод для оцінки загального стану зубощелепної системи. Цей вид рентгенографії дозволяє побачити розташування зубів, щелеп, суглобів, що важливо для визначення порушень, які впливають на мовлення. Наприклад, при неправильному прикусі або дефектах зубного ряду можуть змінюватися артикуляційні позиції язика і губ, що ускладнює формування окремих звуків.

Рентгенологічне обстеження є одним із основних допоміжних методів для планування комплексної корекційної роботи для осіб із порушеннями мовлення та зубощелепної системи. Дані досліджень допомагають визначити необхідність ортодонтичної корекції, хірургічного втручання, протезування чи інших методів терапії. Крім того, рентгенологічні результати є важливими для логопедичної роботи, оскільки дозволяють адаптувати корекційні методи відповідно до анатомічних особливостей дитини.

Таким чином, рентгенологічне дослідження забезпечує точну діагностику структурних порушень, які впливають на мовлення, та сприяє розробці ефективного міждисциплінарного підходу до реабілітації дітей із порушеннями мовлення органічного генезу. Результати проведеного рентгенологічного дослідження представлені у Додатку 3.

Палатографія при порушеннях мовлення і зубощелепної системи є одним із ключових методів інструментального дослідження, який дозволяє вивчати особливості артикуляції шляхом реєстрації контактів язика з піднебінням під час вимови звуків. Цей метод має важливе значення для діагностики й корекції мовленнєвих розладів, що виникають внаслідок

структурних порушень зубощелепної системи. Палатографія передбачає візуалізацію зон контакту язика з твердим піднебінням у процесі мовлення.

Для цього піднебіння дитини вкривається тонким шаром барвника або пристосуванням зі спеціальними датчиками, які реєструють контакт язика з його поверхнею. У разі використання барвника залишки фарби після артикуляційного руху показують зони контакту, а сучасні електронні пристрої забезпечують більш точну і динамічну реєстрацію.

Палатографія допомагає виявити особливості порушень у таких випадках:

1. Зміщення точок артикуляції. Через анатомічні дефекти язик не може досягати необхідного положення для правильної вимови окремих звуків (наприклад, [ш], [ж], [л], [р]).

2. Нечіткість звуків. Недостатній контакт язика з піднебінням може спричиняти "розмитість" або викривлення свистячих та шиплячих звуків.

3. Гіпер- чи гіпоартикуляція. Через порушення структури піднебіння або прикусу язик може або надмірно притискатися до піднебіння, або взагалі не досягати його.

У дітей із розщілинами піднебіння палатографія дозволяє оцінити, чи може язик компенсувати структурний дефект. У разі порушень прикусу метод допомагає визначити, які саме артикуляційні позиції змінені і як вони впливають на якість звуків. В осіб із складними порушеннями (наприклад, поєднання мовленнєвих розладів і аномалій щелеп) палатографія забезпечує міждисциплінарний підхід до корекції мовленнєвих розладів органічного генезу.

У нашому дослідженні у обох групах була проведена палатографія для визначення положення язика під час ковтання та мовлення. Визначалися «злизані» ділянки на твердому піднебінні, що говорили про положення язика відносно прилеглих тканин порожнини рота. Додатково проводилися мовленнєві проби для уточнення вимови звуків [т] та [с].

МРТ є методом вибору для оцінки м'якотканинних структур, оскільки вона забезпечує чітке зображення м'язів, зв'язок, судин і нервів. Її основні переваги при порушеннях мовлення та зубощелепної системи:

- оцінка м'язів артикуляційного апарату, зокрема язика, м'якого піднебіння, губ;
- дослідження стану піднебінно-глоткового кільця, особливо при підозрі на недостатність піднебінно-глоткового змикання, що викликає гіперназальність мовлення;
- вивчення нервів і структур центральної нервової системи. Це важливо при органічних ураженнях мозку, які впливають на мовленнєву діяльність (дизартрія, апраксія мовлення);
- діагностика дисфункції СНЩС, зокрема зміщення диска суглоба або запальних змін;
- оцінка судинних порушень, які можуть порушувати іннервацію артикуляційного апарату.

Дані МРТ є основою для міждисциплінарного підходу в корекції порушень мовлення, об'єднуючи логопедів, стоматологів, ортодонтів.

Електроенцефалографія (ЕЕГ) для дітей з порушеннями мовлення та зубощелепної системи є важливим методом дослідження, що дозволяє оцінити функціональний стан мозку та його зв'язок з мовленнєвими порушеннями. Перш ніж почати дослідження, дитину зазвичай інформують про процес, щоб знизити рівень тривожності. Для забезпечення точних результатів електроди, які реєструють електричну активність мозку, закріплюються на шкірі голови, а для комфорту використовують спеціальний гель або пасту. Під час процедури дитина перебуває в спокійному стані, а для реєстрації мозкових хвиль можуть бути проведені різні тести, зокрема завдання на мовлення, такі як повторення слів або речень. Метою цих завдань є оцінка активності мозкових зон, що відповідають за мовленнєвий процес. ЕЕГ дозволяє виявити зміни в альфа- та тета-ритмах, що можуть свідчити про незрілість нейронних зв'язків або уповільнення мозкової

активності, а також порушення когерентності між півкулями, що може вказувати на труднощі інтеграції інформації в мозку. Після отримання результатів спеціалісти аналізують дані, щоб визначити, чи є порушення, пов'язані з порушеннями мовлення або функцією артикуляційного апарату. Це дослідження допомагає не лише діагностувати порушення, а й розробити індивідуальний план лікування, що включає корекцію мовлення, можливу роботу з логопедом і стоматологом. Результати досліджень ЕЕГ представлені у Додатку К.

Таким чином, у ході констатувального експерименту були визначені основні компоненти, критерії та показники, що складають основу інтегративної логопедичної допомоги дітям із порушеннями мовлення органічного генезу. Визначені особливості основних складових мовлення. Окрім психолого-педагогічних застосовані додаткові функціональні методи дослідження, що допомагають створити найбільш дієву методику інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги дітям із порушеннями мовлення та зубощелепної системи.

2.3 Аналіз результатів констатувального етапу експерименту

У ході проведення констатувального етапу дослідження нами було обстежено 124 дітей із порушеннями мовлення та зубощелепної системи і 104 дитини без порушень. Усі діти із порушеннями мали проблеми з диханням, ковтанням, фонацією, а також у них були наявні виражені зміни прикусу, дефекти вуздечок губ та язика, зміна м'язового тону. Було обстежено 102 дитини з дислалією та 22 - з ринолалією.

Перш за все, необхідно було визначити стан сформованості мовлення у дітей обох досліджуваних груп. Результати представлені у таблиці 2.3.

Таблиця 2.3.

Стан сформованості мовлення у дітей на констатувальному етапі дослідження у дітей із порушеннями мовлення та зубощелепної системи

Діагностичний критерій	Кількість дітей (4-6 років)	% (4-6 років)	Кількість дітей (6-10 років)	% (6-10 років)	Загальна кількість дітей	% загалом
Асиметрія обличчя	12	22.2%	15	21.4%	27	21.8%
Порушення положення щелеп	10	18.5%	20	28.6%	30	24.2%
Деформація зубних дуг	15	27.8%	25	35.7%	40	32.3%
Неправильне змикання зубів	20	37.0%	30	42.9%	50	40.3%
Обмеження рухливості язика	18	33.3%	22	31.4%	40	32.3%
Порушення артикуляційної моторики	25	46.3%	30	42.9%	55	44.4%
Порушення мовленнєвого дихання	12	22.2%	20	28.6%	32	25.8%
Гіпер-/гіпоназальність	10	18.5%	15	21.4%	25	20.2%
Порушення вимови шиплячих звуків	15	27.8%	25	35.7%	40	32.3%
Порушення вимови свистячих звуків	20	37.0%	30	42.9%	50	40.3%
Разом	54	100.0%	70	100.0%	124	100.0%

Таким чином, асиметрія обличчя спостерігається у 21.8% дітей загалом, з незначними відмінностями між групами: 22.2% у молодшій і 21.4% у старшій. Порушення положення щелеп виявлено у 24.2% дітей, при цьому частота зростає від 18.5% у групі 4-6 років до 28.6% у групі 6-10 років. Деформація зубних дуг є характерною для 32.3% дітей і частіше зустрічається серед старших дітей (35.7%) порівняно з молодшими (27.8%). Неправильне змикання зубів виявлено у 40.3% дітей, знову-таки частіше у старшій групі (42.9%) порівняно з молодшою (37.0%). Обмеження рухливості язика спостерігається у 32.3% дітей загалом, майже однаково у обох вікових

групах. Порушення артикуляційної моторики є найбільш поширеним діагностичним критерієм, зафіксованим у 44.4% дітей, із трохи вищою частотою серед молодшої групи (46.3%). Порушення мовленнєвого дихання спостерігається у 25.8% дітей і частіше виявляється у старших (28.6%) порівняно з молодшими (22.2%). Гіпер- або гіпоназальність виявлено у 20.2% дітей, причому частота майже не змінюється між віковими групами. Порушення вимови шиплячих звуків і свистячих звуків виявлено у 32.3% і 40.3% дітей відповідно, причому ці показники є вищими у старшій групі, ніж у молодшій.

Отже, дослідження показало, що мовленнєві та артикуляційні показники, пов'язані із порушеннями мовлення, значно варіюються у поширеності серед дітей різного віку. Найпоширенішими проблемами є порушення артикуляційної моторики та неправильне змикання зубів, які мають вагомий вплив на мовленнєвий розвиток. Старші діти частіше демонструють деформації зубних дуг, порушення положення щелеп та мовленнєвого дихання. Це підкреслює важливість своєчасної діагностики та розробки індивідуальних програм корекції, які враховують вікові та фізіологічні особливості дітей.

Результати оцінювання артикуляційної моторики у дітей експериментальних груп свідчать про значні відмінності між показниками у нормотиповій групі та двох експериментальних вікових групах. У нормотиповій групі всі діти (100%) мали рівень артикуляційної моторики, що відповідає віковій нормі.

Стан сформованості артикуляційної моторики у дітей обох груп представлена у таблиці 2.4.

Таблиця 2.4.

Стан сформованості артикуляційної моторики у дітей 1-ї та 2-ї досліджуваних груп

Шкала оцінювання (бали)	Показники нормотипової групи n = 104		1-а вікова група (4-6 років) n =54		2-а вікова група (6-10 років) n =70	
	N	%	N	%	N	%
Виражені порушення артикуляційної моторики – 1 бал	-	-	7	12,97	5	7,14
Помірно виражені порушення артикуляційної моторики –2 бали	-	-	12	22,22	17	24,29
Легка недостатність артикуляційної моторики – 3 бали	-	-	35	64,81	48	68,57
Артикуляційна моторика відповідає віковій нормі – 4 бали	104	100	-	-	-	-

Серед дітей 1-ї вікової групи (4–6 років) виражені порушення артикуляційної моторики (1 бал) були виявлені у 12,97% дітей, помірно виражені порушення (2 бали) – у 22,22%, а легка недостатність артикуляційної моторики (3 бали) спостерігалася у 64,81% дітей. У дітей 2-ї вікової групи (6–10 років) виражені порушення (1 бал) виявлялися рідше – у 7,14% дітей, тоді як помірні порушення (2 бали) фіксувалися у 24,29%, а легка недостатність (3 бали) – у 68,57% дітей.

Ці результати свідчать про поступове вдосконалення артикуляційної моторики з віком. У дітей старшої групи спостерігається зменшення кількості серйозних порушень та збільшення частки дітей із нормальними показниками. Водночас у групі дітей 4-6 років залишається значний відсоток порушень, що потребує спеціальних корекційних заходів.

Говорячи про дослідження звуковимови та мовленнєвого дихання в обох досліджуваних групах, можемо зробити висновок, що результати

свідчать про те, що з віком відбувається природне вдосконалення мовленнєвих навичок, що відображено у зменшенні частки дітей із значними порушеннями та збільшенні кількості дітей із нормальною звуковимовою та мовленнєвим диханням. Це підкреслює важливість ранньої діагностики та корекційної роботи для покращення мовленнєвих функцій у дітей молодшого віку.

Стан сформованості звуковимови та мовленнєвого дихання представлена у таблиці 2.5.

Таблиця 2.5.

Стан сформованості звуковимови та мовленнєвого дихання у дітей обох досліджуваних груп

Вікова група	Категорія	1 бал (значні порушення)	2 бали (помірні зміни)	3 бали (незначні порушення)	4 бали (норма)	Загальна кількість дітей
4-6 років	Звуковимова	12 дітей (22,2%)	20 дітей (37,0%)	15 дітей (27,8%)	7 дітей (13,0%)	54
6-10 років	Звуковимова	10 дітей (14,3%)	15 дітей (21,4%)	25 дітей (35,7%)	20 дітей (28,6%)	70
4-6 років	Мовленнєве дихання	14 дітей (25,9%)	18 дітей (33,3%)	12 дітей (22,2%)	10 дітей (18,5%)	54
6-10 років	Мовленнєве дихання	8 дітей (11,4%)	16 дітей (22,9%)	20 дітей (28,6%)	26 дітей (37,1%)	70

У таблиці 2.5 представлено результати дослідження стану звуковимови та мовленнєвого дихання у дітей обох досліджуваних груп. Оцінка проводилася за чотирибальною шкалою, де 1 бал означав значні порушення, а 4 бали – відсутність порушень. У 1-й групі (4–6 років) було зафіксовано вищий відсоток дітей із значними порушеннями звуковимови та мовленнєвого дихання порівняно з 2-ю групою (6–10 років). Показники звуковимови для 1-ї групи були такі: 22,2% дітей отримали 1 бал, 37,0% – 2 бали, 27,8% – 3 бали, і лише 13,0% продемонстрували норму (4 бали). 2-а група продемонструвала кращі результати: 14,3% дітей отримали 1 бал, 21,4% – 2 бали, 35,7% – 3 бали, а 28,6% досягли норми.

Показники мовленнєвого дихання 1-ї групи також продемонстрували, що значна кількість дітей має порушення: 25,9% отримали 1 бал, 33,3% – 2 бали, 22,2% – 3 бали, і лише 18,5% мали нормальний стан мовленнєвого дихання. У 2-й групі показники значно покращилися, де 11,4% дітей отримали 1 бал, 22,9% – 2 бали, 28,6% – 3 бали, а 37,1% досягли норми.

Після визначення стану сформованості артикуляційної моторики, зв'язного мовлення та мовленнєвого дихання у дітей обох досліджуваних груп визначали стан сформованості основних складових мовлення. Бланк оцінювання виконання дітьми завдань представлений у Додатку Ж.

Блок 1. Дослідження сформованості анатомо-фізіологічної складової мовлення у дітей із мовленнєвими розладами органічного ґенезу.

Виходячи з результатів визначення рівнів сформованості анатомо-фізіологічного показника мовлення, можна зробити висновок, що серед дітей із порушеннями мовлення та зубощелепної системи високого рівня сформованості мовлення не виявлено тоді, як серед дітей без порушень цей показник склав 84 дитини (80%). Достатній рівень був виявлений у 37 дітей (30%) з порушеннями і у 20 дітей (20%) без порушень зубощелепної системи. Серед дітей із мовленнєвими розладами та порушеннями зубощелепної системи середній рівень сформованості мовлення спостерігався у 62 дітей (50%), серед групи без порушень таких дітей не виявлено. Низький рівень сформованості мовлення спостерігався у 25 дітей (20 %) із порушеннями мовлення та зубощелепної системи і не був виявлений серед дітей без зубощелепних розладів. Процентне співвідношення рівнів сформованості мовлення у дітей із порушеннями мовлення та зубощелепної системи та без них наведено у таблиці 2.6.

Таблиця 2.6.

Стан сформованості анатомо-фізіологічної складової мовлення у дітей із порушеннями мовлення та зубощелепної системи та у дітей без порушень

Рівні сформованості анатомо-фізіологічної складової	Діти з порушеннями мовлення та зубощелепної системи		Діти без порушень мовлення та зубощелепної системи	
	(124 дитини)		(104 дітей)	
	абс.	%	абс.	%
Високий	-	-	84	80%
Достатній	37	30%	20	20%
Середній	62	50%	-	-
Низький	25	20%	-	-

Кореляційний аналіз здійснено з допомогою вбудованих статистичних інструментів Excel. Рівняння для коефіцієнта кореляції (Стюдента) мало наступний вигляд:

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}}$$

Для обчислення критерію Стюдента (t-критерію) порівняємо середні значення рівня сформованості анатомо-фізіологічної складової між двома групами:

- Група 1 (з порушеннями мовлення): $n_1 = 124$
- Група 2 (без порушень мовлення): $n_2 = 104$

Розрахуємо середнє значення для кожної групи:

Для першої групи (діти з порушеннями):

$$\bar{X}_1 = (0 \times 4) + (0.3 \times 3) + (0.5 \times 2) + (0.2 \times 1) = 0 + 0.9 + 1.0 + 0.2 = 2.1$$

Для другої групи (діти без порушень):

$$\bar{X}_2 = (0.8 \times 4) + (0.2 \times 3) + (0 \times 2) + (0 \times 1) = 3.2 + 0.6 + 0 + 0 = 3.8$$

Формула дисперсії:

$$S^2 = \sum p_i (X_i - \bar{X})^2$$

Для першої групи:

$$\begin{aligned} S_1^2 &= (0 \times (4 - 2.1)^2) + (0.3 \times (3 - 2.1)^2) + (0.5 \times (2 - 2.1)^2) + (0.2 \times (1 - 2.1)^2) \\ &= (0 \times 3.61) + (0.3 \times 0.81) + (0.5 \times 0.01) + (0.2 \times 1.21) \\ &= 0 + 0.243 + 0.005 + 0.242 = 0.49 \end{aligned}$$

Для другої групи:

$$\begin{aligned} S_2^2 &= (0.8 \times (4 - 3.8)^2) + (0.2 \times (3 - 3.8)^2) + (0 \times (2 - 3.8)^2) + (0 \times (1 - 3.8)^2) \\ &= (0.8 \times 0.04) + (0.2 \times 0.64) + (0 \times 3.24) + (0 \times 7.84) \\ &= 0.032 + 0.128 + 0 + 0 = 0.16 \end{aligned}$$

Підставимо отримані значення у формулу критерія Стюдента:

$$\begin{aligned} t &= \frac{2.10 - 3.80}{\sqrt{\frac{0.49}{124} + \frac{0.16}{104}}} \\ t &= \frac{-1.70}{0.0741} \\ t &= -22.94 \end{aligned}$$

Після проведеного розрахунку критерію Стюдента було отримано значення **t = -22.94**. Це значення є великим за абсолютною величиною, що свідчить про значущу різницю між двома групами – дітьми з порушеннями мовлення та зубощелепної системи та дітьми без таких порушень.

Отримане значення критерію Стюдента показує, що різниця між групами не є випадковою, а має статистичне підтвердження. Імовірність того, що така різниця виникла випадково, є надзвичайно низькою.

Щодо рівня сформованості анатомо-фізіологічної складової мовлення, то діти без порушень мають переважно високий та достатній рівень, що свідчить про нормальний розвиток. Діти з порушеннями мовлення та зубощелепної системи показують значно нижчі результати, причому значна частина має середній або низький рівень сформованості цієї складової.

Отримані результати підтверджують гіпотезу, що порушення мовлення та зубощелепної системи безпосередньо впливають на рівень анатомо-фізіологічної складової. Це може бути пов'язано з:

- обмеженими можливостями артикуляційного апарату;
- труднощами в координації рухів мовленнєвих органів;
- загальним впливом фізіологічних порушень на розвиток моторних навичок.

Результати дослідження демонструють, що порушення мовлення та зубощелепної системи мають суттєвий негативний вплив на рівень анатомо-фізіологічної складової. Це підтверджено статистично значущим критерієм Ст'юдента. Отримані дані підкреслюють необхідність розробки спеціальних методик корекції для таких дітей, що дозволить покращити їхні навички та рівень загального розвитку.

Блок 2. Дослідження сформованості фонетико-фонематичної складової мовлення у дітей із мовленнєвими розладами органічного ґенезу.

За результатами виконання завдань можна виділити 4 рівні сформованості фонетико-фонематичної складової:

- високий рівень – дитина правильно вимовляє всі звуки, добре розвинений фонематичний слух, вміє правильно визначати перший, останній звуки у словах та наявність заданого звука в поданих словах і назвах малюнків, розрізняє на слух усі звуки. Мовлення інтонаційно виразне, дитина правильно застосовує наголос, уміє змінювати темп та силу мовлення;
- достатній рівень – дитина правильно вимовляє майже всі звуки, припускається помилок у вимові окремих звуків, фонематичний слух розвинений достатньо, розрізняє на слух всі звуки, іноді допускає помилки при визначенні першого, останнього звуків у словах та наявності заданого звуку у словах і назвах малюнків, які сама виправляє. Мовлення інтонаційно виразне, дитина застосовує логічний наголос та регулює темп і силу голосу;
- середній рівень – дитина правильно вимовляє більшість звуків, але має спотворену та нечітку вимову шиплячих, свистячих, сонорних звуків,

на слух розрізняє майже всі звуки, але допускає помилки при визначенні першого, останнього звуків у словах та наявності заданого звуку в поданих словах та назвах малюнків. Не завжди правильно виділяє інтонацією слова, не вміє застосовувати наголос та регулювати темп і силу голосу;

- низький рівень – дитина допускає помилки при вимові більшості звуків, має спотворену вимову шиплячих, свистячих, сонорних звуків, замінює їх під час вимови на інші, характерний низький розвиток фонематичного слуху, помилки під час визначення першого, останнього звуків у словах і назвах малюнків, не розрізняє на слух шиплячі, свистячі, сонорні звуки. Мовлення монотонне, невиразне, слова не виділяються інтонаційно, дитина не вміє ставити наголос та у разі потреби змінювати темп і силу голосу.

Серед дітей із порушеннями зубощелепної системи високого рівня сформованості фонетико-фонематичної складової мовлення не виявлено, тоді, як у групі без порушень цей показник виявлений у 94 дітей (90%). Серед дітей із порушеннями прикусу, що брали участь у дослідженні, достатній рівень сформованості фонетико-фонематичної складової констатували у 31 дитини (25 %), у групі без порушень – у 10 дітей (10%). Серед дітей, що мають порушення мовлення та зубощелепної системи середній рівень сформованості був виявлений у 50 дітей (40%), у дітей без порушень середнього рівня сформованості фонетико-фонематичної складової мовлення не виявлено. Серед обстежених дітей із наявними мовленнєвими розладами та зубощелепними порушеннями низький рівень сформованості фонетико-фонематичної складової виявлено у 43 дітей (35%), у дітей без порушень низький рівень сформованості мовлення не діагностовано. Процентне співвідношення сформованості фонетико-фонематичної складової мовлення у дітей із порушеннями зубощелепної системи та без них наведено у таблиці 2.7.

Таблиця 2.7.

Стан сформованості фонетико-фонематичної складової у дітей із порушеннями мовлення та зубощелепної системи та у дітей без порушень

Рівні сформованості фонетико-фонематичної складової	Діти з порушеннями мовлення та зубощелепної системи (n=124)		Діти без порушень мовлення та зубощелепної системи (n=104)	
	абс.	%	абс.	%
Високий	-	-	94	90%
Достатній	31	25%	10	10%
Середній	50	40%	-	-
Низький	43	35%	-	-

Після проведеного розрахунку критерію Стьюдента отримано значення $t = -26.80$. Це дуже високе за абсолютною величиною значення, що вказує на суттєву статистично значущу різницю між групами дітей із порушеннями мовлення та зубощелепної системи та дітей без таких порушень щодо рівня сформованості фонетико-фонематичної складової мовлення.

90% дітей без порушень мають високий рівень фонетико-фонематичної складової, тоді як у групі дітей із порушеннями цей рівень взагалі відсутній. У 75% дітей із порушеннями рівень не перевищує середній, а 35% мають низький рівень цієї складової мовлення.

Значення t-критерію показує, що ймовірність випадкового виникнення такої різниці є вкрай малою. Це означає, що порушення зубощелепної системи та мовлення мають безпосередній і суттєвий негативний вплив на формування фонетико-фонематичних навичок.

Можливі причини:

- Обмежена рухливість артикуляційного апарату, що заважає правильному відтворенню звуків.
- Ускладнення у формуванні фонематичного сприйняття через нечітку або неправильну вимову.
- Вплив фізіологічних особливостей на мовленнєвий розвиток у цілому.

Отримані результати підтверджують, що порушення мовлення та зубощелепної системи мають суттєвий негативний вплив на рівень фонетико-фонематичної складової мовлення у дітей. Значення критерію Стюдента свідчить про статистично значущу відмінність між групами, що вказує на необхідність розробки ефективних корекційних програм для покращення мовленнєвого розвитку дітей із порушеннями.

Блок 3. Дослідження стану сформованості лексико-граматичної складової мовлення у дітей із мовленнєвими розладами органічного ґенезу.

Після виконання цих завдань усіма дітьми з досліджуваних груп із порушеннями зубощелепної системи та без них були виділені 4 рівні сформованості лексико-граматичної складової мовлення:

- високий – дитина має відповідний віку лексичний запас, виконує всі завдання швидко та правильно, вміє добирати до іменника 8-10 прикметників, підбирати дієслова, узагальнювати слова за значенням, підбирати слова-антоніми, знає назви людей за професіями. Правильно вживає всі граматичні форми (рід, число, відмінок, час), дотримується нормативних показників у вживанні суфіксів, префіксів, розуміє значення прийменників, узгоджує іменники з числівниками, прикметниками та дієсловами. Уміє будувати речення, розуміє логіко-граматичні конструкції;
- достатній – дитина виконує більшість завдань правильно, інколи може допускати незначні помилки, які сама виправляє, вміє добирати до іменника 5-7 прикметників, підбирати дієслова, узагальнювати слова за значенням та підбирати слова-антоніми. Дитина засвоїла значення цілого та частин предметів, знає назви людей за професіями. Правильно вживає всі граматичні форми, дотримується нормативних показників у вживанні суфіксів та префіксів, але може допускати незначні помилки, які сама виправляє, розуміє значення прийменників, правильно узгоджує іменник із числівником, прикметником та дієсловом. Уміє будувати

просте речення, порядок слів правильний, розуміє логіко-граматичні конструкції;

- середній – дитина виконує не всі завдання, допускає багато помилок, які сама не виправляє, добирає до іменника лише 3-4 прикметника, робить помилки при підборі дієслова, узагальнення слів за значенням та підбір слів-антонімів, дитина погано засвоює значення цілого та частин предметів, плутає назви професій. Під час виконання завдань дитина допускає багато помилок, які може виправити тільки за допомогою дорослого, невпевнено вживає граматичні форми, не дотримується нормативних показників у вживанні суфіксів та префіксів. У деяких випадках розуміє значення прийменників і правильно узгоджує іменник із числівником, прикметником та дієсловом. Будує прості речення, але порядок слів часто порушений, не всі логіко-граматичні конструкції розуміє правильно;
- низький – дитина може виконати лише кілька завдань, допускає багато помилок, які сама не виправляє, має бідний словниковий запас, добирає до іменника лише 1-2 прикметника, робить помилки при підборі дієслова, узагальнення слів за значенням та підбір слів-антонімів викликає значні труднощі. Дитина не може засвоїти значення цілого та частин предметів, плутає назви людей по професіям та взагалі може відмовитися виконувати завдання. Дитина невпевнено вживає граматичні форми, не дотримується нормативних показників у вживанні суфіксів та префіксів, часто не розуміє значення прийменників і не вміє правильно узгоджувати іменник із числівником, прикметником та дієсловом. Будує прості речення, проте порядок слів порушений, не розуміє логіко-граматичні конструкції.

Виходячи з даних, отриманих після виконання завдань, визначено, що серед дітей із порушеннями мовлення та зубощелепної системи високого

рівня сформованості лексико-граматичної складової мовлення не виявлено, тоді як у групі без порушень цей показник визначено у 26 дітей (25%). Достатній рівень серед дітей із порушеннями визначається тільки у 12 дітей (10%), у групі без порушень – у 72 дітей (70%). Середній рівень сформованості лексико-граматичної складової мовлення у дітей із порушеннями зубощелепної системи та мовлення констатовано у 56 дітей (45%), у групі без порушень – у 6 дітей (5%). Низький рівень діагностовано у 56 дітей (45%) із порушеннями, у дітей без порушень мовлення та зубощелепної системи низького рівня сформованості лексико-граматичної складової мовлення не виявлено. Результати дослідження сформованості лексико-граматичної складової мовлення у дітей із порушеннями мовлення та зубощелепної системи та без них наведено у таблиці 2.8.

Таблиця 2.8.

Стан стану сформованості лексико-граматичної складової мовлення у дітей із порушеннями мовлення та зубощелепної системи та у дітей без порушень

Рівні сформованості лексико-граматичної складової	Діти з порушеннями мовлення та зубощелепної системи (n=124)		Діти без порушень мовлення та зубощелепної системи (n=104)	
	абс.	%	абс.	%
Високий	-	-	26	25%
Достатній	12	10%	72	70%
Середній	56	45%	6	5%
Низький	56	45%	-	-

Після проведеного розрахунку критерію Стьюдента отримано значення $t = -18.92$. Це високе за абсолютною величиною значення, що свідчить про статистично значущу відмінність між групами дітей із порушеннями мовлення та зубощелепної системи і дітьми без таких порушень щодо рівня сформованості лексико-граматичної складової мовлення.

Значення t-критерію підтверджує, що різниця між групами не є випадковою. Це вказує на суттєвий вплив порушень зубощелепної системи та мовлення на рівень розвитку лексико-граматичної складової.

Можливі причини такої різниці:

- Обмеженість словникового запасу через недостатньо розвинене мовлення.
- Труднощі у формуванні граматичних конструкцій через порушення мовленнєвого сприймання.
- Уповільнене засвоєння мовленнєвих норм через фонетико-фонематичні труднощі.

Отримані результати підтверджують, що порушення мовлення та зубощелепної системи суттєво впливають на рівень лексико-граматичної складової мовлення. Висока статистична значущість різниці між групами свідчить про необхідність спеціальних корекційних програм та підтримки для дітей із порушеннями, щоб мінімізувати мовленнєві труднощі та покращити їхнє засвоєння лексико-граматичних структур.

Блок 4. Дослідження стану сформованості комунікативної складової мовлення у дітей із мовленнєвими розладами органічного ґенезу.

Залежно від результатів дослідження у дітей із порушеннями та без них було визначено такі рівні сформованості комунікативної складової мовлення:

- високий – діти вміло користуються різними засобами з метою комунікації, вміють спілкуватися у конкретних соціально-побутових ситуаціях, бути ініціаторами спілкування, можуть описати будь-який предмет чи ситуацію, спираючись на власний досвід;
- достатній – дитина невпевнено користується засобами комунікації, не завжди може бути ініціатором спілкування у конкретних соціально-побутових умовах, але виявляє активність при допомозі у вигляді запитань, може описати будь-який предмет чи ситуацію, спираючись на власний досвід;
- середній – діти невпевнено користуються засобами комунікації, не завжди можуть бути ініціаторами спілкування у конкретних соціально-побутових ситуаціях, допомога не завжди дає результат, опис будь-яких предметів чи ситуацій викликає труднощі;

- низький – дитина не вміє користуватися засобами комунікації, не виявляє ініціативності у спілкуванні, не сприймає допомогу у вигляді запитань, не може описати предмет або ситуацію. Мовлення бідне, часто незв'язне, з багатьма помилками.

Серед дітей із порушеннями мовлення та зубощелепної системи високого рівня комунікативної складової мовлення не виявлено, тоді як серед дітей без порушень цей показник визначено у 26 дітей (25%). Достатній рівень у дітей із порушеннями виявлений у 6 дітей (5%), у групі без порушень – у 32 дітей (30%). Середній рівень сформованості комунікативної складової мовлення у дітей із порушеннями зубощелепної системи та мовлення констатовано у 43 дітей (35%), у групі без порушень – у 46 дітей (45%). Низький рівень серед обстежуваних із порушеннями виявлено у 75 дітей (60%), тоді, як у дітей без порушень зубощелепної системи та мовлення низького рівня сформованості комунікативної складової мовлення не було виявлено. Процентне співвідношення результатів сформованості комунікативної складової у дітей із порушеннями зубощелепної системи та у дітей без таких порушень наведено у таблиці 2.9.

Таблиця 2.9.

Стан сформованості комунікативної складової мовлення у дітей із порушеннями мовлення та зубощелепної системи та у дітей без порушень

Рівні сформованості комунікативної складової	Діти з порушеннями мовлення та зубощелепної системи (n=124)		Діти без порушень мовлення та зубощелепної системи (n=104)	
	абс.	%	абс.	%
Високий	-	-	26	25%
Достатній	6	5%	32	30%
Середній	43	35%	46	45%
Низький	75	60%	-	-

Після проведення розрахунку критерію Стьюдента отримано значення $t = -14.85$. Це означає, що відмінність між рівнями комунікативної складової мовлення у дітей із порушеннями зубощелепної системи та мовлення та дітей

без таких порушень є статистично значущою. Високе абсолютне значення t-критерію свідчить про систематичну відмінність між групами, яка не є випадковою.

Можливі причини таких відмінностей:

- Обмежений словниковий запас та труднощі у побудові зв'язного мовлення.
- Проблеми з фонетичною вимовою, що ускладнюють ефективну комунікацію.
- Знижена впевненість у спілкуванні через складнощі з артикуляцією та сприйняттям мови.
- Пасивна мовленнєва поведінка через страх помилок у мовленні.

Отримані результати показують, що діти з порушеннями мовлення та зубощелепної системи значно відстають у розвитку комунікативної складової. Високий рівень статистичної значущості підтверджує, що ці відмінності не випадкові, а є наслідком порушень мовлення. Це вказує на необхідність цілеспрямованої корекційної роботи з розвитку комунікативних навичок для таких дітей, що допоможе їм краще адаптуватися у соціальному середовищі. Порівняльні дані проведеного експерименту містяться у таблиці 2.10.

Таблиця 2.10

Порівняльні дані експерименту

Рівні сформованості складових мовлення		Діти із порушеннями мовлення та зубощелепної системи		Діти без порушень мовлення та зубощелепної системи	
		n=124		n=104	
		абс.	%	абс.	%
Анатомо-фізіологічна складова	Високий	-	-	84	80%
	Достатній	37	30%	20	20%
	Середній	62	50%	-	-
	Низький	25	20%	-	-

Продовження таблиці 2.10.

Фонетико-фонематична складова	Високий	-	-	94	90%
	Достатній	31	25%	10	10%
	Середній	50	40%	-	-
	Низький	43	35%	-	-
Лексико-граматична складова	Високий	-	-	26	25%
	Достатній	12	10%	72	70%
	Середній	56	45%	6	5%
	Низький	56	45%	-	-
Комунікативна складова	Високий	-	-	26	25%
	Достатній	6	5%	32	30%
	Середній	43	35%	46	45%
	Низький	75	60%	-	-

На основі отриманих результатів та проведених розрахунків критерію Стюдента для кожної мовленнєвої складової можна зробити такі висновки у контексті порівняння рівнів сформованості основних складових мовлення.

Анатомо-фізіологічна складова: у групі дітей без порушень 80% мають високий рівень, тоді як у групі з порушеннями такого рівня немає. Середній і низький рівні домінують у групі дітей із порушеннями (70% у сумі). Критерій Стюдента вказує на суттєву різницю між групами ($t = -22.94$).

Фонетико-фонематична складова: 90% дітей без порушень мають високий рівень, тоді як у групі з порушеннями таких немає. У групі дітей із порушеннями лише 25% мають достатній рівень, а 35% — низький рівень. Критерій Стюдента ($t = -26.80$) підтверджує значущу різницю між групами.

Лексико-граматична складова: лише 10% дітей із порушеннями мають достатній рівень, у порівнянні з 70% дітей без порушень. Низький рівень у групі дітей із порушеннями становить 45%, тоді як у групі без порушень таких випадків немає. Значення критерію Стюдента ($t = -18.92$) вказує на дуже значущу різницю між групами.

Комунікативна складова: 60% дітей із порушеннями мають низький рівень, у той час як у групі без порушень таких дітей немає. У групі дітей без порушень 25% мають високий рівень, тоді як у групі з порушеннями таких немає. Значення критерію Ст'юдента ($t = -14.85$) вказує на значущу різницю.

Відтак, найбільша відмінність між групами спостерігається у фонетико-фонематичній та анатомо-фізіологічній складових мовлення. Лексико-граматична та комунікативна складові також демонструють суттєві відмінності, що вказує на вплив мовленнєвих порушень на загальний рівень комунікації. У групі дітей без порушень переважають високий та достатній рівні, тоді як у групі з порушеннями домінують середній і низький рівні.

Для спрощення обчислення результатів дослідження протокол діагностування сформованості основних складових мовлення за рівнями представлений у Додатку 3.

Рекомендації щодо корекційної роботи:

1. Розвиток анатомо-фізіологічної складової мовлення:

- Масаж артикуляційного апарату, вправи для розвитку моторики.
- Використання артикуляційної гімнастики та вправ на дихання.
- Корекційна робота з логопедом для розвитку правильної роботи м'язів мовленнєвого апарату.

2. Формування фонетико-фонематичної складової мовлення:

- Ігрові вправи на розрізнення звуків, логоритміка.
- Використання звукових карток та вправ на корекцію звуковимови.
- Робота з фонематичним слухом (вправи на розрізнення подібних звуків).

3. Розвиток лексико-граматичної складової мовлення:

- Використання дидактичних ігор на розширення словникового запасу.
- Вправи на розвиток граматичної будови мовлення (складання речень, розбір слів).
- Використання асоціативних схем і наочного матеріалу для кращого засвоєння слів.

4. Покращення комунікативної складової мовлення:

- Рольові ігри для розвитку комунікативних навичок.
- Використання діалогів і казок, робота в парах.
- Психологічна підтримка для подолання страху мовлення у дітей.

Отримані результати підтверджують, що у дітей із порушеннями мовлення та зубощелепної системи рівень сформованості мовленнєвих складових є значно нижчим, ніж у дітей без таких порушень. Найбільші відмінності спостерігаються у фонетико-фонематичній та анатомо-фізіологічній складових, що є основою для розвитку мовлення.

Отже, для ефективної корекції необхідно застосовувати інтегративний підхід із залученням логопедів, психологів, педагогів та стоматологів-ортодонтів. Особливу увагу слід приділяти індивідуальним програмам навчання, спрямованим на розвиток всіх рівнів мовленнєвої компетенції.

Висновки до другого розділу

Констатувальний експеримент у контексті інтегративної допомоги дітям із порушеннями мовлення та зубощелепної системи був спрямований на вивчення впливу інтегративного підходу до оцінювання та корекції таких розладів. Його основна мета - дослідження взаємозв'язку між мовленнєвими розладами та порушеннями зубощелепної системи, оцінка сформованості мовлення, визначення критеріїв і показників інтегративної логопедичної допомоги дітям із порушеннями мовлення органічного генезу.

На етапі констатувального експерименту визначалися рівні сформованості мовленнєвих складових. Формування мовлення є складним і багаторівневим процесом, який охоплює різні аспекти психофізіологічного розвитку людини. Для оцінки рівня сформованості мовлення та виявлення можливих порушень було виокремлено основні його критерії: анатомо-фізіологічний, фонетико-фонематичний, лексико-граматичний та комунікативний. Кожен із цих критеріїв має свої особливості, рівні

оцінювання та характерні порушення, які можуть спостерігатися у людей із розладами мовлення органічного генезу.

У нашому дослідженні акцент робився на визначення рівнів сформованості анатомо-фізіологічної, фонетико-фонематичної, лексико-граматичної складових та сформованість зв'язного мовлення, тобто комунікативної складової як критеріїв оцінки сформованості мовлення дітей із порушеннями мовлення та зубощелепної системи. Кожен з цих критеріїв складає окремий блок, у якому показники сформованості мовлення відрізняються в залежності від наявних порушень мовлення та зубощелепної системи.

На основі отриманих результатів та проведених розрахунків критерію Стюдента для кожної мовленнєвої складової можна зробити висновки, що у контексті порівняння рівнів сформованості складових мовлення найбільша відмінність між групами спостерігається у фонетико-фонематичній та анатомо-фізіологічній складових. Лексико-граматична та комунікативна складові мовлення також демонструють суттєві відмінності, що вказує на вплив мовленнєвих порушень на загальний рівень комунікації. У групі дітей без порушень переважають високий та достатній рівні, тоді як у групі з порушеннями домінують середній і низький рівні.

Отримані результати підтверджують, що у дітей із порушеннями мовлення та зубощелепної системи рівень сформованості мовленнєвих складових є значно нижчим, ніж у дітей без таких порушень. Найбільші відмінності спостерігаються у фонетико-фонематичній та анатомо-фізіологічній складових, що є основою для розвитку мовлення.

РОЗДІЛ 3

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МЕТОДИКА ІНТЕГРАТИВНОЇ ЛОГОПЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЯ ОРГАНІЧНОГО ГЕНЕЗУ

3.1 Психолого-педагогічні умови інтегративної допомоги особам із порушеннями мовлення органічного генезу

Порушення мовлення органічного генезу є складною проблемою, що вимагає комплексного підходу до корекції. Надання інтегративної логопедичної допомоги передбачає створення спеціальних психолого-педагогічних умов, які сприятимуть розвитку мовлення, формуванню комунікативних навичок і підвищенню якості життя осіб із мовленнєвими порушеннями. Даний підхід базується на комплексному врахуванні як зовнішніх, так і внутрішніх факторів, що впливають на процес корекції. Це включає створення оптимального навчального середовища, впровадження ефективних методик роботи та забезпечення належної мотивації для осіб із мовленнєвими порушеннями.

Надання інтегративної допомоги особам із порушеннями мовлення органічного генезу вимагає створення комплексу психолого-педагогічних умов, спрямованих на забезпечення ефективного розвитку мовленнєвих навичок і сприяння соціальній адаптації. Інтегративна допомога передбачає залучення фахівців різного профілю (логопедів, психологів, педагогів, лікарів) та використання комплексних методів роботи, спрямованих на подолання мовленнєвих розладів.

Перед початком будь-якої логопедичної роботи з дитиною потрібно чітко визначити психолого-педагогічні умови формування мовлення у дітей із порушеннями зубощелепної системи. У даному випадку потрібно враховувати психологічний стан дитини та її батьків, оскільки підтримка близьких людей робить процес адаптації дитини до нових умов життя більш

спокійнішим. Батьки повинні розуміти свою значущу роль у житті дитини, допомагати закріплювати нові навички правильної звуковимови [13, 74, 77].

У ході проведення експерименту нами було виділено декілька основних психолого-педагогічних умов для вдалої корекції при наявних порушеннях мовлення та зубощелепної системи. Комплекс визначених для успішної корекційної роботи психолого-педагогічних умов надання інтегративної логопедичної допомоги дітям із порушеннями мовлення та зубощелепної системи представлено на рис. 3.1.

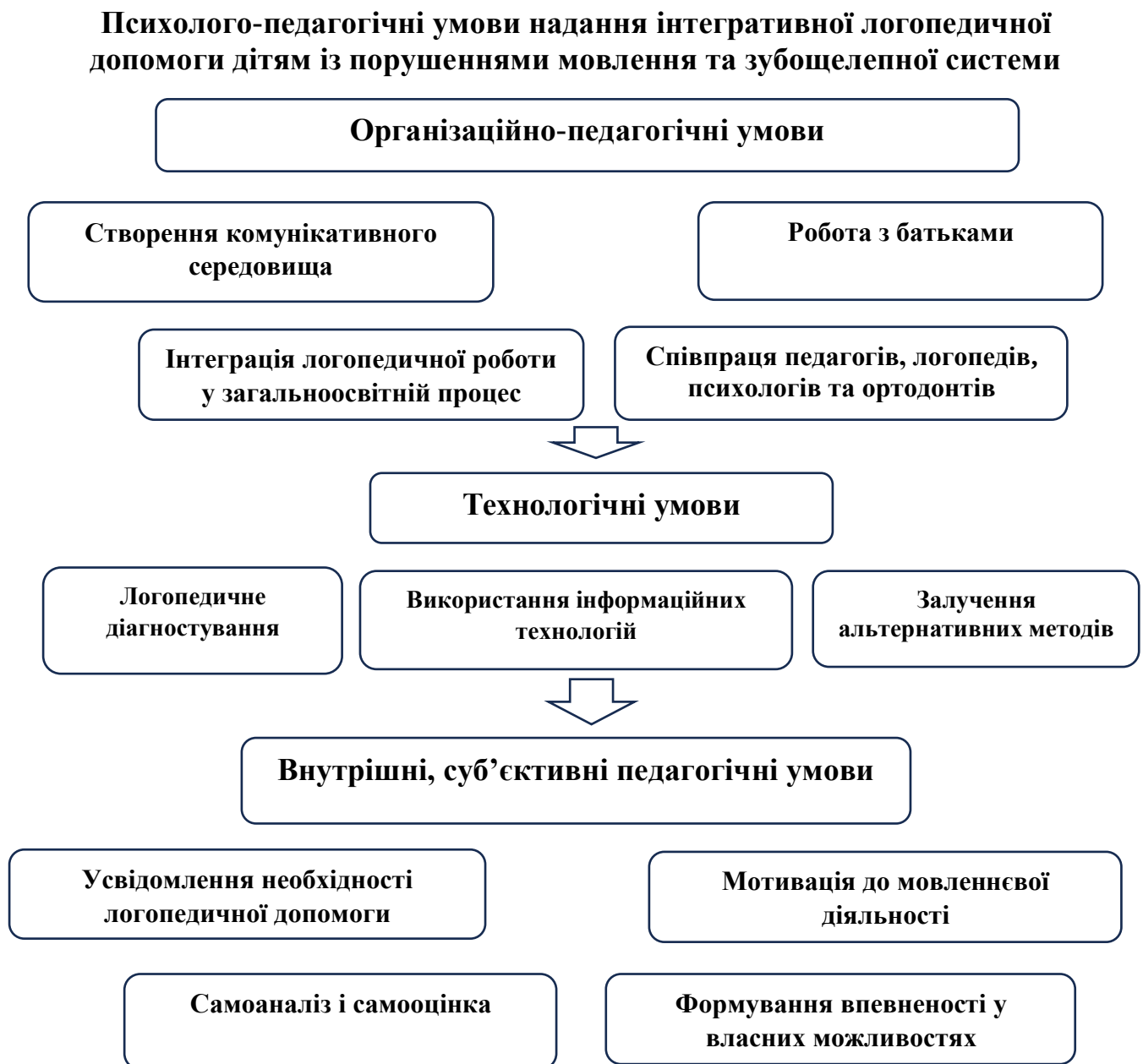


Рис. 3.1. Психолого-педагогічні умови надання інтегративної логопедичної допомоги дітям із порушеннями мовлення та зубощелепної системи

1. Організаційно-педагогічні умови

Ця група умов включає створення сприятливого навчально-корекційного середовища, що забезпечить ефективність логопедичної роботи. Основними складовими є:

- Створення комунікативного середовища – для ефективного мовленнєвого розвитку важливо, щоб особа постійно перебувала у сприятливому мовленнєвому просторі. Це передбачає використання спеціально організованого простору, де дитина може активно взаємодіяти з іншими людьми, практикувати мовлення та отримувати необхідну допомогу. Таке середовище включає не лише логопедичні кабінети, а й звичайні навчальні класи, групові заняття та позашкільну діяльність.

Психолого-педагогічна корекція мовленнєвих порушень повинна базуватися на принципі індивідуалізації, тобто повної адаптації освітньої програми та методів корекції відповідно до потреб кожної дитини. Особливості мовленнєвих розладів, спричинених органічними порушеннями, вимагають індивідуального підходу, що враховує такі чинники:

- Ступінь ураження мовленнєвого апарату та центральної нервової системи: в залежності від діагностованого порушення мовлення одні діти можуть потребувати специфічних вправ з артикуляційної гімнастики та регулярного контролю за тонусом м'язів обличчя, іншим же потрібні вправи для розвитку пам'яті та розуміння мовлення.

- Особистісні особливості дитини: потрібно враховувати темперамент дитини, рівень її соціальної адаптації, когнітивні особливості. Усе це дає змогу фахівцям вибудувати максимально ефективний алгоритм роботи. Якщо дитина має високий рівень тривожності, це може впливати на її мотивацію до роботи, і тоді важливо додати до корекційної програми психологічну підтримку.

- Соціальний контекст: родина, друзі, освітній колектив можуть стати потужною підтримкою у корекційній роботі, однак при відсутності підтримки

можуть виникнути додаткові труднощі, пов'язані з соціальною адаптацією та інтеграцією.

- Інтеграція логопедичної роботи у загальноосвітній процес – мовленнєві порушення потребують не тільки спеціальних занять, але й постійного застосування мовленнєвих навичок у повсякденному житті. Логопедична робота має бути органічно включена в загальноосвітній процес через використання мовленнєвих ігор, вправ та методик, що сприяють формуванню правильного мовлення.

Соціалізація є одним із ключових завдань психолого-педагогічної корекції. Важливо, щоб дитина з мовленнєвими розладами, що були спричинені порушеннями зубощелепної системи, змогла не лише подолати мовленнєві труднощі, але й відчувати себе частиною колективу. Для цього заняття бажано проводити у невеликих групах. Групові заняття дозволяють дітям вчитися взаємодіяти з іншими, розвиваючи комунікативні навички та підвищуючи соціальну компетентність. Включення дітей з мовленнєвими порушеннями до звичайних навчальних закладів сприяє їхній адаптації, допомагаючи їм не відчувати себе відокремленими від колективу. Для цього використовують сучасні технології та спеціалізоване обладнання [43, 44, 46, 50, 74,76].

Технології є важливим компонентом у корекційній роботі, особливо для дітей з органічними порушеннями мовлення. Спеціалізоване обладнання, комп'ютерні програми, мобільні додатки дозволяють розширити можливості корекційної роботи. Серед сучасних технологій, що допомагають логопедам та корекційним педагогам можна виділити такі:

1. Логопедичні програми та ігрові додатки: використання мультимедійних засобів дозволяє дітям займатися корекцією мовлення у домашніх умовах або на індивідуальних заняттях. Програми для тренування артикуляції та розвитку мовленнєвих навичок можуть стати доповненням до традиційних логопедичних занять.

2. Аудіо- і відеоматеріали: спеціальні вправи для слухового сприймання та артикуляції, записані у форматі аудіо чи відео, сприяють розвитку мовленнєвих навичок у дітей з порушеннями. Це особливо корисно для дітей, які потребують багаторазового повторення вправ.

- Співпраця педагогів, логопедів та психологів – корекція мовленнєвих порушень неможлива без залучення спеціалістів різних сфер. Логопеди, психологи, дефектологи, стоматологи-ортодонти мають працювати в єдиній команді, розробляючи індивідуальні корекційні програми.

У випадках, коли застосовується алгоритм саме інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги особам із порушеннями мовлення та зубощелепної системи, обстеження та діагностика проводяться комплексно усіма спеціалістами. Спільна робота дозволяє врахувати всі аспекти мовленнєвих порушень і забезпечити точну діагностику, що сприяє коректному підбору корекційної програми. Комунікація між фахівцями та постійний моніторинг результатів, регулярне обговорення успіхів дитини на етапах корекційного процесу дозволяє об'єктивно та своєчасно вносити потрібні корективи до обраної корекційної програми. Наприклад, у разі відсутності результатів логопедичної терапії фахівці можуть порадити звернутися до ортодонта чи відвідати додаткові заняття з психологом або ж і зовсім змінити обрану на початку роботи методику.

- Робота з батьками – важливим чинником успішної корекції є активне залучення батьків. Вони повинні отримувати консультації, навчання та підтримку у виконанні домашніх завдань, щоб ефективно продовжувати корекційну роботу вдома.

Батьки – головні помічники дитини у корекційній роботі, адже саме вони забезпечують підтримку в домашніх умовах і допомагають застосовувати набуті навички у повсякденному житті. У цьому напрямі важливо забезпечити обов'язкове навчання батьків технік корекції мовлення у домашніх умовах. Наприклад, вони можуть виконувати разом з дитиною артикуляційні вправи, підтримуючи набуті навички та сприяючи їх

закріпленню. Регулярні консультації з психологом або корекційним педагогом допомагають батькам зрозуміти особливості порушень мовлення дитини і надати їй відповідну підтримку. Батькам потрібно розповідати про етапи розвитку мовлення. Це допоможе знизити їх тривоги і буде спонукати до більш активного залучення в корекційний процес. Спільні заняття дитини з батьками сприяють зміцненню родинних зв'язків і надають батькам ресурси для підтримки дитини, допомагаючи їй подолати почуття соціальної ізоляції та підвищити самооцінку.

2. Технологічні умови

До цієї групи умов відноситься використання сучасних методів діагностики та корекції мовлення:

- Логопедичне діагностування – проведення стартової та фінішної оцінки мовленнєвого розвитку для відстеження прогресу, що дозволяє скоригувати методи роботи.

- Використання інформаційних технологій – застосування комп'ютерних програм, логопедичних ігор, мультимедійних засобів, що сприяють ефективному навчанню.

- Залучення альтернативних методів корекції – логоритміка, дихальна гімнастика, артикуляційні вправи, масаж мовленнєвого апарату.

3. Внутрішні, суб'єктивні педагогічні умови

Ці умови сприяють формуванню особистісної мотивації до корекційної роботи:

- Усвідомлення необхідності логопедичної допомоги – формування позитивного ставлення до корекційної роботи, розуміння її важливості для подальшого життя.

- Самоаналіз і самооцінка – навчання осіб із мовленнєвими порушеннями оцінювати власний рівень мовлення та коригувати його, що допомагає визначати особисті потреби та шляхи покращення мовлення.

- Мотивація до мовленнєвої діяльності – розвиток внутрішньої потреби у спілкуванні, стимулювання мовленнєвої активності через ігрові методи.

Мотиваційний компонент є одним із найважливіших у процесі корекційної роботи, оскільки він впливає на залучення дитини до занять і її особисту зацікавленість у покращенні власного мовлення. Проте це потребує від фахівців різних профілів створення певних корекційних маршрутів, складовими яких можуть бути:

- використання методів позитивного підкріплення: схвалення, похвала, заохочення успіхів, незалежно від того, наскільки вони значні, допомагає дитині відчувати, що її старання оцінюються, а також підвищує її самооцінку;
- ігрові методи навчання: ігрова форма занять сприяє зниженню напруги, особливо серед дітей дошкільного віку, і робить корекційний процес цікавим;
- встановлення довірливих стосунків із педагогом та психологом: для того, щоб діти із мовленнєвими порушеннями могли вільно виражати свої емоції та потреби, важливо створити для них атмосферу довіри. Це сприяє ефективнішому засвоєнню навичок та зменшує тривожність під час занять.
- Формування впевненості у власних можливостях – психологічна підтримка, що сприяє подоланню страху перед мовленнєвою діяльністю, розкриттю потенціалу.

Таким чином, надання інтегративної логопедичної допомоги особам із порушеннями мовлення органічного генезу потребує комплексного підходу. Врахування всіх вищезазначених умов сприятиме успішній корекції мовлення, розвитку комунікативних навичок та соціалізації осіб із мовленнєвими розладами. Поєднання організаційно-педагогічних, технологічних та суб'єктивних умов дозволяє досягати максимально ефективних результатів у логопедичній роботі.

3.2 Етапи реалізації методики подолання мовленнєвих розладів органічного генезу у контексті надання комплексної інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги

Корекція мовленнєвих розладів у дітей із порушеннями зубощелепної системи вимагає інтегративного підходу, що включає логопедичну корекцію, психологічну підтримку, активну участь батьків у корекційному процесі, а також медичне втручання у вигляді тейпування та ортодонтичного лікування. Інтегративний підхід дозволяє впливати на всі аспекти мовленнєвого розвитку дитини, враховуючи її фізіологічні особливості, когнітивні здібності, емоційний стан та соціальну адаптацію.

Саме тому, головна мета формувального експерименту - розробити, теоретично обґрунтувати та апробувати експериментальну методику інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги дітям із порушеннями мовлення та зубощелепної системи. Методика була розроблена з урахуванням вікових особливостей, ступеню розвитку артикуляційного апарату та зубощелепної системи, базувалася на складових впливу відповідно до визначених раніше критеріїв сформованості мовлення (анатомо-фізіологічної, фонетико-фонематичної, лексично-граматичної та комунікативної складових).

Наша експериментальна методика складалася з трьох етапів: підготовчого (адаптаційно-діагностичного), основного (корекційно-реабілітаційного) та заключного (контрольно-оцінювального) етапів. Кожний етап має власну мету, а також напрями, зміст, методи і прийоми логопедичного впливу, однак усі вони підпорядковані загальному завданню - розвитку комунікативних навичок осіб із порушеннями мовлення та зубощелепної системи. Усі етапи роботи взаємопов'язані, що зумовлено принципами системного та поетапного підходів у корекційно-педагогічному процесі.

Етап 1: Підготовчий (адаптаційно-діагностичний).

Мета адаптаційно-діагностичного етапу — діагностика розвитку мовлення та організація підготовчого етапу корекційної роботи. Основна увага

приділяється діагностиці стану сформованості мовлення на основі розробленої методики.

Змістом етапу є діагностика основних складових мовлення (анатомо-фізіологічної, фонетико-фонематичної, лексико-граматичної та комунікативної) як критеріїв сформованості мовлення дітей із порушеннями зубощелепної системи з метою визначення їх рівнів, виявлення можливих порушень мовлення, їхніх проявів та причин розвитку.

У зв'язку з цим головними *завданнями підготовчого етапу* корекційної роботи було визначено:

- постановку мовленнєвого дихання;
- розвиток артикуляційної моторики;
- постановку голосних звуків;
- розвиток сенсорних функцій, слухового сприймання і звукового аналізу;
- розвиток пасивного словника.

Напрями діяльності першого етапу: діагностика мовленнєвої готовності; подолання фонетико-фонематичних порушень; корекція мовленнєвого дихання та звуковимови; збагачення словникового запасу.

На підготовчому етапі застосовувалися традиційні методи та прийоми логопедичної роботи, спрямовані на розвиток мовленнєвих навичок. Зокрема, використовувалися практичні, наочні та словесні *методи*, серед яких: аналіз дослідження органів артикуляції, бесіди, артикуляційні, дихальні та голосові вправи. Однак особливий акцент робився на застосуванні ігрових методів, що включали дидактичні, логопедичні, рухливі ігри та пальчиковий театр.

До ефективних прийомів роботи відносилися: демонстрація артикуляційних рухів, пояснення механізму їх виконання, зразкове відтворення правильної вимови звуків, складів і слів, а також використання методів порівняння, повторення, імітації та елементів звуконаслідування. Систематичні вправи з розвитку моторики сприяли формуванню та координації рухів. Увага приділялася розвитку фонематичних процесів,

удосконаленню артикуляційної моторики, а також розширенню та уточненню пасивного словникового запасу.

Вибір корекційних прийомів залежав від рівня мовленнєвого розвитку дитини, поставлених завдань і специфіки мовленнєвого порушення. Використовувалися такі методи, як створення проблемних ситуацій, постановка запитань, заохочення дітей до самостійної корекції помилок, нагадування про правильну вимову тощо.

Основними засобами реалізації першого етапу методики виступали: спостереження, опитування, масаж, спеціальні мовленнєві вправи та ігри, що включали тренування мовленнєвого дихання, голосові вправи, артикуляційну й пальчикову гімнастику, масаж органів артикуляції, а також корекцію звуковимови.

Корекційна робота на цьому етапі передбачала комплексну оцінку мовленнєвого стану дитини, її фізіологічних та психологічних особливостей. Тобто корекція проводилася за анатомо-фізіологічною, фонетико-фонематичною та лексико-граматичною складовими мовлення. Діагностичний процес включав спостереження за дитиною, проведення спеціальних тестів, оцінку мовленнєвих та когнітивних навичок. Важливо було не тільки перевірити тонус язика, рухливість органів артикуляції та правильність вимови звуків, але й оцінити загальний рівень мовленнєвого розвитку, здатність будувати зв'язні висловлювання, розуміти граматичні конструкції, активний і пасивний словниковий запас.

Для дослідження мовленнєвого розвитку у дітей 4-6 років найчастіше використовуються ігрові методи діагностики, оскільки діти у такому віці ще недостатньо усвідомлюють необхідність самої корекційної роботи. У даному випадку можна використовувати тестові картинки, де дитина має описати те, що бачить, або ж виконати завдання на впізнання звуків і слів. Корисними також будуть завдання на повторення складів, слів та коротких речень, що допоможе оцінити рівень фонематичного слуху.

Щодо дітей 6-10 років, то у цьому віці діагностичні завдання можуть бути складнішими. Дітям пропонуються вправи на аналіз і синтез слів, заповнення пропущених слів у реченнях, пояснення значення незнайомих слів. Також логопед може перевіряти вміння дитини користуватися різними частинами мови, правильність граматичного оформлення речень, здатність логічно викладати свої думки.

На цьому етапі проводилися також бесіди з батьками, під час яких логопед розповідав про особливості мовленнєвого порушення дитини, його причини та можливі шляхи корекції. Важливо пояснити батькам, що робота повинна бути систематичною, а не обмежуватися лише заняттями з логопедом.

Після визначення рівня порушень та потреб дитини настає етап активної корекції, який включає спеціальні вправи для розвитку кожної мовленнєвої складової.

Етап 2: Основний (корекційно-реабілітаційний).

Основна мета корекційно-реабілітаційного етапу – розвиток мовленнєвих і комунікативних навичок, необхідних для ефективного спілкування. *Змістом етапу* було формування різних аспектів мовленнєвої діяльності, що включають удосконалення ритмічної та звукової структури мовлення, активне збагачення словникового запасу, формування граматично правильного мовлення, розвиток інтонаційної виразності та знайомство з монологічним мовленням.

Головними завданнями на другому етапі були:

- покращення артикуляційної моторики, контроль мовленнєвого дихання та звуковимови;
- постановка та автоматизація правильної вимови приголосних звуків;
- розвиток сенсорних функцій, зокрема слухового сприймання, звукового аналізу, тощо;
- формування вмінь використовувати інтонаційні засоби виразності в мовленні;

- засвоєння основ граматичної будови мовлення;
- розширення активного й пасивного словникового запасу.

Напрями корекційної діяльності на корекційно-реабілітаційному етапі передбачали: розвиток ритмічної та звукоскладової структури мовлення, активне збагачення словника, формування граматично правильного й інтонаційно виразного мовлення, а також формування навичок зв'язного мовлення – як монологічного, так і діалогічного.

На другому етапі застосовувалися різні методи й прийоми, серед яких складання розповідей за запитаннями чи планом, придумування завершення або початку історії, створення власних казок за заданою тематикою. Важливу роль відіграє комплексне використання дихальних, артикуляційних вправ і пальчикової гімнастики, масажу, що сприяє не лише корекції мовленнєвих порушень, а й загальному розвитку мовленнєвої моторики. Крім цього, робота була спрямована на розвиток фонематичних процесів, артикуляційної та дрібної моторики, корекцію звуковимови, розширення словникового запасу та вдосконалення навичок граматично правильного мовлення.

Також особлива увага приділялася оволодінню діалогічним і монологічним мовленням, що сприяє кращій соціалізації дітей із порушеннями мовлення та зубощелепної системи. Корекційно-логопедична робота на цьому етапі базувалася на поетапному ускладненні завдань і систематичному закріпленні набутих мовленнєвих навичок у природних комунікативних ситуаціях.

На даному етапі проводилася корекційна робота, спрямована на розвиток фонетико-фонематичної, лексико-граматичної та комунікативної складових мовлення. За нашою експериментальною методикою інтегративна допомога полягала не тільки у логопедичній корекції, а і у використанні такого допоміжного метода корекції, як тейпування, а також залучення стоматологів-ортодонтів для одночасного виправлення наявних порушень зубощелепної системи.

Розвиток фонетико-фонематичної складової включав вправи на формування правильної вимови звуків, розвиток фонематичного слуху та диференціацію звуків у мовленні. Робота починалася із засвоєння правильного положення язика, губ і щелепи при вимові окремих звуків. Використовувалися дзеркала для самоконтролю, спеціальні логопедичні зонди для стимуляції рухів артикуляційного апарату. Далі діти вчилися чути та розрізняти звуки в словах, що допомагає покращити якість мовлення та уникнути змішування звуків. Вправи відрізняються за складністю залежно від вікових особливостей розвитку дітей:

- Для дітей 4-6 років: використання римівки, звуконаслідування, ігор на розпізнавання звуків («Хто кричить?»), повторення складів у грі («Піймай звук»).

- Для дітей 6-10 років: аналіз і синтез слів, вправи «Знайди слово зі звуком», «Придумай риму», завдання на розрізнення схожих звуків («с-з», «т-д»).

Розвиток лексико-граматичної складової був спрямований на збагачення словникового запасу, формування правильної граматичної будови мовлення та розуміння мовленнєвих конструкцій. Для цього використовувалися сюжетні ігри, описові завдання, вправи на складання речень та розповідей. Важливим моментом було навчання дітей правильно будувати зв'язні висловлювання, використовуючи всі частини мови, узгоджуючи слова між собою та дотримуючись порядку слів у реченні.

- Вправи для молодших дітей: вивчення нових слів через малюнки, створення асоціативних пар, використання сюжетних картинок для опису.

- Вправи для старших дітей: побудова складних речень, робота з антонімами та синонімами, створення зв'язних розповідей.

Розвиток комунікативної складової полягав у формуванні навичок спілкування, вираження власних думок, емоцій, ведення діалогу та активної участі в групових взаємодіях. Використовувалися рольові ігри, вправи на

розвиток міміки, інтонації та жестикуляції, а також ситуаційні діалоги, в яких діти вчилися висловлювати свої думки та підтримувати розмову.

- Дітям 4-6 років пропонувалися рольові ігри («У лікаря», «В магазині»), спільне читання книг із запитаннями до змісту.
- Дітям 6-10 років підходять дискусії, мовленнєві ігри («Опиши без слова», «Закінчи історію»), створення казок.

Тейпування допомагає нормалізувати тонус м'язів щелепно-лищевої зони, сприяє корекції неправильного положення губ, язика, щік і активізує м'язову діяльність. Його використовували у поєднанні з масажем і спеціальними вправами в таких випадках:

- При гіпотонусі м'язів – тейпи сприяють активації м'язової роботи, допомагають уникнути млявості губ та щік.
- При гіпертонусі – допомагають розслабити перенапружені м'язи, що може впливати на вимову звуків.
- Для корекції симетрії обличчя – тейпування сприяє рівномірному розвитку м'язів та запобігає неправильному положенню щелепи.

Крім того, при значних порушеннях зубощелепної системи може бути рекомендоване *ортодонтичне лікування* для розширення піднебіння або корекції прикусу. Воно може включати:

- Використання трейнерів – спеціальні капи, що допомагають формуванню правильного прикусу та положення язика.
- Брекети-системи – застосовуються у дітей старшого віку для корекції розташування зубів.
- Функціональні апарати – спрямовані на корекцію м'язової роботи щелепи.

Етап 3. Заключний (контрольно-оцінювальний).

На цьому етапі здійснювалося оцінювання сформованості загальних мовленнєвих навичок, удосконалення фонематичного сприймання, вимови та диференціації звуків, перевірка рівня засвоєння активного словника, граматичної будови мовлення та розвитку зв'язного мовлення. *Основною*

метою контрольного-оцінювального етапу було визначення рівня сформованості зв'язного діалогічного й монологічного мовлення, комунікативних навичок, здатності дитини до самостійного мовленнєвого висловлювання та ефективної комунікації в різних життєвих ситуаціях.

Зміст заключного контрольного-оцінювального етапу полягав у комплексному аналізі рівня сформованості мовленнєвих і комунікативних навичок у дітей із порушеннями мовлення та зубощелепної системи. На цьому етапі здійснювалася оцінка досягнень дитини у всіх ключових напрямках мовленнєвого розвитку, визначалися рівні сформованості анатомо-фізіологічної, фонетико-фонематичної, лексико-граматичної та комунікативної складових мовлення. Зміст цього етапу також включав аналіз динаміки розвитку мовлення дитини, порівняння початкових і досягнутих результатів, а також визначення подальших корекційних і педагогічних заходів для підтримки та вдосконалення мовленнєвих навичок.

Головними завданнями цього етапу були:

- оцінка рівня постановки, автоматизації та диференціації звуків;
- перевірка слухового сприймання, звукового аналізу, відчуття й відтворення ритму;
- оцінка рівня сформованості граматичної будови мовлення;
- визначення рівня збагаченості словникового запасу;
- перевірка рівня розвитку зв'язного мовлення та сформованості комунікативних навичок.

Корекційна робота на третьому етапі спиралася на оцінку сформованості основних складових мовлення після проведення корекційних заходів.

- *Оцінка сформованості анатомо-фізіологічної складової передбачала аналіз стану мовленнєвого апарату, ступеня розвитку артикуляційної моторики, рівня мовленнєвого дихання та голосоутворення. Здійснювався контроль за координацією рухів органів артикуляції (губ, язика, м'якого піднебіння), їхньою силою, гнучкістю та точністю виконання рухів.*

— *Оцінка сформованості фонетико-фонематичної складової:* корекція звуковимови приголосних і розвиток фонематичного слуху, закріплення навичок фонематичного аналізу, слухової уваги і пам'яті, впізнання та диференціація звуків; дихальна гімнастика; вправи на корекцію голосу; пальчикова гімнастика.

— *Оцінка сформованості лексико-граматичної складової:* розвиток та уточнення уявлень про оточуючі предмети і явища; розуміння і використання у мовленні слів зі значенням часових відношень; розуміння і використання у мовленні слів зі значенням смаку, стану й ознакою дії; вивчення нових букв; закріплення правильного використання в мовленні простих і складних речень; формування вміння встановлювати зв'язок слів у реченні за питаннями.

— *Оцінка сформованості комунікативної складової:* розвиток зв'язного мовлення: складання речень за малюнком, на задану тему; вдосконалення діалогічної і монологічної форм мовлення, вмінь ставити питання і правильно відповідати на них; розвивати вміння переказувати невеликі тексти за планом, складати розповіді, описи за лексичними темами; набуття комунікативних навичок: уміння підтримувати розмову, спілкуватися на різні теми й бути ініціатором спілкування.

На заключному етапі використовувалися такі *методи роботи:* спостереження, тестування, контрольні завдання, експериментальний метод, анкетування, бесіди, аналіз корекційної роботи та мовленнєвої діяльності.

Прийомами контрольно оцінювального етапу визначали: мовленнєві ігри, ситуативне навчання, ігрове моделювання соціальних ролей, театралізовані вистави, сюжетно-рольові ігри, навчання самоконтролю й самокорекції, використання дзеркал та аудіозаписів, рефлексивні бесіди.

Засобами реалізації на даному етапі виступили: мовленнєві ігри, вправи, ситуації спілкування, художні твори, художньо-театральна діяльність.

На заключному контрольно-оцінювальному етапі оцінювався прогрес дитини. Для молодших дітей використовували спостереження за мовленням

у спонтанній ситуації, повторне тестування, аналіз якості вимови звуків та комунікативної активності. У дітей 6-10 років контроль відбувався через виконання завдань на мовленнєвий аналіз, тестові проби, написання коротких текстів, переказ прочитаного.

На завершальному етапі корекційної роботи важливо пояснити батькам, як підтримувати мовленнєвий розвиток дитини після завершення корекційного курсу. Головні рекомендації:

- Підтримувати мовленнєву активність дитини у повсякденному житті.
- Використовувати вправи на дихання та артикуляцію в ігровій формі.
- Читати та обговорювати казки, запитувати думку дитини.
- Підтримувати контакт із логопедом та за необхідності продовжувати заняття.

Таким чином, ефективна корекція мовлення дітей із порушеннями зубощелепної системи вимагає інтегративного підходу. Включення логопедичної роботи, психологічної підтримки, роботи з батьками та медичних методів (тейпування, ортодонтичного лікування) дозволяє досягти максимально позитивного результату. Завдяки правильному підбору вправ, регулярній практиці та тісній співпраці з родиною дитина отримує всі необхідні умови для формування правильного мовлення та комунікативних навичок. Отже, інтегративний підхід, що включає логопедичні, ортодонтичні, психологічні та педагогічні методи, забезпечує найкращі умови для розвитку мовлення та соціальної адаптації дітей.

У ході нашого дослідження для досягнення поставленої мети було проведено комплексне обстеження 228 дітей віком 4-10 років, батьки яких звернулися по допомогу. У 124 дітей були виявлені порушення мовлення та зубощелепної системи, у 104 дітей не було порушень. Залежно від віку дітей, наявності мовленнєвих розладів, порушень прикусу та призначених видів корекції усі діти, що брали участь в експерименті, були розподілені на 2 основні вікові групи. До 1-ї вікової групи було віднесено 54 дитини 4-6 років із тимчасовим прикусом, до 2-ї групи увійшло 70 дітей 6-10 років зі змінним

прикусом. Усі діти мали мовленнєві розлади різного характеру, зокрема мова йде про механічну дислалію (102 дитини) та ринолалію (22 дитини). У залежності від результатів ортодонтичного обстеження діти в обох групах були поділені на підгрупи. До 1-ї підгрупи увійшли діти з дистальним прикусом (71 дитина), до 2-ї підгрупи – з мезіальним (53 дитини).

На другому етапі дослідження обстежені діти були розділені ще на дві групи в залежності від запропонованої логокорекційної допомоги. До 1-ї групи увійшли діти, яким надавалась допомога по запропонованій методиці інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги. До 2-ї групи – діти, яким надавалась тільки логопедична чи ортодонтична допомога за стандартною методикою. У 1-й групі логокорекційна робота проводилася за експериментальною методикою з використанням модифікованих міогімнастичних вправ, тейпування та ортодонтичного лікування. У 2-й групі (за побажаннями батьків) дітям надавалась виключно логопедична допомога. Залежність мовленнєвих порушень від типу прикусу у дітей обох груп представлена у таблиці 3.2.

Таблиця 3.2.

Залежність мовленнєвих порушень від типу прикусу у дітей обох груп

Вік обстежених	Загальна кількість пацієнтів (n)	Дислалія (n, %)	Ринолалія (n, %)	Дистальний прикус (n, %)	Мезіальний прикус (n, %)
4 роки	15	12 (9,7%)	3 (2,4%)	8 (6,5%)	7 (5,6%)
5 років	17	14 (11,3%)	3 (2,4%)	10 (8,1%)	7 (5,6%)
6 років	22	18 (14,5%)	4 (3,2%)	13 (10,5%)	9 (7,3%)
7 років	28	23 (18,5%)	5 (4,0%)	16 (12,9%)	12 (9,7%)
8 років	30	25 (20,2%)	5 (4,0%)	18 (14,5%)	12 (9,7%)
9-10 років	12	10 (8,1%)	2 (1,6%)	6 (4,8%)	6 (4,8%)
Всього	124	102 (82,3%)	22 (17,7%)	71 (57,3%)	53 (42,7%)

Клінічне обстеження осіб із порушеннями мовлення та зубощелепної системи є багатограним процесом, який потребує міждисциплінарного підходу. Основна мета такого обстеження — виявлення причин і механізмів

виникнення порушення для подальшої розробки індивідуального плану корекційного маршруту.

Отже, процес обстеження починається зі збору анамнезу, що включає інформацію про перебіг вагітності, пологів, розвиток мовлення та фізичний розвиток пацієнта. Особливу увагу приділяють сімейному анамнезу, зокрема спадковим захворюванням, які можуть впливати на формування мовлення чи зубощелепної системи. Важливо уточнити, коли вперше були помічені порушення, а також чи є фактори, які їх погіршують.

Фізичне обстеження починається з огляду обличчя пацієнта, оцінки симетрії його структури, положення щелеп та стану оклюзії. Огляд порожнини рота включає оцінку стану зубів, ясен, піднебіння, язика, вуздечки та слизової оболонки. Важливо дослідити функцію м'язів, що беруть участь у мовленні та жуванні, зокрема визначити їхній тонус, силу та координацію.

При оцінці мовлення звертають увагу на артикуляцію, темп, ритм, звучання голосу та загальну розбірливість мовлення. Це допомагає визначити, чи є порушення моторного або сенсорного характеру. Додатково досліджують функцію ковтання, дихання та мимічної мускулатури, адже ці аспекти тісно пов'язані з роботою мовленнєвого апарату.

Проводилися такі дослідження порушення функцій ротової порожнини:

1. Порушення функції носового дихання. Дослідження порушень функції носового дихання у осіб із порушеннями мовлення є важливим аспектом комплексної діагностики, оскільки стан дихальної функції безпосередньо впливає на формування мовленнєвих навичок і якість звучання мови. У таких осіб порушення носового дихання часто супроводжуються змінами у формуванні голосу, тембру, темпу мовлення, а також у роботі артикуляційного апарату. Функціональні проби є важливим інструментом для оцінки носового дихання, адже вони дозволяють виявити як механічні, так і функціональні чинники, що впливають на дихальну функцію.

Особи з мовленнєвими порушеннями часто демонструють ротове дихання, що може бути наслідком структурних або функціональних змін носової порожнини. Це не лише порушує фізіологічний процес дихання, але й впливає на артикуляцію, голосоутворення та розвиток зубощелепної системи. Саме тому необхідно проводити комплексну оцінку стану дихальної функції із залученням спеціальних функціональних тестів.

У нашому дослідженні використовувалась проба на прохідність носових ходів. Дитину просили по черзі закривати одну ніздрю і дихати через іншу. За появою суб'єктивних скарг можна було говорити про часткову або повну обструкцію дихальних шляхів. Також був застосований тест із ватним тампоном. Дитині пропонувалося видихнути через кожную ніздрю на ватний тампон, розташований на певній відстані. Інтенсивність коливання ватки дозволяє оцінити прохідність носових ходів. Зниження або відсутність руху вказує на порушення носового дихання.

Функціональні проби дозволяють не лише оцінити ступінь порушення носового дихання, але й визначити їхній вплив на мовленнєву функцію. Важливо враховувати, що навіть незначні утруднення носового дихання можуть негативно впливати на артикуляцію, викликати носовий відтінок голосу (ринолалію), а також посилювати порушення, пов'язані з мовленнєвими розладами. Тому дослідження функції носового дихання у цій групі дітей має важливе значення для ефективної діагностики та подальшої корекції мовленнєвих розладів при наявності порушень зубощелепної системи.

2. Порушення функції ковтання. Ковтання — це складний процес, що координується центральною нервовою системою і вимагає узгодженої роботи багатьох структур: губ, язика, щелеп, глотки, гортані та стравоходу. У осіб із мовленнєвими порушеннями часто спостерігаються функціональні або органічні дефекти, які порушують процес ковтання і водночас ускладнюють артикуляцію та дихання.

Дослідження функції ковтання включало використання функціональних проб, що допомагають визначити характер і ступінь порушень, а також оцінити можливість корекції. У рамках нашого дослідження було проведено спостереження за самим процесом ковтання. Дитину просили зробити ковток води або слини і спостерігали за тим, чи достатнім було змикання губ, чи відбувалися рухи язика, чи не було затримки ковтального рефлексу. Ми використовували також прискорену ковтальну пробу, коли дитина робила декілька невеликих ковтків підряд. У нормі ковтання має бути плавним, тобто без перерв чи задухи. У разі порушень може спостерігатися затримка ковтка, кашель, хрипи або утруднення дихання. Проводилася тактильна стимуляція ковтального рефлексу. Зондом або шпателем стимулювали задню стінку глотки для виклику ковтального рефлексу. У нормі рефлекс виникає одразу після стимуляції, а його відсутність або затримка свідчить про неврологічні порушення.

Для оцінки активності м'язів, які беруть участь у ковтанні, використовували електроміографію. Це дозволило оцінити ступінь їхньої слабкості або дисфункції, що є важливим для дітей із неврологічними порушеннями мовлення.

Використання функціональних проб для оцінки ковтання дозволяє детально визначити характер і механізми порушень, що значно покращує діагностику. Це також важливо для складання індивідуальної програми терапії, яка може включати логопедичну корекцію, фізіотерапію, дієтотерапію або навіть хірургічне втручання.

У ході виконання дослідження тип ковтання визначали за допомогою функціональної ковтальної проби – при інфантильному ковтанні зуби не змикаються, язик контактує з губами та щоками, виникає напруження м'язів у ділянці кутиків рота, підборіддя, іноді змикаються повіки, нахиляється голова, виникають точкові заглибини на підборідді (симптом «наперстка»).

3. **Порушення функції жування.** У дітей із порушеннями мовлення часто виявляють слабкість або гіпертонус жувальних м'язів, що впливає на їхню здатність правильно формувати звуки. Порушення прикусу, асиметрія роботи м'язів, зниження рухливості нижньої щелепи або язика можуть ускладнювати не лише процес жування, але й артикуляцію. Тому функціональні проби дозволяють комплексно оцінити стан жувальної функції та її вплив на мовленнєву діяльність.

У рамках нашого дослідження проводилося декілька проб для оцінки функції жування. Дитині пропонували прожувати шматок твердої їжі, спостерігаючи за симетричністю рухів щелеп, ефективністю подрібнення їжі, залученням язика і губ. Увага зверталася на те, чи жує дитина на одну чи на обидві сторони, чи ефективно подрібнюється їжа, чи не утруднене ковтання після жування. Також проводилася оцінка роботи губ і язика під час жування. Змикання губ має бути герметичним, без витікання слини чи їжі. Язик має активно допомагати у переміщенні їжі до зубного ряду. Недостатня активність язика часто супроводжує мовленнєві розлади. Збираючи анамнез, обов'язково запитували у батьків, чи не було у дитини м'якого жування чи лінощів жувати тверду їжу, оскільки діти із порушеннями зубощелепної системи часто жують передніми зубами або ж на одну сторону.

4. **Дослідження функції змикання губ.** Дослідження функції змикання губ у осіб із порушеннями мовлення є важливим компонентом діагностики, оскільки ця функція безпосередньо впливає на формування артикуляції, чіткість звуків і загальну мовленнєву діяльність. Губи виконують ключову роль у таких процесах, як формування звуків (особливо губно-губних та губно-зубних), змикання ротової порожнини, утримання слини та забезпечення ефективного акту жування і ковтання.

Порушення змикання губ може бути пов'язане з м'язовою слабкістю, гіпертонусом, асиметрією або дискоординацією. Воно часто спостерігається у дітей із неврологічними розладами, після травм або внаслідок дисфункції зубощелепної системи.

У нашому випадку зверталася увага на змикання губ у стані спокою, також проводилася силова проба з водою, коли дитину просили набрати в рот невелику кількість води, зімкнути губи та утримувати воду в ротовій порожнині протягом кількох секунд. Витікання води через губи свідчить про слабкість або недостатню координацію м'язів губ.

Використовувалась і проба з утриманням предмету. Дитині пропонували затиснути між губами легкий предмет (наприклад, лист паперу, пластикову смужку чи ватяну паличку) і утримувати його протягом кількох секунд. Ця проба дозволяє оцінити силу м'язів губ і здатність до стабільного змикання.

Нами була проведена проба із повітрям (тест на герметичність). Дитину просили надути щоки, утримуючи губи зімкнутими, і затримати повітря у ротовій порожнині. Якщо повітря виходить через губи, це свідчить про їх недостатню герметичність.

При порушенні функціонування кругового м'яза рота можемо спостерігати неправильну вимову звуків, для артикуляції яких необхідна участь губ, тобто [п], [б], [м]. Також часто спостерігається вестибулярний нахил верхніх і оральний нахил нижніх різців при гіпо- або гіпертонусі кругового м'яза рота.

5. Дослідження порушення функції мовлення. Дослідження порушень функції мовлення є комплексним процесом, який охоплює оцінку роботи органів артикуляційного апарату, мовленнєвої моторики, координації, чутливості й акустичних характеристик мовлення. Функціональні проби дозволяють визначити причини порушень, ступінь їх вираженості, а також вплив цих порушень на різні аспекти мовленнєвої діяльності.

Функціональні проби для дослідження мовлення:

1. Проба на рухливість артикуляційних органів (губ та язика):

- висунути язик уперед і втягнути назад;
- підняти язик до верхньої губи, опустити до нижньої;
- рухати язиком в сторони.

- посміхнутися, потім витягнути губи в трубочку.

Ці завдання дозволяють оцінити рухливість, симетрію та координацію роботи органів артикуляції.

2. Проба на утримання артикуляційної позиції: дитину просили зайняти певну артикуляційну позицію (наприклад, посмішка або витягнуті губи) і утримувати її протягом 5–10 секунд. Оцінювали здатність утримання пози, рівень напруги м'язів і стійкість артикуляції.

3. Проба на переключення артикуляційних позицій: дитина мала швидко змінювати артикуляційні пози (наприклад, посмішка — трубочка — нейтральне положення). Спостерігали за швидкістю, плавністю та координацією рухів.

4. Фонаційна проба, коли дитина вимовляє звуки різної складності (наприклад, [a], [y], [i]) або склади ([ма], [ба], [па]). Оцінювали якість звучання, чіткість артикуляції та стійкість голосу.

5. Проба на мовленнєве дихання: оцінювалася здатність дитини правильно використовувати дихання під час мовлення. Просили зробити глибокий вдих і на одному видиху вимовити довгий звук [a] або рахувати. Оцінювалася тривалість фонації, рівномірність звуку та обсяг видихуваного повітря.

6. Резонансна проба: дитина вимовляє звуки [м], [н] або [а] для визначення носового або гіперназального резонансу. Резонансні порушення можуть свідчити про дисфункцію м'якого піднебіння.

7. Акустична проба: дитину просили вимовляти довгі звуки, звертаючи увагу на їх рівномірність, інтенсивність та тональність. Це дозволяє оцінити функцію голосових складок і якість голосоутворення.

Дані функціональних проб дозволяють виявити специфічні порушення мовленнєвого апарату та встановити, чи є вони наслідком неврологічних, анатомічних або функціональних причин. Результати також сприяють складанню індивідуальної програми терапії, яка може включати логопедичну

корекцію, фізичні вправи для зміцнення м'язів, дихальні техніки або медичне втручання.

Після проведення функціональних проб виявляли наявність шкідливих звичок, серед яких смоктання язика, губ, щік, пальця. Далі проводили загальний огляд порожнини рота, при якому увага зверталася на особливості прикусу, кількість зубів, наявність трем та діастем, а також на змикання зубних рядів. При огляді м'яких тканин порожнини рота увага зверталася на місце прикріплення та величину вуздечок язика та губ. При огляді язика оцінювали його розмір, форму, рухливість. Окремо оцінювали глибину присінку рота. Результати оцінки наявності шкідливих звичок у обох групах дітей представлені у таблиці 3.3.

Таблиця 3.3.

Оцінка наявності шкідливих звичок у дітей обох груп

Шкідливі звички	Кількість дітей (4-6 років)	%(4-6 р.)	Кількість дітей (6-10 років)	%(6-10 р.)	Загальна кількість дітей	% загалом
Смоктання пальців	20	37.0%	15	21.4%	35	28.2%
Гризіння нігтів	10	18.5%	25	35.7%	35	28.2%
Смоктання пустушки	15	27.8%	5	7.1%	20	16.1%
Постійне кусання губ	5	9.3%	10	14.3%	15	12.1%
Постійне облизування губ	4	7.4%	8	11.4%	12	9.7%
Інші шкідливі звички	5	9.3%	7	10.0%	12	9.7%
Разом	54	100.0%	70	100.0%	124	100.0%

Таким чином, серед дітей молодшої групи (4-6 років) найпоширенішою звичкою визначали смоктання пальців, яке спостерігалось у 37.0% випадків, тоді як у старшій групі (6-10 років) цей показник зменшувався до 21.4%. Гризіння нігтів демонструє протилежну тенденцію: у групі 4-6 років звичка була зафіксована у 18.5% дітей, тоді як у віці 6-10 років цей показник підвищувався до 35.7%. Смоктання пустушки було більш характерним для

молодшої вікової групи, де воно виявлено у 27.8% дітей, порівняно з 7.1% у старшій групі. Постійне кусання губ також частіше зустрічалося у старшій віковій групі, де воно виявлено у 14.3% дітей, порівняно з 9.3% у молодшій. Постійне облизування губ спостерігалось у 7.4% дітей молодшої групи та у 11.4% дітей старшої групи. Інші шкідливі звички майже рівномірно розподілені між групами, з показниками 9.3% і 10.0% відповідно. Це свідчить про поступове зниження частоти деяких шкідливих звичок з віком, а також про необхідність раннього виявлення і корекції для мінімізації їх впливу на розвиток дітей.

Залежно від клінічної картини, може знадобитися застосування додаткових діагностичних методів, таких як ортопантомографія, комп'ютерна томографія, електроміографія або акустичний аналіз мовлення. Важливе значення має консультація суміжних спеціалістів: логопеда, ортодонта, отоларинголога, невролога або генетика.

Особлива увага приділялася психоемоційному стану дітей, адже порушення мовлення та зубощелепної системи часто супроводжуються зниженням самооцінки, тривожністю чи соціальною ізоляцією. Таким чином, комплексний підхід дозволяє не лише діагностувати проблему, а й сформулювати ефективний план корекції, який включатиме логопедичні, терапевтичні, ортодонтичні чи хірургічні методи лікування.

У ході дослідження були проведені функціональні проби для визначення артикуляційної моторики дітей та стану лицевих м'язів. За допомогою них визначалися особливості руху щелепно-лицевих м'язів, щік, губ, язика, нижньої щелепи. На основі виконання рухових проб визначався загальний стан артикуляційної моторики.

Перед початком корекційної роботи логопед повинен детально вивчити стан мовлення. Під час вивчення стану звуковимови оцінювалася вимова голосних та приголосних звуків за різними методиками: ізольовано, у складах, словах, фразах та тексті; на початку, у середині чи в кінці слова; при

збігу приголосних або повтореннях звуку. Слова використовувались з різною складовою структурою.

Рівень сформованості навичок звуковимови виявлявся у зв'язному та відображеному мовленні дітей. Визначався характер порушень вимови голосних та приголосних звуків: змішування звуків, неправильна вимова, заміна на інші звуки, назалізованість ротових та неназалізованість носових звуків.

Усім дітям, що увійшли до 1-ї групи (їм надавалася інтегративна медико-психолого-педагогічна допомога) при відвідуванні логопеда були проведені загальні методи обстеження, поставлений попередній логопедичний діагноз, проведена оцінка вуздечок верхньої губи та язика, функціональна діагностика тону м'язів щелепно-лицевої ділянки, дослідження сформованості навичок звуковимови та дослідження мовленнєвого дихання. Дітям із наявними порушеннями зубощелепної системи дані направлення до ортодонта.

Ортодонт, у свою чергу, проводив детальне обстеження щелепно-лицевої ділянки, вуздечок губ та язика, визначав наявні у кожної дитини шкідливі звички, які могли призвести до появи порушень зубощелепної системи, вивчав параметри змикання верхньої і нижньої зубних дуг, звертав увагу на розміри та тонус язика. Дітям із встановленим попереднім ортодонтичним діагнозом знімалися відбитки щелеп, з яких надалі відливалися моделі щелеп для вивчення усіх необхідних для вибору ортодонтичного апарату біометричних даних. Дітей 6-10 років відправляли на панорамну рентгенографію, усі діти 1-ї та 2-ї групи проходили палатографію.

Для інтегративної допомоги 29 дітям із дистальним прикусом та 14 з мезіальним 1-ї групи (вік 4-6 років) була запропонована корекційна програма, що включала в себе використання модифікованих міогімнастичних вправ, тейпування щелепно-лицевої ділянки та використання вестибулярних пластинок з козирком. Усі корекційні заходи призначалися тільки після

проведення діагностики та встановлення остаточного діагноза. Упродовж перших 2-х тижнів носіння апарату призначалося по 15-20 хвилин у денний час. Після цього призначався комплекс артикуляційних вправ у поєднанні з тейпуванням та застосуванням вестибулярної пластинки протягом усієї ночі. Апарат призначався на термін до 10 місяців. Міогімнастичні вправи призначалися на термін до 6 місяців. Для розвитку кругового м'яза рота та нормалізації положення язика додатково виконувались міогімнастичні вправи зі спеціальними апаратами. Дитина мала стиснути апарат губами і потягнути пальцем за кільце апарата. Вестибулярна пластинка при цьому повинна розташовуватися між верхньою та нижньою губами.

39 дітям із дистальним прикусом та 17 із мезіальним 2-ї групи (вік 6-10 років), що дотримувалися корекційного маршруту за експериментальною методикою, було призначено комплекс міогімнастичних вправ, тейпування та носіння апарату на верхню щелепу із гвинтом та петлями Рудольфа при дистальному прикусі, а також апарату на верхню щелепу із гвинтом Бертоні при мезіальному прикусі. Гвинти рекомендовано було розкручувати 2-3 рази на тиждень. Передбачена тривалість корекції 12-16 місяців.

Щодо 11 дітей з тимчасовим прикусом та 14 дітей зі змінним прикусом, тобто тих, що увійшли до 2-ї групи та проходили корекцію виключно у логопеда, для роботи з ними застосовувалися усі стандартні методики логопедичного впливу для корекції дислалії та ринолалії. Ортодонтичне лікування не проводилося.

3.3 Ефективність експериментальної методики інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги особам із порушеннями мовлення органічного генезу

Оцінку ефективності експериментальної методики інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги особам із порушеннями мовлення органічного генезу доцільно було проводити за комплексними показниками. Отже, оцінювалися показники артикуляційної моторики, зв'язного мовлення

та інших показників у динаміці. Важливим було визначення не тільки позитивних зрушень при використанні запропонованої методики, але і потенційне скорочення строків корекційної роботи при порушеннях мовлення та зубощелепної системи.

Методи логопедичної корекції у дітей обох досліджуваних груп в залежності від виду зубощелепних порушень представлено в таблиці 3.4.

Таблиця 3.4.

Методи логопедичної корекції у дітей обох досліджуваних груп в залежності від виду зубощелепних порушень

А (корекція за експериментальною методикою)				Б (тільки логопедична корекція)				Всього	
1-ша підгрупа (дистальний прикус)		2-га підгрупа (мезіальний прикус)		1-ша підгрупа (дистальний прикус)		2-га підгрупа (мезіальний прикус)			
абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
I група (4-6 років)									
29	80,56	14	77,78	7	19,44	4	22,2	54	43,55
II група (6-10 років)									
39	81,25	17	77,27	9	18,75	5	22,7	70	56,45
Всього									
68	54,84	31	25,0	16	12,9	9	7,26	124	100

Розподіл дітей залежно від методу логопедичної корекції та виду зубощелепних порушень показав, що більшість дітей отримували допомогу за експериментальною методикою. У 1-й групі (4–6 років) серед дітей із дистальним прикусом 80,56% отримували допомогу за експериментальною методикою корекції, тоді як 19,44% – лише логопедичну корекцію. Серед дітей із мезіальним прикусом експериментальну методику застосовували у 77,78% випадків, а лише логопедичну – у 22,2%.

У 2-й групі (6–10 років) допомогу за експериментальною методикою отримали 81,25% дітей із дистальним прикусом і 77,27% із мезіальним. Лише логопедична корекція застосовувалася у 18,75% та 22,7% відповідно. Загалом експериментальна методика застосовувалася у 54,84% випадків, тоді як лише логопедична корекція – у 12,9% для дистального прикусу та у 25,0% для мезіального прикусу. Усього дослідження охопило 124 дитини.

Дані про артикуляційну моторику дітей двох вікових груп до і після корекції демонструють значні покращення у показниках після проведення корекційної роботи, особливо за експериментальною методикою.

У 1-й групі (4–6 років) до початку корекції виражені порушення артикуляційної моторики були виявлені у 12,97% дітей, помірно виражені порушення – у 22,22%, а легка недостатність спостерігалася у 64,81%. Після 12 місяців використання стандартної методики 18,18% дітей продовжували мати помірно виражені порушення, а у 36,36% залишалася легка недостатність. Натомість за експериментальною методикою більшість дітей (83,72%) досягли нормального рівня артикуляційної моторики, тоді як лише у 16,28% залишилися незначні проблеми.

У 2-й групі (6–10 років) до початку корекції виражені порушення були у 7,14% дітей, помірні – у 24,29%, а легка недостатність – у 68,57%. Після застосування стандартної методики 7,14% дітей мали помірні порушення, а 21,43% – легку недостатність. За експериментальною методикою 83,93% дітей досягли норми, а лише у 16,07% залишилися незначні порушення.

Отже, експериментальна методика виявилася значно ефективнішою порівняно зі стандартною, забезпечуючи високий відсоток дітей із нормальними показниками артикуляційної моторики після корекційної роботи. Стан сформованості артикуляційної моторики у дітей 1-ї та 2-ї груп до та після надання корекційної допомоги показані у таблицях 3.5 та 3.6.

Таблиця 3.5.

Стан сформованості артикуляційної моторики у дітей 1-ї групи до та після надання корекційної допомоги

Шкала оцінювання (бали)	До початку корекції (n =54)		Після 12 місяців корекційної роботи			
			Стандартна методика (n =11)		Експериментальна методика (n =43)	
	N	%	N	%	N	%

Продовження таблиці 3.5.

Виражені порушення артикуляційної моторики – 1 бал	7	12,97	-	-	-	-
Помірно виражені порушення артикуляційної моторики – 2 бали	12	22,22	2	18,18	-	-
Легка недостатність артикуляційної моторики – 3 бали	35	64,81	4	36,36	7	16,28
Артикуляційна моторика відповідає віковій нормі – 4 бали	-	-	5	45,45	36	83,72
Всього	54	100	11	100	43	100

Таблиця 3.6.

Стан сформованості артикуляційної моторики у дітей 2-ї групи до та після надання корекційної допомоги

Шкала оцінювання (бали)	До початку корекції (n =70)		Після 12 місяців корекційної роботи			
			Стандартна методика (n =14)		Експериментальна методика (n =56)	
	N	%	N	%	N	%
Виражені порушення артикуляційної моторики – 1 бал	5	7,14	-	-	-	-
Помірно виражені порушення артикуляційної моторики – 2 бали	17	24,29	1	7,14	-	-
Легка недостатність артикуляційної моторики – 3 бали	48	68,57	3	21,43	9	16,07
Артикуляційна моторика відповідає віковій нормі – 4 бали	-	-	10	71,43	47	83,93
Всього	70	100	14	100	56	100

Результати оцінювання звуковимови у дітей 1-ї та 2-ї груп до і після проведення корекційної роботи демонструють значний прогрес після використання експериментальної методики.

У 1-й групі (4-6 років) до початку корекції значні порушення звуковимови (1 бал) були виявлені у 22,2% дітей, а помірні порушення (2 бали) – у 37%. Незначні порушення (3 бали) спостерігалися у 27,8% дітей, а норма (4 бали) була зафіксована лише у 13%. Після 12 місяців корекції за стандартною методикою 72,7% дітей досягли норми, тоді як після застосування експериментальної методики цей показник склав 97,7%. При цьому кількість дітей із незначними порушеннями зменшилася до 2,3% після застосування експериментальної методики, а значні та помірні порушення були повністю усунені.

У 2-й групі (6-10 років) до початку корекції значні порушення (1 бал) виявлялися у 14,3% дітей, а помірні порушення (2 бали) – у 21,4%. Незначні порушення (3 бали) спостерігалися у 35,7% дітей, а норма (4 бали) була зафіксована лише у 28,6%. Після корекції за стандартною методикою 64,3% дітей досягли норми, тоді як після застосування експериментальної методики цей показник значно зріс і досяг 94,6%. Незначні порушення зменшилися до 5,7% після використання експериментальної методики, тоді як значні та помірні порушення були повністю усунені.

Таким чином, експериментальна методика демонструє суттєво вищу ефективність у нормалізації звуковимови у дітей обох вікових груп порівняно зі стандартною методикою. Стан сформованості звуковимови у дітей 1-ї та 2-ї груп до та після надання корекційної допомоги показані у таблицях 3.7 та 3.8.

Таблиця 3.7.

Стан сформованості звуковимови у дітей 1-ї групи до та після надання корекційної допомоги

Шкала оцінювання (бали)	До початку корекції (n =54)		Після 12 місяців корекційної роботи			
			Стандартна методика (n =11)		Експериментальна методика (n =43)	
	N	%	N	%	N	%
1 бал (значні порушення)	12	22,2	-	-	-	-
2 бали (помірні зміни)	20	37	-	-	-	-
3 бали (незначні порушення)	15	27,8	3	27,3	1	2,3
4 бали (норма)	7	13	8	72,7	42	97,7
Всього	47	87	11	100	43	100

Таблиця 3.8.

Стан сформованості звуковимови у дітей 2-ї групи до та після надання корекційної допомоги

Шкала оцінювання (бали)	До початку корекції (n =70)		Після 12 місяців корекційної роботи			
			Стандартна методика (n =14)		Експериментальна методика (n =56)	
	N	%	N	%	N	%
1 бал (значні порушення)	10	14,3	-	-	-	-
2 бали (помірні зміни)	15	21,4	-	-	-	-
3 бали (незначні порушення)	25	35,7	5	35,7	3	5,4
4 бали (норма)	20	28,6	9	64,3	53	94,6
Всього	50	71,4	14	100	56	100

Результати оцінювання мовленнєвого дихання у дітей 1-ї та 2-ї груп до і після корекційної роботи свідчать про помітні зміни, зокрема суттєве покращення після застосування експериментальної методики.

У 1-й групі (4-6 років) до початку корекції значні порушення мовленнєвого дихання (1 бал) спостерігалися у 25,9% дітей, а помірні порушення (2 бали) – у 33,3%. Незначні порушення (3 бали) були зафіксовані у 22,2% дітей, тоді як нормальні показники (4 бали) відзначалися лише у 18,5%. Після 12 місяців корекції за стандартною методикою нормальні показники спостерігалися у 54,5% дітей, а після застосування експериментальної методики цей показник зріс до 95,3%. Незначні порушення зменшилися до 4,7% після використання експериментальної методики, тоді як значні та помірні порушення були повністю усунені.

У 2-й групі (6-10 років) до початку корекції значні порушення мовленнєвого дихання (1 бал) виявлялися у 11,4% дітей, а помірні зміни (2 бали) – у 22,9%. Незначні порушення (3 бали) спостерігалися у 28,6% дітей, тоді як норма (4 бали) була зафіксована лише у 37,1%. Після корекції за стандартною методикою нормальні показники досягли 78,6% дітей, тоді як після застосування експериментальної методики цей показник зріс до 98,2%. Незначні порушення мовленнєвого дихання зменшилися до 1,8% після використання експериментальної методики, а значні та помірні порушення були повністю усунені.

Таким чином, експериментальна методика показала вищу ефективність у покращенні мовленнєвого дихання у дітей обох вікових груп порівняно зі стандартною методикою. Стан сформованості мовленнєвого дихання у дітей 1-ї та 2-ї груп до та після надання корекційної допомоги показані у таблицях 3.9 та 3.10.

Таблиця 3.9.

Стан сформованості мовленнєвого дихання у дітей 1-ї групи до та після надання корекційної допомоги

Шкала оцінювання (бали)	До початку корекції (n =54)		Після 12 місяців корекційної роботи			
			Стандартна методика (n =11)		Експериментальна методика (n =43)	
	N	%	N	%	N	%
1 бал (значні порушення)	14	25,9	-	-	-	-
2 бали (помірні зміни)	18	33,3	-	-	-	-
3 бали (незначні порушення)	12	22,2	5	45,5	2	4,7
4 бали (норма)	10	18,5	6	54,5	41	95,3
Всього	44	81,9	11	100	43	100

Таблиця 3.10.

Стан сформованості мовленнєвого дихання у дітей 2-ї групи до та після надання корекційної допомоги

Шкала оцінювання (бали)	До початку корекції (n =70)		Після 12 місяців корекційної роботи			
			Стандартна методика (n =14)		Експериментальна методика (n =56)	
	N	%	N	%	N	%
1 бал (значні порушення)	8	11,4	-	-	-	-
2 бали (помірні зміни)	16	22,9	-	-	-	-
3 бали (незначні порушення)	20	28,6	3	21,4	1	1,8
4 бали (норма)	26	37,1	11	78,6	55	98,2
Всього	44	62,9	14	100	56	100

Ефективність експериментальної методики інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги доводили за допомогою клінічних,

антропометричних, рентгенологічних та функціональних показників, визначення яких проводили до початку та протягом усього корекційного процесу.

Проводилася оцінка сформованості основних складових мовлення (анатомо-фізіологічної, фонетико-фонематичної, лексико-граматичної, комунікативної) як критеріїв мовленнєвої діяльності за рівнями, визначеними на етапі констатувального експерименту. Ефективність експериментальної методики визначали в залежності від покращення рівня сформованості кожної складової, що визначався після 12 місяців корекції за експериментальною та стандартною методиками. Оцінювання проводилося по блокам, що відповідали основним складовим мовлення (анатомо-фізіологічний, фонетико-фонематичний, лексико-граматичний, комунікативний).

Блок 1. Оцінка сформованості анатомо-фізіологічної складової мовлення після 12 місяців корекційної роботи за експериментальною та стандартною методиками.

За результатами проведеної корекційної роботи за експериментальною та стандартною методиками можемо зробити такий кількісний аналіз результатів сформованості анатомо-фізіологічної складової мовлення у дітей із порушеннями мовлення та зубощелепної системи:

Результати використання експериментальної методики у дітей 1 групи (4-6 років) показали, що високий рівень сформованості анатомо-фізіологічної складової мовлення констатовано у 18 дітей (62%) із дистальним прикусом та у 9 дітей (64%) з мезіальним прикусом. Достатній рівень діагностовано у 9 дітей (31%) із дистальним та у 4 дітей (29%) з мезіальним прикусом. Середнього рівня сформованості анатомо-фізіологічної складової досягли 2 дітей (7%) та 1 дитина (7%) з дистальним та мезіальним прикусами відповідно. Низького рівня виявлено не було.

Щодо дітей 2 групи (6-10 років), можемо зробити висновок, що високий рівень сформованості анатомо-фізіологічної складової мовлення

діагностовано у 26 дітей (67%) з дистальним прикусом та у 11 дітей (65%) з мезіальним прикусом. Достатнього рівня досягли 10 дітей (26%) з дистальним та 5 дітей (29%) з мезіальним прикусом. Середній рівень виявлено у 3 дітей (7%) з дистальним прикусом та у 1 дитини (6%) з мезіальним. Низького рівня сформованості анатомо-фізіологічної складової мовлення виявлено не було.

Результати використання стандартної методики показали, що у 1 групі (діти 4-6 років) високий рівень сформованості анатомо-фізіологічної складової мовлення діагностовано у 2 дітей (29%) з дистальним прикусом та у 1 дитини (25%) з мезіальним прикусом. Достатній рівень констатовано у 3 дітей (43%) з дистальним та у 1 дитини (25%) з мезіальним прикусом. Середнього рівня досягли 2 дітей (29%) з дистальним прикусом та 1 дитина (25%) з мезіальним прикусом. Низького рівня серед дітей із дистальним прикусом виявлено не було, у групі з мезіальним прикусом 1 дитина (25%).

У другій групі (діти 6-10 років) високий рівень виявлено у 3 дітей (33%) з дистальним та у 2 дітей (40%) з мезіальним прикусом. Достатнього рівня досягли 3 дитини (33%) з дистальним прикусом та 1 дитина (20%) з мезіальним прикусом. Середній рівень виявлено у 2 дітей (22%) з дистальним та у 1 дитини (20%) з мезіальним прикусом. Низький рівень сформованості анатомо-фізіологічної складової мовлення залишився у 1 дитини (11%) з дистальним прикусом та у 1 дитини (20%) з мезіальним прикусом.

Отже, результати дослідження демонструють вищу ефективність експериментальної методики у порівнянні зі стандартною в корекції анатомо-фізіологічної складової мовлення у дітей із порушеннями мовлення та зубощелепної системи.

За експериментальною методикою спостерігається значно вищий відсоток дітей, які досягли високого рівня сформованості мовлення. У віковій групі 4-6 років таких дітей було 62% із дистальним прикусом і 64% із мезіальним, а у групі 6-10 років – 67% і 65% відповідно. Для порівняння, у

дітей, які проходили корекцію за стандартною методикою, ці показники були значно нижчими: 29% і 25% у молодшій групі та 33% і 40% у старшій.

Крім того, за експериментальною методикою не було зафіксовано випадків низького рівня сформованості анатомо-фізіологічної складової мовлення, тоді як за стандартною методикою у молодшій групі низький рівень зберігався у 25% дітей із мезіальним прикусом, а у старшій – у 11% дітей із дистальним і 20% із мезіальним прикусом.

Таким чином, експериментальна методика є більш ефективною для розвитку анатомо-фізіологічних показників мовлення у дітей із порушеннями зубощелепної системи, сприяючи значному збільшенню кількості дітей із високим рівнем сформованості та виключаючи випадки низького рівня.

Стан сформованості анатомо-фізіологічної складової мовлення після використання експериментальної та стандартної методик корекції у обох групах дітей наведено у таблицях 3.11 та 3.12.

Таблиця 3.11.

Стан сформованості анатомо-фізіологічної складової мовлення після використання експериментальної та стандартної методик корекції у дітей 1-ї групи (4-6 років)

Рівні сформованості анатомо-фізіологічної складової	Експериментальна методика (43 дитини)				Стандартна методика (11 дітей)			
	Дистальний прикус (n=29)		Мезіальний прикус (n=14)		Дистальний прикус (n=7)		Мезіальний прикус (n=4)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Високий	18	62%	9	64%	2	29%	1	25%
Достатній	9	31%	4	29%	3	43%	1	25%
Середній	2	7%	1	7%	2	29%	1	25%
Низький	-	-	-	-	-	-	1	25%

Таблиця 3.12.

Стан сформованості анатомо-фізіологічної складової мовлення після використання експериментальної та стандартної методик корекції у дітей 2-ї групи (6-10 років)

Рівні сформованості анатомо-фізіологічної складової	Експериментальна методика (56 дітей)				Стандартна методика (14 дітей)			
	Дистальний прикус (n=39)		Мезіальний прикус (n=17)		Дистальний прикус (n=9)		Мезіальний прикус (n=5)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Високий	26	67%	11	65%	3	33%	2	40%
Достатній	10	26%	5	29%	3	33%	1	20%
Середній	3	7%	1	6%	2	22%	1	20%
Низький	-	-	-	-	1	11%	1	20%

Блок 2. Оцінка сформованості фонетико-фонематичної складової мовлення після 12 місяців корекційної роботи за експериментальною та стандартною методиками.

Оцінка проведеної корекційної роботи за експериментальною та стандартною методиками дозволяє зробити такий кількісний аналіз результатів сформованості фонетико-фонематичної складової мовлення у дітей із порушеннями мовлення та зубощелепної системи:

За експериментальною методикою серед дітей 1 групи (4-6 років) високого рівня сформованості фонетико-фонематичної складової мовлення досягли 12 дітей (42%) із дистальним прикусом і 5 дітей (36%) із мезіальним прикусом, достатнього рівня – 9 дітей (31%) і 4 дітей (29%) відповідно. Середній рівень спостерігався у 6 дітей (20%) із дистальним прикусом і 3 дітей (21%) із мезіальним, а низький рівень – у 2 дітей (7%) та 2 дітей (14%) відповідно.

У 2-й віковій групі (6-10 років) високий рівень сформованості фонетико-фонематичної складової мовлення спостерігався у 18 дітей (46%) із дистальним прикусом і 7 дітей (41%) із мезіальним. Достатнього рівня

досягли 11 дитина (28%) із дистальним прикусом і 5 дітей (29%) із мезіальним прикусом. Середній рівень було зафіксовано у 7 дітей (18%) із дистальним прикусом і 3 дітей (18%) із мезіальним, а низький рівень – у 3 дітей (8%) та 2 дитини (12%) з дистальним та мезіальним прикусом відповідно.

Результати використання стандартної методики для формування фонетико-фонематичної складової мовлення показали, що у 1 групі (діти 4-6 років) високого рівня сформованості досягли 3 дитини (42%) з дистальним прикусом та 1 дитина (25%) з мезіальним прикусом. Достатній рівень виявлено у 2 дітей (29%) із дистальним прикусом і 1 дитини (25%) з мезіальним прикусом. Середній рівень сформованості діагностовано у 2 дітей (29%) із дистальним прикусом та 1 дитини (25%) з мезіальним прикусом. Низький рівень зберігався у 1 дитини (25%) з мезіальним прикусом, тоді як серед дітей із дистальним прикусом низького рівня не виявлено.

У 2 групі (діти 6-10 років) високого рівня сформованості фонетико-фонематичної складової мовлення досягли 3 дитини (33%) із дистальним прикусом та 2 дітей (40%) з мезіальним прикусом. Достатній рівень відзначено у 3 дітей (33%) із дистальним прикусом і 1 дитини (20%) з мезіальним прикусом. Середній рівень виявлено у 2 дітей (22%) із дистальним прикусом та 1 дитини (20%) з мезіальним прикусом. Низький рівень сформованості залишався у 1 дитини (11%) із дистальним прикусом та 1 дитини (20%) із мезіальним прикусом.

Таким чином, у обох вікових групах за експериментальною методикою кількість дітей із високим і достатнім рівнем сформованості була значно більшою, ніж за стандартною. У групах, які проходили корекцію за стандартною методикою, залишалося більше дітей із середнім і низьким рівнем, особливо серед дітей із мезіальним прикусом. Це підтверджує ефективність інтегративного підходу в логопедичній корекції, який дозволяє досягти кращих результатів у подоланні мовленнєвих порушень. Стан сформованості фонетико-фонематичної складової мовлення у обох

досліджуваних групах після 12 місяців корекційної роботи за експериментальною та стандартною методиками представлено у таблицях 3.13 та 3.14.

Таблиця 3.13.

Стан сформованості фонетико-фонематичної складової мовлення після використання експериментальної та стандартної методик корекції у дітей 1-ї групи (4-6 років)

Рівні сформованості фонетико-фонематичної складової	Експериментальна методика (43 дитини)				Стандартна методика (11 дітей)			
	Дистальний прикус (n=29)		Мезіальний прикус (n=14)		Дистальний прикус (n=7)		Мезіальний прикус (n=4)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Високий	12	42%	5	36%	2	29%	1	25%
Достатній	9	31%	4	29%	3	42%	1	25%
Середній	6	20%	3	21%	2	29%	1	25%
Низький	2	7%	2	14%	-	-	1	25%

Таблиця 3.14.

Стан сформованості фонетико-фонематичної складової мовлення після використання експериментальної та стандартної методик корекції у дітей 2-ї групи (6-10 років)

Рівні сформованості фонетико-фонематичної складової	Експериментальна методика (56 дітей)				Стандартна методика (14 дітей)			
	Дистальний прикус (n=39)		Мезіальний прикус (n=17)		Дистальний прикус (n=9)		Мезіальний прикус (n=5)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Високий	18	46%	7	41%	3	33%	2	40%
Достатній	11	28%	5	29%	3	33%	1	20%
Середній	7	18%	3	18%	2	22%	1	20%
Низький	3	8%	2	12%	1	11%	1	20%

Блок 3. Оцінка сформованості лексико-граматичної складової мовлення після 12 місяців корекційної роботи за експериментальною та стандартною методиками.

Оцінюючи результати корекційної роботи за експериментальною методикою можемо зазначити, що у 1 групі (4-6 років) високого рівня сформованості лексико-граматичної складової мовлення досягли 14 дітей (48%) із дистальним прикусом і 7 дітей (50%) із мезіальним, достатнього рівня – 9 дітей (31%) і 4 дітей (29%) відповідно. Середній рівень виявлено у 5 дітей (17%) із дистальним прикусом та 2 дітей (14%) із мезіальним, а низький рівень – у 1 дитини (4%) та 1 дитини (7%) відповідно.

У 2 групі (6-10 років) високого рівня сформованості лексико-граматичної складової мовлення досягли 19 дітей (49%) із дистальним прикусом і 9 дітей (53%) із мезіальним, достатнього рівня – 12 дітей (31%) і 5 дітей (30%) відповідно. Середній рівень зафіксовано у 6 дітей (15%) із дистальним прикусом та 2 дітей (12%) із мезіальним, а низький рівень – у 2 дітей (5%) і 1 дитини (6%) відповідно.

Що стосується стандартної методики, у 1 групі (4-6 років) високого рівня сформованості лексико-граматичної складової мовлення досягли 2 дітей (29%) із дистальним прикусом і 1 дитина (25%) із мезіальним, достатнього рівня – 2 дітей (29%) і 1 дитина (25%) відповідно. Середнього рівня досягли 2 дітей (29%) із дистальним прикусом та 1 дитина (25%) із мезіальним, а низький рівень зафіксовано у 1 дитини (13%) із дистальним прикусом та 1 дитини (25%) із мезіальним.

У 2 групі (6-10 років) високого рівня сформованості лексико-граматичної складової мовлення досягли 3 дітей (33%) із дистальним прикусом і 2 дітей (40%) із мезіальним, достатнього рівня – 3 дітей (33%) і 1 дитина (20%) відповідно. Середнього рівня досягли 2 дітей (22%) із дистальним прикусом та 1 дитина (20%) із мезіальним, а низький рівень зафіксовано у 1 дитини (12%) із дистальним прикусом та 1 дитини (20%) із мезіальним.

Результати дослідження показали, що експериментальна методика є ефективнішою для розвитку лексико-граматичної складової мовлення. У групі дітей, які проходили корекцію за цією методикою, високого рівня досягли 48% дітей із дистальним прикусом та 50% із мезіальним прикусом. У той же час, у групі за стандартною методикою цей показник був значно нижчим – 29% і 25% відповідно.

Також середній та низький рівні сформованості лексико-граматичної складової спостерігалися частіше в групах, які проходили корекцію за стандартною методикою. Зокрема, низький рівень зафіксований у 13% дітей із дистальним прикусом та 25% дітей із мезіальним прикусом у стандартній групі, у той час як в експериментальній методиці цей показник був нижчим (4% та 7% відповідно).

Таким чином, запропонована експериментальна методика сприяла більш ефективному розвитку лексико-граматичної складової мовлення у дітей із порушеннями мовлення та зубощелепної системи, забезпечуючи вищий рівень сформованості мовленнєвих навичок порівняно зі стандартною методикою. Стан сформованості лексико-граматичної складової мовлення у обох досліджуваних групах після 12 місяців корекційної роботи за експериментальною та стандартною методиками представлено у таблицях 3.15 та 3.16.

Таблиця 3.15.

Стан сформованості лексико-граматичної складової мовлення після використання експериментальної та стандартної методик корекції у дітей 1-ї групи (4-6 років)

Рівні сформованості лексико-граматичної складової	Експериментальна методика (43 дитини)				Стандартна методика (11 дітей)			
	Дистальний прикус (n=29)		Мезіальний прикус (n=14)		Дистальний прикус (n=7)		Мезіальний прикус (n=4)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Високий	14	48%	7	50%	2	29%	1	25%
Достатній	9	31%	4	29%	2	29%	1	25%

Продовження таблиці 3.15.

Середній	5	17%	2	14%	2	29%	1	25%
Низький	1	4%	1	7%	1	13%	1	25%

Таблиця 3.16.

Стан сформованості лексико-граматичної складової мовлення після використання експериментальної та стандартної методик корекції у дітей 2-ї групи (6-10 років)

Рівні сформованості лексико-граматичної складової	Експериментальна методика (56 дітей)				Стандартна методика (14 дітей)			
	Дистальний прикус (n=39)		Мезіальний прикус (n=17)		Дистальний прикус (n=9)		Мезіальний прикус (n=5)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Високий	19	49%	9	53%	3	33%	2	40%
Достатній	12	31%	5	30%	3	33%	1	20%
Середній	6	15%	2	12%	2	22%	1	20%
Низький	2	5%	1	6%	1	12%	1	20%

Блок 4. Оцінка сформованості комунікативної складової мовлення після 12 місяців корекційної роботи за експериментальною та стандартною методиками.

При оцінці результатів корекційної роботи за експериментальною методикою виявлено, що у 1 групі (4-6 років) високого рівня сформованості комунікативної складової досягли 14 дітей (48%) із дистальним прикусом та 7 дітей (50%) із мезіальним прикусом. Достатній рівень виявлено у 9 дітей (31%) з дистальним прикусом та 4 дітей (29%) з мезіальним. Середній рівень комунікативної складової мовлення спостерігався у 5 дітей (17%) із дистальним прикусом та 2 дітей (14%) із мезіальним, тоді як низький рівень зафіксовано у 1 дитини (4%) із дистальним прикусом та 1 дитини (7%) із мезіальним.

У 2 групі (6-10 років) високого рівня сформованості комунікативної складової мовлення досягли 19 дітей (49%) із дистальним прикусом та 9 дітей (53%) із мезіальним прикусом. Достатній рівень зафіксовано у 12 дітей

(31%) із дистальним та 5 дітей (29%) із мезіальним прикусом. Середній рівень комунікативних навичок продемонстрували 6 дітей (15%) із дистальним прикусом та 2 дітей (12%) із мезіальним, а низький рівень – у 2 дітей (5%) та 1 дитини (6%) відповідно.

Щодо стандартної методики, серед дітей 1 групи (4-6 років) високий рівень комунікативної складової мовлення продемонстрували 2 дітей (29%) із дистальним прикусом та 1 дитина (25%) із мезіальним прикусом. Достатнього рівня досягли 2 дітей (29%) із дистальним прикусом та 1 дитина (25%) із мезіальним. Середній рівень виявлено у 2 дітей (29%) із дистальним та 1 дитини (25%) із мезіальним прикусом, а низький рівень – у 1 дитини (13%) з дистальним прикусом та 1 дитини (25%) із мезіальним.

У 2 групі (6-10 років) високий рівень сформованості комунікативної складової мовлення спостерігався у 3 дітей (33%) із дистальним прикусом та 2 дітей (40%) із мезіальним прикусом. Достатнього рівня досягли 3 дітей (33%) із дистальним прикусом та 1 дитина (20%) із мезіальним. Середній рівень сформованості комунікативних навичок виявлено у 2 дітей (22%) із дистальним прикусом та 1 дитини (20%) із мезіальним, а низький рівень – у 1 дитини (11%) та 1 дитини (20%) відповідно.

Результати дослідження засвідчили, що використання експериментальної методики сприяло значно кращому розвитку комунікативної складової мовлення у дітей із дистальним та мезіальним прикусами порівняно зі стандартною методикою.

За експериментальною методикою у більшості дітей спостерігався високий або достатній рівень сформованості комунікативних навичок. Зокрема, серед дітей 4-6 років високого рівня досягли 49% із дистальним прикусом та 50% із мезіальним, тоді як за стандартною методикою цей показник становив лише 29% та 25% відповідно. Аналогічна тенденція простежувалася у групі 6-10 років: високий рівень сформованості за експериментальною методикою виявлено у 49% дітей із дистальним

прикусом та 53% із мезіальним, тоді як за стандартною методикою – лише у 33% та 40% відповідно.

Також варто зазначити, що середній і низький рівні комунікативної складової мовлення за стандартною методикою зустрічалися частіше, ніж за експериментальною. Це свідчить про недостатню ефективність традиційних підходів до корекційної роботи у дітей із порушеннями прикусу.

Отже, результати дослідження підтверджують доцільність застосування експериментальної методики для розвитку комунікативної складової мовлення у дітей із дистальним і мезіальним прикусами, що дозволяє досягти кращих результатів у порівнянні зі стандартною методикою. Стан сформованості комунікативної складової мовлення у обох досліджуваних групах після 12 місяців корекційної роботи за експериментальною та стандартною методиками представлено у таблицях 3.17 та 3.18.

Таблиця 3.17.

Стан сформованості комунікативної складової мовлення після використання експериментальної та стандартної методик корекції у дітей 1-ї групи (4-6 років)

Рівні сформованості комунікативної складової	Експериментальна методика (43 дитини)				Стандартна методика (11 дітей)			
	Дистальний прикус (n=29)		Мезіальний прикус (n=14)		Дистальний прикус (n=7)		Мезіальний прикус (n=4)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Високий	14	48%	7	50%	2	29%	1	25%
Достатній	9	31%	4	29%	2	29%	1	25%
Середній	5	17%	2	14%	2	29%	1	25%
Низький	1	4%	1	7%	1	13%	1	25%

Таблиця 3.18.

Стан сформованості комунікативної складової мовлення після використання експериментальної та стандартної методик корекції у дітей 2-ї групи (6-10 років)

Рівні сформованості комунікативної складової	Експериментальна методика (56 дітей)				Стандартна методика (14 дітей)			
	Дистальний прикус (n=39)		Мезіальний прикус (n=17)		Дистальний прикус (n=9)		Мезіальний прикус (n=5)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Високий	19	49%	9	53%	3	33%	2	40%
Достатній	12	31%	5	29%	3	33%	1	20%
Середній	6	15%	2	12%	2	22%	1	20%
Низький	2	5%	1	6%	1	11%	1	20%

Результативність проведення корекційних заходів визначалася також зменшенням термінів корекційної допомоги за експериментальною методикою у порівнянні зі стандартною методикою надання логопедичної допомоги дітям із порушеннями мовлення органічного генезу. Терміни корекційної роботи з дітьми 1 групи вказані у таблиці 3.19.

Таблиця 3.19.

Терміни корекційної роботи з дітьми 1 групи (4-6 років)

№/п	Кількість Осіб	Терміни корекційної роботи (місяці)	Результати корекційної роботи			
			Дистальний прикус		Мезіальний прикус	
			абс.	%	абс.	%
1-а підгрупа (експериментальна методика)	43	<6	7	24,13	1	7,14
		6-12	21	72,41	12	85,71
		≥12	1	3,45	1	7,14
2-а підгрупа (стандартна методика)	11	<6	-	-	-	-
		6-12	5	71,42	2	50,0
		≥12	2	28,57	2	50,0

Аналізуючи результати корекційної роботи залежно від термінів її проведення та виду прикусу, встановлено, що серед дітей 1-ї підгрупи, які отримували допомогу за експериментальною методикою, у випадках дистального прикусу 7 дітей (24,13%) завершили корекцію за менш ніж 6 місяців, 21 дитина (72,41%) – за 6–12 місяців, і лише 1 дитина (3,45%) – за понад 12 місяців. У дітей із мезіальним прикусом у цій підгрупі 1 дитина (7,14%) завершила корекцію за менш ніж 6 місяців, 12 дітей (85,71%) – за 6–12 місяців, і ще 1 дитина (7,14%) потребувала понад 12 місяців корекційної роботи.

У 2-й підгрупі, яка використовувала стандартну методику, у випадках дистального прикусу жодна дитина не завершила корекцію за менш ніж 6 місяців, 5 дітей (71,42%) досягли результатів за 6–12 місяців, а 2 дитини (28,57%) – за понад 12 місяців. Для мезіального прикусу 2 дитини (50%) завершили корекцію за 6–12 місяців, а ще 2 дитини (50%) – за понад 12 місяців.

Таким чином, експериментальна методика корекції виявилася більш ефективною порівняно зі стандартною, оскільки значно більша частка дітей досягала позитивних результатів у коротші терміни, особливо в період від 6 до 12 місяців. При цьому стандартна методика потребувала більш тривалого часу для досягнення аналогічних результатів, що свідчить про її нижчу ефективність, особливо у випадках дистального прикусу. Терміни корекційної роботи з дітьми 2 групи вказані у таблиці 3.20.

Таблиця 3.20.

Терміни корекційної роботи з дітьми 2 групи (6-10 років)

№/п	Кількість Осіб	Терміни корекційної роботи (місяці)	Результати корекційної роботи			
			Дистальний прикус		Мезіальний прикус	
			абс.	%	абс.	%

Продовження таблиці 3.20.

1-а підгрупа (експериментальна методика)	56	<6	5	12,82	2	11,76
		6-12	31	79,49	13	76,47
		≥12	3	7,69	2	11,76
2-а підгрупа (стандартна методика)	14	<6	1	11,11	-	-
		6-12	7	77,78	3	60,0
		≥12	1	11,11	2	40,0

Аналіз термінів корекційної роботи з дітьми другої вікової групи (6–10 років) показав, що використання експериментальної методики забезпечило ефективніші результати в коротші терміни порівняно зі стандартною методикою. У першій підгрупі, де застосовувалася експериментальна методика, 5 дітей (12,82%) із дистальним прикусом і 2 дітей (11,76%) із мезіальним прикусом досягли позитивних результатів менш ніж за 6 місяців. У період від 6 до 12 місяців ці показники зросли до 31 дитини (79,49%) і 13 дітей (76,47%) відповідно. Для досягнення результатів за більш ніж 12 місяців потрібно було лише 3 дітям (7,69%) із дистальним прикусом і 2 дітям (11,76%) із мезіальним прикусом.

У другій підгрупі, де використовувалася стандартна методика, результати були менш оптимістичними. Тільки 1 дитина (11,11%) із дистальним прикусом досягли успіху менш ніж за 6 місяців, тоді як дітей із мезіальним прикусом у цей термін не було. У період від 6 до 12 місяців позитивних змін досягли 7 дітей (77,78%) із дистальним прикусом і 3 дитини (60%) із мезіальним прикусом. Корекція понад 12 місяців знадобилася 1 дитині (11,11%) із дистальним прикусом і 2 дітям (40%) із мезіальним прикусом.

Таким чином, експериментальна методика демонструє значно вищу ефективність, дозволяючи досягти позитивних змін у більшості випадків у

термін від 6 до 12 місяців, тоді як стандартна методика потребує тривалішого періоду для досягнення аналогічних результатів.

Аналіз термінів корекційної роботи в обох вікових групах (4–6 років і 6–10 років) показав, що експериментальна методика є ефективнішою, ніж стандартна. У першій групі дітей (4–6 років) позитивні результати корекції при використанні експериментальної методики досягалися переважно в термін від 6 до 12 місяців: 72,41% для дистального прикусу і 85,71% для мезіального. Корекція, що тривала понад 12 місяців, знадобилася лише для поодиноких випадків. Стандартна методика в цій віковій групі була менш ефективною, адже результати в термін від 6 до 12 місяців спостерігалися лише у 71,42% дітей із дистальним прикусом і 50% із мезіальним, а корекція понад 12 місяців потребувалася значно частіше.

У другій віковій групі (6–10 років) тенденції були подібними. За експериментальною методикою більшість позитивних результатів досягалися в термін від 6 до 12 місяців: 79,49% дітей із дистальним прикусом і 76,47% із мезіальним. Менше ніж за 6 місяців вдалося скоригувати стан у 12,82% і 11,76% дітей відповідно. Для стандартної методики показники були гіршими: лише 77,78% дітей із дистальним прикусом і 60% із мезіальним досягли позитивних змін за 6–12 місяців, а корекція понад 12 місяців знадобилася 40% дітей із мезіальним прикусом.

Таким чином, експериментальна методика корекції не лише забезпечила кращі результати, але й дозволила значно скоротити тривалість корекційної допомоги, особливо у дітей із дистальним прикусом. Стандартна методика вимагає більше часу для досягнення аналогічних результатів і є менш ефективною.

Висновки до третього розділу

Надання інтегративної допомоги особам із порушеннями мовлення органічного генезу вимагає створення комплексу психолого-педагогічних умов, спрямованих на забезпечення ефективного розвитку мовленнєвих

навичок і сприяння соціальній адаптації. Інтегративна допомога передбачає залучення фахівців різного профілю (логопедів, психологів, педагогів, лікарів) та використання комплексних методів роботи, спрямованих на подолання мовленнєвих розладів.

У ході проведення експерименту нами було виділено декілька основних психолого-педагогічних умов для вдалої корекції при наявних порушеннях мовлення та зубощелепної системи. До комплексу психолого-педагогічних умов відносили: організаційно-педагогічні умови (створення комунікативного середовища, інтеграція логопедичної роботи у загальноосвітній процес, співпраця педагогів, логопедів та психологів, робота з батьками); технологічні умови (логопедичне діагностування, використання інформаційних технологій, залучення альтернативних методів корекції); внутрішні, суб'єктивні педагогічні умови (усвідомлення необхідності логопедичної допомоги, самоаналіз і самооцінка, мотивація до мовленнєвої діяльності, формування впевненості у власних можливостях).

Надання інтегративної логопедичної допомоги особам із порушеннями мовлення органічного генезу потребує комплексного підходу. Врахування всіх вищезазначених умов сприятиме успішній корекції мовлення, розвитку комунікативних навичок та соціалізації осіб із мовленнєвими розладами. Поєднання організаційно-педагогічних, технологічних та суб'єктивних умов дозволяє досягати максимально ефективних результатів у логопедичній роботі.

Корекція мовленнєвих розладів у дітей із порушеннями зубощелепної системи вимагає інтегративного підходу, що включає логопедичну корекцію, психологічну підтримку, активну участь батьків у корекційному процесі, а також медичне втручання у вигляді тейпування та ортодонтичного лікування. Інтегративний підхід дозволяє впливати на всі аспекти мовленнєвого розвитку дитини, враховуючи її фізіологічні особливості, когнітивні здібності, емоційний стан та соціальну адаптацію.

Саме тому, головна мета формувального експерименту – розробити, теоретично обґрунтувати та апробувати експериментальну методику інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги дітям із порушеннями мовлення та зубощелепної системи. Методика була розроблена з урахуванням вікових особливостей, ступеню розвитку артикуляційного апарату та зубощелепної системи, базувалася на складових впливу відповідно до визначених раніше критеріїв сформованості мовлення (анатомо-фізіологічної, фонетико-фонематичної, лексично-граматичної та комунікативної складових).

Наша експериментальна методика складалася з трьох етапів: підготовчого (адаптаційно-діагностичного), основного (корекційно-реабілітаційного) та заключного (контрольно-оцінювального) етапів. Кожний етап мав власну мету, а також напрями, зміст, методи і прийоми логопедичного впливу, однак усі вони підпорядковані загальному завданню – розвитку комунікативних навичок осіб із порушеннями мовлення та зубощелепної системи. Усі етапи роботи взаємопов'язані, що зумовлено принципами системного та поетапного підходів у корекційно-педагогічному процесі.

Ефективна корекція мовлення дітей із порушеннями зубощелепної системи вимагає інтегративного підходу. Включення логопедичної роботи, психологічної підтримки, роботи з батьками та медичних методів (тейпування, ортодонтичного лікування) дозволяє досягти максимально позитивного результату. Завдяки правильному підбору вправ, регулярній практиці та тісній співпраці з родиною дитина отримує всі необхідні умови для формування правильного мовлення та комунікативних навичок. Таким чином, інтегративний підхід, що включає логопедичні, ортодонтичні, психологічні та педагогічні методи, забезпечує найкращі умови для розвитку мовлення та соціальної адаптації дітей.

Перед початком корекційної роботи логопед детально вивчав стан мовлення. Під час вивчення стану звуковимови оцінювалася вимова голосних та приголосних звуків за різними методиками: ізольовано, у складах, словах,

фразях та текстах; на початку, у середині чи в кінці слова; при збігу приголосних або повтореннях звуку. Слова використовувались з різною складовою структурою.

Рівень сформованості навичок звуковимови виявлявся у зв'язному та відображеному мовленні дітей. Визначався характер порушень вимови голосних та приголосних звуків: змішування звуків, неправильна вимова, заміна на інші звуки, назалізованість ротових та неназалізованість носових звуків.

Усім дітям, що увійшли до 1-ї групи (їм надавалася інтегративна медико-психолого-педагогічна допомога) при відвідуванні логопеда були проведені загальні методи обстеження, поставлений попередній логопедичний діагноз, проведена оцінка вуздечок верхньої губи та язика, функціональна діагностика тону м'язів щелепно-лицевої ділянки, дослідження сформованості навичок звуковимови та дослідження мовленнєвого дихання. Дітям із наявними порушеннями зубощелепної системи дані направлення до ортодонта.

Ортодонт, у свою чергу, проводив детальне обстеження щелепно-лицевої ділянки, вуздечок губ та язика, визначав наявні у кожної дитини шкідливі звички, які могли призвести до появи порушень зубощелепної системи, вивчає параметри змикання верхньої і нижньої зубних дуг, звертав увагу на розміри та тонус язика. Дітям із встановленим попереднім ортодонтичним діагнозом знімалися відбитки щелеп, з яких надалі відливалися моделі щелеп для вивчення усіх необхідних для вибору ортодонтичного апарату біометричних даних. Дітей 6-10 років відправляли на панорамну рентгенографію, усі діти 1-ї та 2-ї групи проходили палатографію.

Для інтегративної допомоги 29 дітям із дистальним прикусом та 14 з мезіальним 1-ї групи (вік 4-6 років) була запропонована корекційна програма, що включала в себе використання модифікованих міогімнастичних вправ, тейпування щелепно-лицевої ділянки та використання вестибулярних

пластинок з козирком. Усі корекційні заходи призначалися тільки після проведення діагностики та встановлення остаточного діагноза. Упродовж перших 2-х тижнів носіння апарату призначалося по 15-20 хвилин у денний час. Після цього призначався комплекс артикуляційних вправ у поєднанні з тейпуванням та застосуванням вестибулярної пластинки протягом усієї ночі. Апарат призначався на термін до 10 місяців. Міогімнастичні вправи призначалися на термін до 6 місяців. Для розвитку кругового м'яза рота та нормалізації положення язика додатково виконувались міогімнастичні вправи зі спеціальними апаратами. Дитина мала стиснути апарат губами і потягнути пальцем за кільце апарата. Вестибулярна пластинка при цьому повинна розташовуватися між верхньою та нижньою губами.

39 дітям із дистальним прикусом та 17 із мезіальним 2-ї групи (вік 6-10 років), що дотримувалися корекційного маршруту за експериментальною методикою, було призначено комплекс міогімнастичних вправ, тейпування та носіння апарату на верхню щелепу із гвинтом та петлями Рудольфа при дистальному прикусі, а також апарату на верхню щелепу із гвинтом Бертоні при мезіальному прикусі. Гвинти рекомендовано було розкручувати 2-3 рази на тиждень. Передбачена тривалість лікування 12-16 місяців.

Щодо 11 дітей з тимчасовим прикусом та 14 дітей зі змінним прикусом, тобто тих, що увійшли до 2-ї групи та проходили виключно логопедичну корекцію, для роботи з ними застосовувалися усі стандартні методики логопедичного впливу для корекції дислалії та ринолалії. Ортодонтичне лікування не проводилося.

Оцінку ефективності експериментальної методики інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги особам із порушеннями мовлення органічного генезу проводили за комплексними показниками. Отже, оцінювалися показники артикуляційної моторики, зв'язного мовлення та інших показників у динаміці. Важливим було визначення не тільки позитивних зрушень при використанні експериментальної методики, але і

потенційне скорочення строків корекційної роботи при порушеннях мовлення та зубощелепної системи.

Дані про артикуляційну моторику дітей двох вікових груп до і після корекції демонструють значні покращення у показниках після проведення корекційної роботи, особливо за експериментальною методикою. Отже, експериментальна методика виявилася значно ефективнішою порівняно зі стандартною, забезпечуючи високий відсоток дітей із нормальними показниками артикуляційної моторики після корекційної роботи.

Результати оцінювання звуковимови у дітей 1-ї та 2-ї груп до і після проведення корекційної роботи демонструють значний прогрес після використання експериментальної методики. Таким чином, експериментальна методика демонструє суттєво вищу ефективність у нормалізації звуковимови у дітей обох вікових груп порівняно зі стандартною методикою.

Результати оцінювання мовленнєвого дихання у дітей 1-ї та 2-ї груп до і після корекційної роботи свідчать про помітні зміни, зокрема суттєве покращення після застосування експериментальної методики.

Ефективність експериментальної методики інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги доводили за допомогою клінічних, антропометричних, рентгенологічних та функціональних показників, визначення яких проводили до початку та протягом усього корекційного процесу.

Проводилася оцінка сформованості основних складових мовлення (анатомо-фізіологічної, фонетико-фонематичної, лексико-граматичної, комунікативної) як критеріїв мовленнєвої діяльності за рівнями, визначеними на етапі констатувального експерименту. Ефективність експериментальної методики визначали в залежності від покращення рівня сформованості кожної складової, що визначався після 12 місяців корекції за експериментальною та стандартною методиками. Оцінювання проводилося по блокам, що відповідали основним складовим мовлення (анатомо-фізіологічний, фонетико-фонематичний, лексико-граматичний,

комунікативний). Результати дослідження демонструють вищу ефективність експериментальної методики у порівнянні зі стандартною в корекції усіх складових мовлення у дітей із порушеннями мовлення та зубощелепної системи.

Аналіз термінів корекційної роботи в обох вікових групах (4–6 років і 6–10 років) показав, що експериментальна методика є ефективнішою, ніж стандартна. Таким чином, експериментальна методика логопедичної роботи з особами із порушеннями мовлення органічного генезу не лише забезпечила кращі результати, але й дозволила значно скоротити тривалість логокорекційної допомоги. Стандартна методика вимагає більше часу для досягнення аналогічних результатів і є менш ефективною.

ВИСНОВКИ

Проведене теоретичне та експериментальне дослідження щодо проблеми інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги особам із порушеннями мовлення органічного ґенезу дає змогу зробити такі висновки:

1. Здійснено теоретичний аналіз наукової літератури щодо надання інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги дітям із порушеннями мовлення та зубощелепної системи.

Відтак, можемо говорити про те, що багатоаспектність вирішення проблем корекції мовленнєвих порушень підтверджує взаємозалежність педагогічної, психологічної та медичної галузей до міждисциплінарної інтеграції, що включає в себе формування нових підходів інтегративного характеру. Але, на сьогоднішній день, недостатньо уваги приділяється саме інтегративному медико-психолого-педагогічному підходу до вирішення проблеми подолання наслідків наявних розладів мовлення органічного ґенезу.

На сучасному етапі особливого значення набуває визначення основних напрямів інтегративної логопедичної, психолого-педагогічної та медичної допомоги, що забезпечує психолого-педагогічний аналіз особливостей психічного і мовленнєвого розвитку, ефективність та результативність спільної роботи спеціалістів різних галузей. Логопедична робота може не дати бажаного результату без допомоги ортодонта. Існує пряма залежність якості звуковимови від будови й функціональної повноцінності зубощелепної системи й форми твердого піднебіння, стану органів, що беруть участь у мовленнєвій артикуляції. Знання про стан функціональної і морфологічної повноцінності зубощелепної системи, які частіше оцінює лікар-ортодонт, необхідні логопеду під час планування процесу подолання мовленнєвих порушень.

Аналіз літературних джерел дозволяє зробити висновок, що, нажаль, система допомоги особам із порушеннями мовлення органічного ґенезу в Україні не передбачає обов'язкового інтегративного медико-психолого-педагогічного підходу, тобто співпраці логопедів, ортодонтів, психологів та

соціальних працівників. Консультація таких фахівців надається лише за ініціативою батьків.

Нами також було уточнено зміст понять «інтегративна допомога», «порушення мовлення органічного генезу», «порушення зубощелепної системи».

Встановлено, що ефективна корекція мовленнєвих розладів, спричинених порушеннями зубощелепної системи, можлива лише за умови інтегративного медико-психолого-педагогічного підходу. Логопедична робота має бути спрямована на розвиток артикуляційної моторики, вдосконалення фонетичної та комунікативної складових мовлення та корекцію дихальних і жувальних функцій. Ортодонтична терапія є необхідною складовою при усуненні порушень прикусу і відновлення функціональності артикуляційного апарату. За показниками необхідне хірургічне втручання для усунення вроджених порушень піднебіння, що дозволяє значно покращити мовленнєву функцію дитини. Доведено важливість психологічної підтримки як дітей, так і їхніх батьків, оскільки рання корекція емоційного стану дитини сприяє її успішній соціальній адаптації, підвищенню впевненості в собі та ефективному засвоєнню мовленнєвих навичок.

Таким чином, міждисциплінарна інтеграція дуже важлива для досягнення максимально стійкого результату логопедичної роботи. Якісна логокорекційна допомога потребує інтегративного медико-психолого-педагогічного підходу при діагностиці стану мовленнєвого розвитку дитини, функціонування артикуляційного апарату та розробки методики корекційних заходів.

2. Охарактеризовано стан сформованості мовлення у дітей із порушеннями мовлення та зубощелепної системи та у дітей без порушень. Визначено критерії, показники та рівні сформованості мовленнєвих складових.

Формування мовлення є складним і багаторівневим процесом, який охоплює різні аспекти психофізіологічного розвитку людини. Для оцінки

рівня сформованості мовлення та ефективності інтегративної логокорекції було виокремлено основні критерії: анатомо-фізіологічний, фонетико-фонематичний, лексико-граматичний та комунікативний. Кожен із цих критеріїв має свої особливості, рівні оцінювання та характерні показники, які можуть спостерігатися у людей із розладами мовлення органічного генезу.

У нашому дослідженні було акцентовано увагу на визначення рівнів (високий, достатній, середній, низький) сформованості анатомо-фізіологічної, фонетико-фонематичної, лексико-граматичної та комунікативної складової як критеріїв оцінки сформованості мовлення дітей із порушеннями мовлення та зубощелепної системи. Кожен з цих критеріїв складає окремий блок, у якому показники сформованості мовлення відрізняються в залежності від наявних порушень мовлення та зубощелепної системи.

3. Визначено психолого-педагогічні умови надання інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги особам із порушеннями мовлення органічного генезу. У ході проведення експерименту нами було виділено основні психолого-педагогічні умови для ефективної логокорекції при наявних порушеннях мовлення та зубощелепної системи. До них відносимо: організаційно-педагогічні умови (створення комунікативного середовища, інтеграція логопедичної роботи у загальноосвітній процес, співпраця педагогів, логопедів та психологів, стоматологів-ортодонтів, робота з батьками); технологічні умови (логопедичне діагностування, використання інформаційних технологій, залучення альтернативних методів корекції); внутрішні, суб'єктивні педагогічні умови (усвідомлення необхідності логопедичної допомоги, самоаналіз і самооцінка, мотивація до мовленнєвої діяльності, формування впевненості у власних можливостях).

Надання логопедичної допомоги особам із порушеннями мовлення органічного генезу потребує інтегративного підходу. Врахування всіх вищезазначених умов сприятиме успішній логокорекції мовлення, розвитку комунікативних навичок та соціалізації осіб із мовленнєвими розладами.

Поєднання організаційно-педагогічних, технологічних та суб'єктивних умов дозволяє досягати максимально ефективних результатів у логопедичній роботі.

4. Розроблено, теоретично обґрунтовано та апробовано експериментальну методику інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги особам із порушеннями мовлення органічного генезу. Методика була розроблена з урахуванням вікових особливостей, ступеню розвитку артикуляційного апарату та зубощелепної системи, базувалася на складових впливу відповідно до визначених раніше критеріїв сформованості мовлення (анатомо-фізіологічної, фонетико-фонематичної, лексично-граматичної та комунікативної складових).

Експериментальна методика складалася з трьох етапів: підготовчого (адаптаційно-діагностичного), основного (корекційно-реабілітаційного) та заключного (контрольно-оцінювального) етапів. Кожний етап мав власну мету, а також напрями, зміст, методи і прийоми логопедичного впливу, однак усі вони підпорядковані загальному завданню - розвитку комунікативних навичок осіб із порушеннями мовлення та зубощелепної системи. Усі етапи роботи взаємопов'язані, що зумовлено принципами системного та поетапного підходів у корекційно-педагогічному процесі.

Ефективна корекція мовлення дітей із порушеннями зубощелепної системи вимагає інтегративного підходу. Включення логопедичної роботи, психологічної підтримки, роботи з батьками та медичних методів (тейпування, ортодонтичного лікування) дозволяє досягти максимально позитивного результату. Завдяки правильному підбору вправ, регулярній практиці та тісній співпраці з родиною дитина отримує всі необхідні умови для формування правильного мовлення та комунікативних навичок. Таким чином, інтегративний медико-психолого-педагогічний підхід, що включає логопедичні, ортодонтичні, психологічні та педагогічні методи, забезпечує найкращі умови для розвитку мовлення та соціальної адаптації дітей.

Оцінку ефективності експериментальної методики інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги особам із порушеннями мовлення органічного генезу проводили за комплексними показниками. Зокрема, оцінювалися показники артикуляційної моторики, зв'язного мовлення та інших показників у динаміці. Важливим було визначення не тільки позитивних зрушень при використанні експериментальної методики, але і потенційне скорочення строків корекційної роботи при порушеннях мовлення та зубощелепної системи.

Проводилася оцінка сформованості основних складових мовлення (анатомо-фізіологічної, фонетико-фонематичної, лексико-граматичної, комунікативної) як критеріїв мовленнєвої діяльності за рівнями, визначеними на етапі констатувального експерименту. Ефективність експериментальної методики визначали в залежності від покращення рівня сформованості кожної складової, що визначався після 12 місяців корекції за експериментальною та стандартною методиками. Оцінювання проводилося по блокам, що відповідали основним складовим мовлення (анатомо-фізіологічний, фонетико-фонематичний, лексико-граматичний, комунікативний). Результати дослідження демонструють вищу ефективність експериментальної методики у порівнянні зі стандартною в корекції усіх складових мовлення у дітей із порушеннями мовлення та зубощелепної системи. Аналіз термінів корекційної роботи в обох вікових групах (4–6 років і 6–10 років) показав, що експериментальна методика є ефективнішою, ніж стандартна.

Таким чином, експериментальна методика логопедичної роботи з особами із порушеннями мовлення органічного генезу не лише забезпечила кращі результати, але й дозволила значно скоротити тривалість логокорекційної допомоги. Стандартна методика вимагає більше часу для досягнення аналогічних результатів і є менш ефективною.

Проведене дослідження не вичерпує всіх аспектів поставленої проблеми. Подальша перспектива дослідження полягатиме в організації

інтегративної логопедичної допомоги дітям шкільного віку з порушеннями мовлення органічного генезу та у розширенні корекційного маршруту, залученні до нього гнатологів та невропатологів для досягнення більш розширених результатів щодо подолання мовленнєвих розладів органічного генезу шляхом надання інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Андрієвська, В. В. (2018). *Формування комунікативної компетентності у дітей з особливими освітніми потребами*. Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 17, 13–20.
2. Базима, Н. В. (2014). *Створення мовленнєвого середовища як умова формування мовленнєвої активності у дітей зі спектром аутистичних порушень*. Науковий часопис НПУ імені МП Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія № 28. С. 5-8.
3. Мартиненко, І. В., Базима, Н. В., Качуровська, О. Б., Коломієць, Ю. В. (2018). *Особливості психолого-педагогічного супроводу дитини з труднощами в навчанні в інклюзивному освітньому просторі*. НПУ імені МП Драгоманова
4. Бондаренко Н. І. (2016). *Індивідуальні програми корекції мовлення у дітей із органічними ураженнями мозку*. Львів: Світ.
5. Берник, Т. Л. (2004). *Перші спроби надання логопедичної допомоги особам з мовленнєвими порушеннями*. Дефектологія, 3, 48-52.
6. Бондар, В. І., Золотоверх, В. М., Селіверстов, В. С., Федоренко, С. І., Шевченко, О. В., & Ярмаченко, М. Д. (2008). *Основи спеціальної педагогіки*. Київ: Либідь.
7. Вербовська, Л. В. (2016). *Інноваційні підходи до реалізації інклюзивної освіти в Україні*. Вісник Житомирського державного університету імені Івана Франка, 4, 70–74.
8. Войтенко, С. А. (2015). *Корекція мовленнєвих порушень у дітей із зубощелепними аномаліями: теорія та практика*. Львів: Видавництво "Технопринт".
9. Волкова Л. С. (2005). *Основи логопедії: навчальний посібник*. Київ: Вища школа.
10. Гавриленко Т. О. (2016). *Порушення мовлення органічного ґенезу: аспекти діагностики та корекції*. Київ: Логос.

11. Гаврилюк, Н. О. (2019). *Розвиток інклюзивної освіти в Україні: виклики та перспективи*. Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія, 36, 25–31.
12. Глущенко, І. Б. (2011). *Діагностика та корекція мовних порушень у дітей із зубощелепними аномаліями*. Київ: Логос.
13. Головка, Н. В. (2005). *Профілактика зубощелепних аномалій*. Вінниця: Нова Книга.
14. Головка, Н. В. (2008). *Ортодонтія*. Вінниця: Нова книга.
15. Гончаренко Т. М. (2021). *Особливості нейропсихологічного супроводу дітей із мовленнєвими порушеннями органічного генезу*. Харків: Вид-во НУП.
16. Данилюк, І. М. (2017). *Соціалізація дітей з особливими потребами в умовах інклюзивного навчання*. Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології, 6, 25–31. <https://doi.org/10.24139/2312-5993/2017.06/025-031>
17. Данілавічюте Е. А. (2024). *Фонематика і читання: визначення та подолання труднощів у молодших школярів з особливими мовленнєвими потребами*. Тези доповідей Конгресу, 97–102.
18. Дорошенко, О. М., Лихота, К. М., Дорошенко, М. В., & Біда, О. В. (2015). *Дослідження функціонального стану жувальних м'язів у пацієнтів різних вікових груп із сагітальними аномаліями прикусу*. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика, 24(2), 58-63.
19. Дрогомирецька, М. С., Сухомлинова, Т. Я., Якимець, А. В., Лепорський, Д. В., Амеліна, Н. В., & Мельник, І. В. (2008). *Вплив етіологічних чинників на розвиток дистального прикусу у дітей*. Дентальні технології, 3(38), 45-46.
20. Жукова І. М. (2018). *Клінічні підходи до діагностики порушень мовлення органічного генезу у дітей*. Харків: Видавництво "Фактор".
21. Зайцева, М. О. (2007). *Аномалії зубощелепної системи у дітей: корекція мовленнєвих порушень та реабілітація*. Харків: Вища школа.
22. Захарова Н. В. (2014). *Мовленнєві порушення при органічних ураженнях нервової системи: сучасний стан та перспективи корекції*. Чернівці: Букрек.

23. Зубкова, Л. П., & Хорошилкина, Ф. Я. (1993). *Лечебно-профилактические мероприятия в ортодонтии*. Киев: Здоров'я.
24. Іяд, Н. А. (2012). *Морфологічні та функціональні зміни в зубощелепній ділянці у ортодонтичних пацієнтів із вкороченням вуздечки язика I, II та III видах*: дисертація на здобуття наукового ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.22 «Стоматологія». Полтава.
25. Карасюнок, А. Є. (2010). *Підвищення мотивації та ефективності ортодонтичного лікування зубощелепних аномалій у дітей у змінному прикусі*: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.22. Полтава.
26. Коваленко Т. С. (2013). *Особливості мовленнєвих порушень у дітей із органічними ураженнями ЦНС*. Харків: Освітній центр.
27. Колупаєва, А. А. (2011). *Інклюзивна освіта: реалії та перспективи*. Київ: Видавничий дім «Шкільний світ».
28. Конопляста, С. Ю. (2001). *Вроджені щілини піднебіння та їх вплив на психофізичний розвиток дитини*. Педагогіка та методики спеціальні: Зб. наук. ст. НПУ ім. М.П. Драгоманова, I, 193.
29. Конопляста, С. Ю. (2010). *Психолого-педагогічні основи комплексної корекції мовленнєвого розвитку дітей з ринолалією*. Київ: МП Драгоманова.
30. Конопляста, С. Ю. (2010). *Логопсихологія: навч. посіб. (за ред. М. К. Шеремет)*. Київ: Знання.
31. Костик, С. А. (2014). *Особливості логопедичної роботи при формуванні звуковимови в дітей з аномаліями зубощелепної системи*. Таврійський вісник освіти, 4(48), 79-83.
32. Крамаренко, Т. Г., & Марчук, О. В. (2021). *Становлення педагогів для інклюзивного середовища: український контекст*. Науковий вісник Миколаївського національного університету імені В. О. Сухомлинського. Серія: Педагогічні науки, 1, 14–19.
33. Крук Г. А. (2018). *Функціональні мовленнєві розлади у дітей із органічними порушеннями мозку*. Тернопіль: Навчальна книга – Богдан.

34. Кисіль, Г. М. (2012). *Медико-педагогічний підхід до лікування мовленнєвих розладів у дітей з дефектами зубощелепної системи*. Київ: Освітній портал.
35. Кириченко О. В. (2015). *Комплексна реабілітація дітей із порушеннями мовлення органічного генезу*. Львів: Технопринт.
36. Куделя, І. М. (2021). *Корекція порушень звуковимови у дітей із деформаціями зубощелепної системи*. Херсон.
37. Куроєдова, В. Д., Дмитренко, М. І., Макарова, О. М., & Стасюк, О. А. (2016). *Зрозуміла ортодонтія*. Полтава.
38. Куроєдова, В. Д., & Дмитренко, М. І. (2003). *Сучасні методи профілактики зубощелепних аномалій і деформацій*. Світ ортодонтії, 1(4), 6-9.
39. Куценко, Т. П. (2018). *Функціональні порушення мовлення у дітей з аномаліями зубощелепної системи: корекційна робота та реабілітація*. Харків: Видавництво "Фактор".
40. Куценко Т. П. (2020). *Психолого-педагогічна корекція мовленнєвих порушень органічного генезу*. Київ: Генеза.
41. Левченко, С. М., & Таранченко, О. М. (2006). *Інклюзивна освіта: теорія та практика*. Київ: Педагогічна думка.
42. Левченко, О. І. (2008). *Теоретичні аспекти мовленнєвого розвитку дітей із аномаліями зубощелепної системи*. Одеса: ОНУ ім. І. І. Мечникова.
43. Левченко С. М. (2016). *Логопедична робота з дітьми із сенсомоторною алалією органічного походження*. Львів: Видавництво ЛНУ ім. І. Франка.
44. Лисенко, Л. М., & Петренко, Т. О. (2020). *Використання адаптивних технологій у навчанні дітей із особливими освітніми потребами*. Освіта регіону, 2, 59–65.
45. Лисенко О. П. (2014). *Діагностика та корекція фонетико-фонематичних порушень у дітей із органічними ураженнями нервової системи*. Київ: Літера ЛТД.

46. Лихота, К. М., & Петриченко, О. В. (2012). *Профілактика і раннє лікування сагітальних зубощелепних аномалій*. Український стоматологічний альманах, 2(2), 91-92.
47. Лук'яненко, А. В. (2021). *Теоретичні основи інтеграції медико-психологічної та педагогічної складових комплексної реабілітації осіб із зубощелепними порушеннями*. Матеріали VII міжнародного конгресу зі спеціальної педагогіки та психології «Діти з особливими потребами: від рівних прав до рівних можливостей». Київ, 7-8 жовтня.
48. Лук'яненко, А. В. (2022). *Характеристика порушень мовлення органічного ґенезу: причини та симптоматика*. Таврійський національний університет імені В. І. Вернадського: Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції «Традиції та новації у сфері педагогіки та психології». Київ, 4-5 лютого.
49. Лук'яненко, А.В. (2022). *Нейропсихолінгвістичні механізми порушень мовлення органічного ґенезу у дітей*. Інститут спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України: Вип. № 20. Науково-методичний збірник «Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови».
50. Лук'яненко, А. В. (2022). *Особливості надання медико-психолого-педагогічної допомоги особам із порушеннями зубощелепної системи та мовлення засобами онлайн-комунікацій*. IV International Scientific and Practical Conference «THEORETICAL AND EMPIRICAL SCIENTIFIC RESEARCH: CONCEPT AND TRENDS», с. 111-113. Oxford, UK, October 14.
51. Лук'яненко, А. В. (2022). *Шкідливі звички як одна з причин появи мовленнєвих порушень та розладів зубощелепної системи у дітей дошкільного віку*. VI Міжнародна науково-практична конференція «Multidisciplinary scientific notes. Theory, history and practice». Едмонтон, Канада, 1-4 листопада.
52. Лук'яненко, А. В. (2024). *Діагностика стану мовленнєвої діяльності при порушеннях зубощелепної системи*. XVII Міжнародна науково-практична

конференція «Scientific trends in the development of education in universities», Афіни, Греція, 24-27 грудня 2024 р.

53. Лук'яненко, А. В. (2025). *Research on articulatory motor skills in the context of integrative medical, psychological, and pedagogical support for children with speech and maxillofacial disorders*. II Міжнародна науково-практична конференція «Innovative technologies for training and educating young people», Бостон, США, 14-17 січня 2025 р.

54. Лук'яненко, А. В. (2025). *Оцінка ефективності надання інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги дітям із порушеннями мовлення органічного ґенезу*. International Science Journal of Education & Linguistics №1.

55. Макаренко, Л. К. (2015). *Педагогічні основи корекції мовних порушень у дітей з дефектами зубощелепної системи*. Київ: Інтерсервіс.

56. Макаренко Л. К. (2015). *Методи лікування дітей із мовленнєвими порушеннями органічного ґенезу*. Київ: Освітній портал.

57. Маланчук, В. О., Борисенко, А. В., Фліс, П. С., та ін. (2009). *Основи стоматології*. Київ: Медицина.

58. Мартиненко, І. В. (2007). *Логопедія: теорія і практика корекційної роботи* (навч. посіб.). Київ: КНТ.

59. Мартиненко І. В. (2007). *Логопедія: дислалія та дизартрія у дітей із органічними ураженнями*. Київ: КНТ.

60. Микитенко, О. М. (2010). *Психологічна корекція мовленнєвих порушень у дітей з порушеннями зубощелепної системи*. Чернівці: Чернівецький національний університет.

61. Миронова С. П., Гуцал Л. Л. (2010). *Корекція заїкання у молодших школярів*. Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка.

62. Міщенко, Л. І. (2011). *Порушення мовлення в дітей з аномаліями зубощелепної системи та їх корекція*. Харків: Видавництво "Фактор".

63. Назаренко, І. М. (2019). *Медико-психологічна реабілітація осіб із мовними порушеннями органічного генезу та порушеннями зубощелепної системи*. Суми: Сумський державний університет.
64. Назаренко І. М. (2019). *Методи нейропсихологічної корекції мовлення при органічних ураженнях нервової системи*. Суми: СумДУ.
65. Неміш, Т. Ю. (2005). *Біометрична характеристика динаміки розвитку зубних рядів у дітей із тяжкими порушеннями мовлення центрального походження*. Новини стоматології, 1(42), 18-22.
66. Олійник, Т. В. (2009). *Методики корекції мовних порушень у дітей із зубощелепними аномаліями: теоретичні та практичні аспекти*. Одеса: ОНУ ім. І. І. Мечникова.
67. Олійник Т. В. (2009). *Корекційна робота з дітьми із мовними порушеннями органічного генезу*. Одеса: ОНУ ім. І. І. Мечникова.
68. Олійник, В. М. (2015). *Стратегії впровадження інклюзивного навчання в сучасній Україні*. Вісник Черкаського університету. Серія: Педагогічні науки, 15, 72–76.
69. Омельченко І.М., Кобильченко В.В. (2023). *Генеza соціального інтелекту в дошкільному віці: теоретичний дискурс*. Габітус. №49. С.69-75.
70. Орлова, Н. В. (2017). *Інтегративна терапія мовленнєвих розладів у дітей з зубощелепними деформаціями*. Київ: Літера ЛТД.
71. Пахомова, Н. Г. (2006). *Загальнотеоретичні аспекти інтеграції педагогічних, психологічних і медичних складових професійної підготовки логопедів*. Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки) (Вип. III, ред. В.М. Синьова, О.В. Гаврилова, с. 180-189). Кам'янець-Подільський: ПП Медобори.
72. Пахомова, Н. Г. (2012). *Діагностика мовленнєвої готовності дітей старшого дошкільного віку з дизартрією до навчання в школі: Навчально-методичний посібник для студентів вищих навчальних закладів*. Полтава: ТОВ «АСМІ».

73. Пахомова, Н. Г. (2009). *Основи психолінгвістики*. Полтава: ТОВ «АСМІ».
74. Пахомова, Н. Г. (2017). *Актуалізація інтегративних медико-психологічних і педагогічних знань при підготовці фахівця до роботи в умовах інклюзії*. Науковий вісник Ізмаїльського державного гуманітарного університету: Зб. наукових праць (Серія «Педагогічні науки»), 36, 174-179. Ізмаїл: РВВ ІДГУ.
75. Пахомова, Н. Г. (2018). *Актуальні проблеми спеціальної освіти: навч. посіб. для студентів спец. 016 "Спеціальна освіта"*. Полтав. нац. пед. ун-т ім. В. Г. Короленка. Полтава: АСМІ.
76. Пахомова, Н. Г., Смаглюк, Л. В., & Трофименко, М. В. (2019). *Комплексний медико-психолого-педагогічний підхід у корекційній роботі з дітьми із зубощелепними аномаліями та деформаціями*. Хрестоматія з логопедії: навчальний посібник (заг. ред. М. К. Шеремет, с. 88-93). Київ: Видавництво «Книга-плюс».
77. Пахомова, Н. Г., & Пахомова, В. А. (2019). *Нейропсихолінгвістичні аспекти реабілітації осіб із порушеннями мовлення органічного ґенезу*. Корекційно-реабілітаційна діяльність в сучасному освітньому просторі: монографія (заг. ред. Боряк, О.В., Дегтяренко, Т.М., с. 184-199). Суми: Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка.
78. Пахомова, Н. Г. (2020). *Комплексна допомога особам із зубощелепними порушеннями: Матеріали IV Всеукраїнської науково-практичної конференції «Інноваційні підходи в освіті та реабілітації дітей із особливими освітніми потребами»*. Київ, 14-15 травня, 73-76.
79. Пахомова, Н. Г., & Лук'яненко, А. В. (2021). *Комплексний підхід до діагностики мовленнєвих порушень органічного ґенезу*. Науковий журнал Хортицької національної академії, 5. <https://doi.org/10.51706/2707-3076-2021-5-12>.
80. Пахомова, Н. Г., & Лук'яненко, А. В. (2021). *Інтегративна медико-психолого-педагогічна допомога особам із порушеннями зубощелепної*

системи: історичні передумови та сучасний стан. Науковий вісник Південноукраїнського національного педагогічного університету імені К.Д. Ушинського, 3(136), 135-142. <https://doi.org/10.24195/2617-6688-2021-3-18>.

81. Пахомова, Н. Г., & Лук'яненко, А. В. (2022). *Особливості надання інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги особам із порушеннями зубощелепної системи та розладами мовлення.* II International Scientific and Theoretical Conference «CURRENT ISSUES OF SCIENCE, PROSPECTS AND CHALLENGES». Sydney, Australia, June 10.

82. Пахомова, Н. Г., Баранець, І. В., Лук'яненко, А. В., Лещій, Н. П., Качуровська, О. Б., Березан, О. І., Олефір, О. І. (2022). *Комплексна реабілітація дітей із сенсорними та інтелектуальними порушеннями.* Світ медицини та біології № 2 (80).

83. Піканова Н.В., Омельченко І.М., Кобильченко В.В. (2021). *Особливості ресурсного компонента соціалізованості в старших дошкільників із загальним недорозвитком мовлення.* Інноваційна педагогіка. №38. С. 80-85. <https://doi.org/10.32843/2663-6085/2021/38.16>.

84. Петренко О. В. (2017). *Логопедична корекція при дизартрії у дітей із органічними ураженнями мозку.* Вінниця: Нова книга.

85. Петриченко, О. В. (2013). *Клінічні аспекти профілактики мовних порушень у дітей із зубощелепними аномаліями.* Матеріали I Українського ортодонтичного конгресу «Новітні технології в ортодонтії» (с. 106-108). Київ.

86. Петриченко, О. В. (2014). *Клінічні аспекти профілактики мовних порушень у дітей із зубощелепними аномаліями.* Проблеми військової охорони здоров'я, 41, 282-288.

87. Петриченко, О. В. (2015). *Ефективність комплексного підходу в корекції зубощелепних аномалій у дітей із мовними порушеннями.* Проблеми військової охорони здоров'я: Зб. наук. пр. Української військовомед. акад., 43, 193-198.

88. Петриченко, О. В. (2016). *Клінічна характеристика щелепно-лицевої ділянки ортодонтичних пацієнтів із порушеннями мовлення*. Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П. Л. Шупика, 25, 491-496.
89. Петриченко, О. В. (2017). *Особливості будови зубощелепної ділянки ортодонтичних пацієнтів із мовними порушеннями*. Проблеми військової охорони здоров'я: Зб. наук. пр. Української військовомед. акад., 47, 222-225.
90. Петриченко О. В. (2020). *Комплексний підхід до реабілітації мовленнєвих порушень у дітей із органічними ураженнями мозку*. Київ: Медична освіта.
91. Полякова, О. С. (2013). *Психолого-педагогічні аспекти корекції мовленнєвих порушень у дітей з зубощелепними аномаліями*. Харків: Освітній центр.
92. Полякова О. С. (2018). *Логопедична допомога дітям із порушеннями мовлення органічного ґенезу*. Харків: Ранок.
93. Пугач, А. П. (2020). *Методичні основи підготовки педагогів до роботи в інклюзивному середовищі*. Наукові записки. Серія: Педагогіка, 195, 57–63.
94. Савчук, І. В. (2015). *Псевдоінтеграція як виклик сучасній інклюзії*. Інноваційні технології в освіті та науці, 3, 47–52.
95. Свириденко, Л. І. (2014). *Психологічні та педагогічні аспекти інтегративного підходу до лікування мовних порушень у дітей із дефектами зубощелепної системи*. Чернівці: Видавництво "Університетська книга".
96. Сергєєва, І. В. (2006). *Логопедична допомога в системі освіти України*. Хрестоматія з логопедії (с. 33-36). Київ: КНТ.
97. Сидоренко І. Г. (2019). *Сучасні методи діагностики та терапії мовленнєвих порушень органічного ґенезу у дітей*. Черкаси: Брама.
98. Синьова, Є. П. (2014). *Становлення інклюзивного навчання у світовій практиці*. Науковий вісник НПУ ім. М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія, 25, 105–110.
99. Скрипник В. С. (2020). *Методологія корекції мовленнєвих порушень органічного походження у дітей дошкільного віку*. Київ: Академія.

100. Славінська Л. М. (2015). *Інтегративний підхід до лікування мовленнєвих порушень органічного генезу*. Київ: Освіта.
101. Славінська, Л. М. (2016). *Інтеграція медико-психологічної та педагогічної допомоги дітям з порушеннями мовлення та аномаліями зубощелепної системи*. Чернівці: Видавництво "Університетська книга".
102. Слободянюк, О. М., & Борисенко, Л. Г. (2019). *Організація інклюзивного навчання у школах України: досягнення та проблеми*. Педагогіка і психологія, 3, 81–87.
103. Смаглюк, Л. В., Карасюнок, А. Є., & Рудь, В. Б. (2015). *Функція мовлення та інтеграційні аспекти її корекції: Навчальний посібник для студентів стоматологічних факультетів Вищих навчальних закладів освіти III-IV рівнів акредитації, стоматологів, лікарів-інтернів, клінічних ординаторів, магістрів, лікарів-ортодонтів, логопедів*. Полтава: «Астроя».
104. Смаглюк, Л. В., & Трофименко, М. В. (2006). *Взаємозв'язок між формою язика та формою зубних дуг. Досягнення і перспективи розвитку ортопедичної стоматології та ортодонтії в Україні: матер. Міжнар. наук.-практ. конф. Український стоматологічний альманах (Т. 3, № 1, с. 58)*. Полтава, 15-17 березня.
105. Соботович, Є. Ф. (2002). *Нормативні показники мовленнєвого розвитку (в його фонетико-фонематичній ланці) дітей дошкільного віку*. Дефектологія, 3, 2-5.
106. Соботович, Є. Ф. (2003). *Критерії оцінювання мовленнєвого розвитку дитини (у його лексичній ланці) на різних вікових етапах. Нормативні показники мовленнєвого розвитку (у його граматичній ланці) дитини дошкільного віку*. Дефектологія, 2, 2-11.
107. Степаненко, Л. В. (2020). *Логопедична допомога дітям із мовними порушеннями та деформаціями зубощелепної системи*. Чернівці: Букрек.
108. Тарасун, В. В. (2015). *Інтеграція дітей із особливими освітніми потребами в сучасному суспільстві*. Науковий часопис НПУ імені М. П.

Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія, 28, 62–67.

109. Твердохліб, О. П. (2013). *Корекція порушень мовлення у дітей з органічним генезом та дефектами зубощелепної системи*. Кривий Ріг: Видавництво "Діалектика".

110. Твердохліб О. П. (2013). *Системна корекція мовних розладів у дітей із органічними ураженнями мозку*. Кривий Ріг: Діалектика.

111. Трофименко Л. І. (2010). *Методологічні засади корекційно-попереджувального навчання дітей старшого дошкільного віку із загальним недорозвитком мовлення*. Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови, (1), 306–311.

112. Трофименко Л. І. (2021). *Комплексний підхід до вивчення моторної алалії*. Тези доповідей Конгресу, 265–269.

113. Трофименко, М. В. (2007). *Спосіб лікування зубощелепних аномалій, пов'язаних із порушеннями функцій язика у дітей в період змінного прикусу*. Актуальні проблеми сучасної медицини, 7(3), 63-64.

114. Трофименко, М. В. (2010). *Ортодонтичне лікування пацієнтів віком 6-9 років із порушенням функцій ковтання та мовлення*: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.22. ВДНЗУ «УМСА». Полтава, 19 с.

115. Трофименко М. В. (2010). *Клініко-функціональна характеристика дітей із порушеннями мовлення органічного генезу*. Полтава: УМСА.

116. Федоренко С. В. (2022). *Комунікативна компетентність як умова соціальної адаптації дітей з порушеннями мовлення*. Науковий журнал Хортицької національної академії. (Серія: Педагогіка. Соціальна робота) : наук. журн. / [редкол. : В. В. Нечипоренко (голов. ред.) та ін.]. Запоріжжя : Вид-во комунального закладу вищої освіти «Хортицька національна навчально-реабілітаційна академія» Запорізької обласної ради. Вип. 2(7). С. 168-175.

117. Федоренко С. В. (2024). *Шляхи оптимізації соціальної адаптації дошкільників із загальним недорозвиненням мовлення в інклюзивних групах*

закладу дошкільної освіти. Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови. № 2(25), 259-271. DOI: <https://doi.org/10.33189/epsn.v2i25.270>
<https://spp.org.ua/index.php/journal/article/view/270>

118. Федорович, Л. О. (2007). *Формування правильної вимови у дітей дошкільного та молодшого шкільного віку*. Методичні рекомендації та дидактичний матеріал для логопедів шкіл і дитячих садків, учителів і вихователів загальноосвітніх і спеціальних освітніх закладів та батьків. Кременчук: Християнська Зоря.

119. Фліс, П. С., Омельчук, М. А., & Ращенко, Н. В. (2007). *Ортодонтія: підручник*. Вінниця: Нова книга.

120. Фліс, П. С., Філоненко, В. В., & Дорошенко, Н. М. (2016). *Частота й розповсюдженість аномалій і деформацій зубощелепного апарату в період змінного прикусу*. Український стоматологічний альманах, 1(1), 75-78.

121. Фліс, П. С., Тріль, С. І., & Вознюк, В. П. (2011). *Дитяче зубне протезування*. Київ: Медицина.

122. Хрестоматія з логопедії: *Історичні аспекти. Дислалія. Дизартрія. Ринологія: навч. посіб. (за ред. М. К. Шеремет, І. В. Мартиненко)*. (2008). Київ: КНТ.

123. Чеботарьова, О. І. (2019). *Інноваційні методи навчання дітей із особливими освітніми потребами*. Наукові записки. Серія: Педагогіка, 178, 45–52.

124. Черниш, О. В. (2012). *Особливості корекційної роботи з дітьми з порушеннями мовлення органічного ґенезу в умовах зубощелепних аномалій*. Вінниця: Видавництво "Нова книга".

125. Шевченко, О. Е. (2006). *Розвиток логопедичної допомоги в Україні*. Хрестоматія з логопедії (с. 49-55). Київ: КНТ.

126. Шеремет, М. К. (2001). *Сучасні підходи до подолання порушень звуковимови*. Педагогіка та методики: спеціальні. Збірник наукових статей НПУ ім. М.П. Драгоманова, 1.

127. Шеремет, М. К. (2009). *Логопедія (корекційна робота при дислалії): навч. посіб.* (за ред. М. К. Шеремет, О. В. Ревуцька). Київ: Національний педагогічний університет ім. М. П. Драгоманова.
128. Шеремет М. К. (2011). *Логопедична допомога дітям із порушеннями мовлення органічного ґенезу*. Київ: НПУ ім. М. П. Драгоманова.
129. Шульга, Л. В. (2016). *Проблеми підготовки вчителів до інклюзивного навчання*. Проблеми освіти, 87, 39–43.
130. Шульга Н. О. (2017). *Когнітивні та мовленнєві порушення у дітей з органічними ураженнями нервової системи: діагностика і корекція*. Одеса: Астропринт.
131. Юрченко Г. П., Овчаренко М. С. (2021). *Навчально-методичні матеріали з логопедії: вступ до логопедії та дислалія*. Київ: Київський університет імені Бориса Грінченка.
132. Ярмаченко, М. Д., & Бондар, В. І. (2010). *Сучасні аспекти корекційної педагогіки та логопедії*. Київ: Логос.
133. Ярмола Н.А. (2022). *Євроінтеграційний напрям модернізації та розвитку освіти дітей з особливими освітніми потребами в Україні*. Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови, № 20, с. 130-135.
134. Ярмола Н.А., Тороп К.С. (2021). *Системоутворювальна роль компетентностей в організації навчального процесу для дітей з особливими потребами*. Науковий часопис. Випуск 40. Корекційна педагогіка, с.100-106 <https://10.31392/NPU-nc.series19.2020.40.15>
135. Ярмоленко, В. В. (2014). *Клініко-педагогічний підхід до лікування мовних порушень у дітей з аномаліями зубощелепної системи*. Львів: Видавництво "ЛНУ".
136. Яцишин, А. В. (2021). *Інноваційні підходи до роботи з дітьми з особливими освітніми потребами*. Науковий вісник Мукачівського державного університету. Серія: Педагогіка і психологія, 5, 32–38.
137. Booth, T., & Ainscow, M. (2002). *Індекс інклюзії: розвиток навчання та участі у школах*. Бристоль: Центр досліджень інклюзивної освіти.

138. Egelund, N., & Tetler, S. (2009). *The inclusion of pupils with special needs in ordinary classes in Denmark*. European Journal of Special Needs Education, 24(2), 139–153. <https://doi.org/10.1080/08856250902793516>
139. Grue, L., & Heiberg, A. (2006). *Do disabled adolescents view themselves differently from other young people? A Norwegian study*. Disability & Society, 21(6), 599–611. <https://doi.org/10.1080/09687590600918305>
140. Kirk, S. A., & Gallagher, J. J. (1979). *Education of Exceptional Children*. Boston: Houghton Mifflin Company.
141. O'Toole, B., & McConkey, R. (1995). *Innovations in Developing Countries for People with Disabilities*. Cheshire: Lisieux Hall.
142. Persson, E. (2013). *Raising achievement through inclusion*. International Journal of Inclusive Education, 17(11), 1205–1220. <https://doi.org/10.1080/13603116.2012.745626>
143. Tetler, S., & Baltzer, K. (2011). *The climate of inclusive classrooms: The pupil perspective*. International Journal of Inclusive Education, 15(5), 519–539. <https://doi.org/10.1080/13603110903131723>
144. Thomas, G., & Loxley, A. (2009). *Inclusive Education: From Theory to Practice*. London: McGraw-Hill Education.
145. Winzer, M. (1993). *The History of Special Education: From Isolation to Integration*. Washington, DC: Gallaudet University Press.
146. Baller, R., & Richardson, K. (2002). *The "dark side" of the strength of weak ties: The diffusion of suicidal thoughts*. Journal of Health and Social Behavior, 43(4), 529–544.
147. Bazyma, N. V. (2021). *Characteristics of Language Behavior and Speech Activity in Children with Autistic Disorders: Theoretical Aspect*. Brain. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience, 12(1). 01-18.
148. Bazyma, N., Usyk, D., Omelchenko, I., Kobylchenko, V., Babych, N., & Tsymbal-Slatvinska, S. (2022). *Results of Verification of the Methods of Speech Activity Formation in Children with Autistic Disorders*. Brain. Broad Research in

- Artificial Intelligence and Neuroscience, 13(1). 88-111. <https://doi.org/10.18662/brain/13.1/270>
149. Bazyma, N. V. (2022). *Psychological-Pedagogical Components of the Children's Speech Environment With Autistic Disorders of Senior Preschool Age*. *Revista Romaneasca Pentru Educatie Multidimensionala*, 14(1Sup1). 258-274. <https://doi.org/10.18662/rrem/14.1Sup1/549>
150. Bargh, J. A., & McKenna, K. Y. A. (2004). *The internet and social life*. *Annual Review of Psychology*, 55(1), 573–590. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.141922>
151. Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). *From social integration to health: Durkheim in the new millennium*. *Social Science & Medicine*, 51(6), 843–857. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00065-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00065-4)
152. Buote, V. M., Pancer, S. M., Pratt, M. W., Adams, G. R., Birnie-Lefcovitch, S., Polivy, J., & Wintre, M. G. (2007). *The importance of friends: Friendship and adjustment among 1st-year university students*. *Journal of Adolescent Research*, 22(6), 665–689. <https://doi.org/10.1177/0743558407306344>
153. Carron-Arthur, B., Cunningham, J. A., & Griffiths, K. M. (2014). *Describing the distribution of engagement in an online support group by post frequency: A comparison of the 90–9–1 principle and Zipf's law*. *Internet Interventions*, 1(4), 165–168. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2014.09.003>
154. Christakis, N. A., & Fowler, J. H. (2007). *The spread of obesity in a large social network over 32 years*. *New England Journal of Medicine*, 357(4), 370–379. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa066082>
155. Christakis, N. A., & Fowler, J. H. (2008). *The collective dynamics of smoking in a large social network*. *New England Journal of Medicine*, 358(21), 2249–2258. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa0706154>
156. Christakis, N. A., & Fowler, J. H. (2009). *Connected: The surprising power of our social networks and how they shape our lives*. Little, Brown Spark.
157. Chebotariova, O. *Results of competence formation in parents of children with moderate intellectual disabilities*. Chobanian, A., Boriak, O., Kolyshkina, A.,

- Kolyshkin, O., Dehtiarenko, T., Chebotariova O. (2022). Wiad Lek. P.1861– 1868.
<https://wiadlek.pl/wp-content/uploads/archive/2022/08/WLek202208108.pdf>
158. Cohen, S., Underwood, L. G., & Gottlieb, B. H. (Eds.). (2000). *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists*. Oxford University Press.
159. Cotten, S. R., Anderson, W. A., & McCullough, B. M. (2013). *Impact of internet use on loneliness and contact with others among older adults: Cross-sectional analysis*. Journal of Medical Internet Research, 15(2), e39.
<https://doi.org/10.2196/jmir.2306>
160. Ellison, N. B., Steinfield, C., & Lampe, C. (2007). *The benefits of Facebook "friends": Social capital and college students' use of online social network sites*. Journal of Computer-Mediated Communication, 12(4), 1143–1168.
<https://doi.org/10.1111/j.1083-6101.2007.00367.x>
161. Fowler, J. H., & Christakis, N. A. (2008). *Dynamic spread of happiness in a large social network: Longitudinal analysis over 20 years in the Framingham Heart Study*. BMJ, 337, a2338. <https://doi.org/10.1136/bmj.a2338>
162. Fedorenko S.V. (2021). *Results of the Examination of Primary School Students By Means of Speech Therapy Screening*. «Brain. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience», № 1. 326-342.
163. Fedorenko S.V. (2023). *Formation of speech regulation of educational activity in junior schoolchildren with speech disorders*. Ad alta: journal of interdisciplinary research, 13/02 (XXXV). Pp. 88-95.
164. Hampton, K. N., Lee, C. J., & Her, E. J. (2011). *How new media affords network diversity: Direct and mediated access to social capital through participation in local social settings*. New Media & Society, 13(7), 1031–1049.
<https://doi.org/10.1177/1461444810390342>
165. Heaney, C. A., & Israel, B. A. (2008). Social networks and social support. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (4th ed., pp. 189–210). Jossey-Bass.

166. House, J. S., Umberson, D., & Landis, K. R. (1988). *Structures and processes of social support*. Annual Review of Sociology, 14(1), 293–318. <https://doi.org/10.1146/annurev.so.14.080188.001453>
167. Kadushin, C. (2012). *Understanding social networks: Theories, concepts, and findings*. Oxford University Press.
168. Kawachi, I., & Berkman, L. F. (2001). *Social ties and mental health*. Journal of Urban Health, 78(3), 458–467. <https://doi.org/10.1093/jurban/78.3.458>
169. Kraut, R., Kiesler, S., Boneva, B., Cummings, J., Helgeson, V., & Crawford, A. (2002). *Internet paradox revisited*. Journal of Social Issues, 58(1), 49–74. <https://doi.org/10.1111/1540-4560.00248>
170. Lin, N. (1999). *Social networks and status attainment*. Annual Review of Sociology, 25, 467–487. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.25.1.467>
171. Lin, N. (2001). *Social capital: A theory of social structure and action*. Cambridge University Press.
172. McPherson, M., Smith-Lovin, L., & Brashears, M. E. (2006). *Social isolation in America: Changes in core discussion networks over two decades*. American Sociological Review, 71(3), 353–375. <https://doi.org/10.1177/000312240607100301>
173. Omelchenko I. *Peculiarities of the Semantic Component of Communication Activities in Preschoolers with Developmental Delay*. Annales Universitatis Mariae Curie-Sklodowska. sectio N Educatio Nova. 2021. Vol. VI №6. P. 345-358. DOI: 10.17951/en.2021.6.345-358
174. Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. Simon & Schuster.
175. Rainie, L., & Wellman, B. (2012). *Networked: The new social operating system*. MIT Press.
176. Rosenquist, J. N., Fowler, J. H., & Christakis, N. A. (2011). *Social network determinants of depression*. Molecular Psychiatry, 16(3), 273–281. <https://doi.org/10.1038/mp.2010.13>

177. Sarason, I. G., Sarason, B. R., & Pierce, G. R. (1990). *Social support: The search for theory*. Journal of Social and Clinical Psychology, 9(1), 133–147. <https://doi.org/10.1521/jscp.1990.9.1.133>
178. Song, L., Son, J., & Lin, N. (2011). Social support. In J. Scott & P. J. Carrington (Eds.), *The Sage handbook of social network analysis* (pp. 116–128). SAGE Publications.
179. Turkle, S. (2011). *Alone together: Why we expect more from technology and less from each other*. Basic Books.
180. Torop, K. S., Yarmola, N. A. (2021). *Implementation of competency-based approach in education of children with intellectual disabilities in conditions of inclusive learning/* K. S. Torop, N. A. Yarmola/ PEDAGOGICAL AND PSYCHOLOGICAL SCIENCES: REGULARITIES AND DEVELOPMENT TRENDS, 2021, c. 260-277 <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-032-2-40>
181. Yarmola, N.A, & Torop, K.S. (2021). *The current state of the system of general secondary education of children with special educational needs in Ukraine*. Publishing House “Baltija Publishing”, p. 452-469.
182. Ybarra, M. L., & Eaton, W. W. (2005). *Internet-based mental health interventions*. Mental Health Services Research, 7(2), 75–87. <https://doi.org/10.1007/s11020-005-3784-1>
183. Ueno, K. (2005). *The effects of friendship networks on adolescent depressive symptoms*. Social Science Research, 34(3), 484–510. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2004.03.002>
184. Valenzuela, S., Park, N., & Kee, K. F. (2009). *Is there social capital in a social network site?: Facebook use and college students' life satisfaction, trust, and participation*. Journal of Computer-Mediated Communication, 14(4), 875–901. <https://doi.org/10.1111/j.1083-6101.2009.01474.x>
185. Wellman, B., Haase, A. Q., Witte, J., & Hampton, K. (2001). *Does the internet increase, decrease, or supplement social capital?* American Behavioral Scientist, 45(3), 436–455. <https://doi.org/10.1177/00027640121957286>

186. Wellman, B., & Wortley, S. (1990). *Different strokes from different folks: Community ties and social support*. American Journal of Sociology, 96(3), 558–588. <https://doi.org/10.1086/229572>
187. Williams, D. (2006). *On and off the 'net: Scales for social capital in an online era*. Journal of Computer-Mediated Communication, 11(2), 593–628. <https://doi.org/10.1111/j.1083-6101.2006.00029.x>
188. Wright, K. B. (2016). *Communication in health-related online social support groups/communities: A review of research on predictors of participation, applications of social support theory, and health outcomes*. Review of Communication Research, 4, 65–87. <https://doi.org/10.12840/issn.2255-4165.2016.04.01.010>

ДОДАТКИ

Додаток А

ІНДИВІДУАЛЬНА МОВЛЕННЄВА КАРТКА

Прізвище, ім'я _____

Дата вступу дитини в групу _____

Дата народження _____

Домашня адреса _____

Анамнез _____

Слух _____

Стан загальної моторики(координованість рухів, яка домінує, навик роботи з олівцем, ручкою, надмірна рухливість, загальмованість) _____

Обстеження артикуляційного апарату:

- Правильність прикусу (нормальний, прогнатія, прогенія, передній відкритий, глибокий задній)
- Будова піднебіння (нормальне, укорочене, вузьке, високе, низьке, зрощене, наявність щілини)
- Будова зубів (нормальна, дрібні, крупні, рідкі, криві, , відсутні різці)
- Стан під'язикової зв'язки (нормальна, укорочена, зрощена, непластична)
- Рухливість губ (рухливі, не рухливі, щілини верхньої губи, неповне змикання губ)
- Рухливість язик (рухливий, недостатньо рухливий, не рухливий, не вміщується в роті, парез)

Загальна характеристика мовлення:

1. Розмовно – описова бесіда.

Як тебе звати? _____

Скільки тобі років? _____

Як звати маму? _____ Тата? _____

Маєш братика або сестричку? _____

2. Динамічний бік мовлення.

Темп _____

Правильність використання пауз _____

Гучність _____

Назальний відтінок _____

Обстеження зв'язного мовлення:

Складання розповіді за однією картинкою _____

Складання розповіді за серією картинок _____

Обстеження граматичного складу мовлення:

1. Утворення множини іменників:

Рак- _____ колесо - _____

вікно- _____ кінь - _____

жук - _____ колосся- _____

2. Утворення назв дитинчат тварин:

у зайця - _____ у коня - _____

у корови - _____ у собаки - _____

3. Іменники, що означають частини тіла, предметів:

лікоть, коліно, пальці, ніготь - _____

петля, манжета, комір - _____

4. Рівень узагальнень:

свєтр, плаття, шорти, спідниця - _____

пароплав, літак, трамвай, поїзд - _____

лев, слон, тигр, жираф - _____

5. Назви кольорів:

Чайник- _____

прапорець - _____

яблуко - _____

лимон - _____

трава - _____

6. Утворення прикметників від іменників:

стіл із дерева - _____

склянка із скла - _____

ручка із пластмаси - _____

автомобіль із метала - _____

7. Дієслівний словник:

кухар - _____

лікар - _____

вчитель - _____

співак - _____

8. Добирання антонімів:

довгий - _____

високий - _____

широкий - _____

худий - _____

9. Словотвір за допомогою суфіксів (зменшено – пестлива форма слова):

будинок - _____

миска - _____

дерево - _____

вікно - _____

10. Сполучення іменників із числівниками:

стілець (два, три, п'ять)- _____

будинок (два, три, п'ять)- _____

миска (два, три, п'ять)- _____

вікно (два, три, п'ять)- _____

Стан фонематичного сприйняття:**1. Повторення складів з опозиційними звуками:**

ба – ба – па - _____

та – да – та - _____

га – ка – га - _____

ча – ша – ча - _____

са – ша – са - _____

за – са – за - _____

2.Відтворення звуково – складової структури слова.

Протяг - _____

Температура - _____

Акваріум - _____

Міліціонер їздить на мотоциклі - _____

Волосся підстригають у перукарні - _____

3.Диференціація опозиційних звуків, що не змішуються під час вимови:

мишка – миска - _____ шапка – жабка - _____

трава – дрова - _____ Марина – калина - _____

4.Диференціація на слух звуків, що змішуються під час вимови:

мишка – миска - _____ рак – лак - _____

коза – коса - _____ тачка – качка - _____

Стан фонематичного аналізу:1.Виділення наголошеного голосного: *Аня, акція, ангел, оси, Іра, Інна, аркуш.* _____2.Визначення першого та останнього звуків у словах: *мак, дим, каміш, танк, шука, чашка, ключ.* _____3.Визначення кількості звуків у словах: *будинок, рак, місяць, сова, банан, лампа.* _____**Аналіз звукового складу мовлення:**

Викривлення _____

Відсутність _____

Заміна _____

Змішування _____

Висновок логопеда_____

Результати виправлення мовлення_____

Додаток Б

Модифіковані вправи для артикуляційної гімнастики у дітей із порушеннями мовлення та зубощелепної системи

1. Вправи для губ

Мета: покращення м'язового тонуусу губ, їхньої мобільності та сили.

"Посмішка-щит": посміхніться, широко оголюючи зуби, затримайтеся в такому положенні на 5 секунд, потім зімкніть губи щільно, формуючи "щит". Повторіть 10–15 разів.

Модифікація: тримайте між губами ватний диск або невеликий предмет (наприклад, олівець), утримуючи його протягом 5–10 секунд.

"Трубочка": зімкніть губи та витягніть їх вперед, імітуючи трубочку. Затримайте на 5 секунд, розслабте губи. Повторіть 10–15 разів.

"Каченятко": з'єднайте губи у формі дзьоба, поплескайте "дзьобом", видаючи тихий звук "чмок". Повторіть 10 разів.

"Поцілунок повітря": витягніть губи трубочкою і зробіть різкий видих, "відправляючи" уявний поцілунок. Повторіть 10–15 разів.

"Губи–перешкода": покладіть на губи легкий предмет (наприклад, пір'їнку або ватний диск) і утримуйте його губами протягом 5–10 секунд.

2. Вправи для язика

Мета: розвиток точності, координації та сили м'язів язика.

"Пензлик": проведіть кінчиком язика по верхньому і нижньому ряду зубів, імітуючи їх чищення. Повторіть 10–15 разів у кожному напрямку.

Модифікація: виконувати рухи повільніше, затримуючи язик на кожному зубі.

"Годинник": переміщуйте кінчик язика в куточки рота, імітуючи рух годинникової стрілки (по колу). Повторіть 10 разів у кожному напрямку.

"Чашечка": сформуєте язиком "чашечку" і утримуйте її протягом 5–10 секунд.

Модифікація: покладіть у чашечку кілька крапель води і намагайтеся утримати її.

"Гірка": підніміть середню частину язика до піднебіння, залишаючи кінчик і корінь язика розслабленими. Затримайте на 5 секунд.

"Молоток": ударяйте язиком по верхньому піднебінню, видаючи звук "кляц-кляц". Повторіть 10 разів.

"Змійка": висуньте язик далеко вперед, потім сховайте назад у рот. Повторіть 10 разів.

3. Вправи для нижньої щелепи

Мета: покращення контролю та амплітуди рухів нижньої щелепи.

"Відкриваємо дверцята": повільно відкривайте і закривайте рот, стежачи, щоб нижня щелепа рухалася строго вертикально. Повторіть 10–15 разів.

Модифікація: виконуйте перед дзеркалом для контролю правильності руху.

"Маятник": зміщуйте нижню щелепу вправо і вліво. Виконуйте по 10 рухів у кожному напрямку.

"Жування": імітуйте жувальні рухи з поступовим збільшенням амплітуди. Повторіть 15 разів.

"Переكات": рухайте нижньою щелепою вперед-назад. Виконуйте 10–15 разів.

4. Вправи для злагодженої роботи м'язів

Мета: розвиток координації артикуляційного апарату.

"Гармошка": утримуючи губами гумову стрічку або нитку, розтягуйте її в різні сторони. Повторіть 10–12 разів.

"М'ячик у ворота": покладіть маленький предмет (гумову кульку або кришечку) між язиком і піднебінням і рухайте його вперед-назад.

"Спіраль": язиком малюйте спіральні рухи на піднебінні або верхній губі. Повторіть 10 разів.

"Кроки язиком": послідовно доторкайтеся язиком до кожного зуба на верхній і нижній щелепі. Повторіть 10 разів.

5. Дихальні вправи з елементами артикуляції

Мета: формування правильного мовленнєвого дихання.

"Свічка": уявіть свічку перед собою. Вдихніть носом і повільно видихніть ротом, імітуючи дмухання на полум'я, щоб воно не згасло. Повторіть 10 разів.

"Вітерець": вдихніть носом, на видиху направляйте повітря через трубочку губами, видаючи звук "ф-ф-ф". Повторіть 10–15 разів.

"Корабель": надуйте щоки і повільно видихайте, утримуючи повітря між губами і зубами. Повторіть 10 разів.

"Шлях вітру": зробіть вдих носом, а на видиху переміщуйте язик у різні положення (за зубами, між зубами, біля піднебіння).

Рекомендації

Вправи виконуються щоденно по 10–15 хвилин. Поступово збільшуйте кількість повторів і амплітуду рухів. Контролюйте правильність виконання перед дзеркалом. Використовуйте позитивне підкріплення для мотивації (наприклад, гру чи заохочення).

Цей комплекс спрямований на розвиток м'язового апарату, покращення координації та формування чіткої артикуляції.

Додаток В**Опитувальник для батьків дітей із порушеннями мовлення
органічного генезу**

Мета: з'ясування особливостей розвитку, мовленнєвих труднощів та соціального функціонування дитини для подальшого планування корекційної роботи.

1. Загальні відомості про дитину

- 1.1. Прізвище, ім'я, по батькові дитини:
- 1.2. Дата народження:
- 1.3. Вік дитини:
- 1.4. Місце проживання:
- 1.5. Кількість членів сім'ї:
- 1.6. Хто займається вихованням дитини (батьки, бабуся/дідусь, інші):

2. Медичні дані

- 2.1. Чи були ускладнення під час вагітності? Якщо так, то які саме:
- 2.2. Чи були ускладнення під час пологів? (гіпоксія, асфіксія, інше):
- 2.3. Вік, коли дитина почала тримати голову:
- 2.4. Вік, коли дитина почала сидіти:
- 2.5. Вік, коли дитина почала ходити:
- 2.6. Чи були травми голови? Якщо так, опишіть:
- 2.7. Наявність хронічних захворювань:
- 2.8. Чи спостерігалися судом, епілептичні напади?
- 2.9. Чи є алергії? Якщо так, на що саме:
- 2.10. Чи проходила дитина консультацію у невролога, логопеда, інших фахівців? Які були висновки?

3. Мовленнєвий розвиток

- 3.1. Коли дитина почала говорити перші слова?
- 3.2. Коли з'явилися перші фрази?
- 3.3. Чи спостерігалися затримки у формуванні мовлення? Якщо так, опишіть:
- 3.4. Чи є труднощі з вимовою звуків? Якщо так, які саме:

- 3.5. Чи є труднощі у розумінні мови?
- 3.6. Як дитина спілкується (словами, жестами, мімікою):
- 3.7. Чи користується дитина допоміжними засобами для спілкування (наприклад, картки, електронні пристрої):
- 3.8. Чи спостерігаються такі порушення, як заїкання, змішування звуків, відсутність певних звуків?
- 3.9. Як дитина реагує на зауваження щодо своєї мови?

4. Розумовий та емоційний розвиток

- 4.1. Як дитина грається? (самостійно, з іншими дітьми, за допомогою дорослих):
- 4.2. Чи має дитина улюблені іграшки, заняття? Які саме:
- 4.3. Чи спостерігаються перепади настрою? Якщо так, опишіть:
- 4.4. Як дитина реагує на нові ситуації, незнайомих людей?
- 4.5. Чи є проблеми з концентрацією уваги?
- 4.6. Як дитина сприймає критику чи невдачі?
- 4.7. Чи є у дитини страхи? Якщо так, які саме:
- 4.8. Як дитина сприймає похвалу?

5. Соціальне функціонування

- 5.1. Як дитина спілкується з однолітками?
- 5.2. Чи має дитина друзів? Якщо так, опишіть характер спілкування:
- 5.3. Як дитина взаємодіє з дорослими?
- 5.4. Чи виникають конфлікти з іншими дітьми? Якщо так, як часто:
- 5.5. Чи відвідує дитина дитячий садок, школу? Якщо так, чи є труднощі у навчанні:
- 5.6. Як дитина поводить у колективі?
- 5.7. Чи отримує дитина додаткову допомогу від педагогів, психологів?

6. Родинне середовище

- 6.1. Як у сім'ї ставляться до мовленнєвих труднощів дитини?
- 6.2. Чи проводяться вдома заняття для розвитку мовлення? Якщо так, опишіть:

6.3. Чи зверталися ви за допомогою до фахівців? Якщо так, до кого і які були результати:

6.4. Як інші члени сім'ї беруть участь у вихованні дитини?

6.5. Чи є у родині підтримка для батьків? (емоційна, практична):

7. Додаткова інформація

7.1. Що, на вашу думку, найбільше впливає на мовленнєвий розвиток дитини?

7.2. Які ваші очікування від роботи з фахівцями?

7.3. Чи є ще щось, що ви хотіли б додати?

Додаток Д

**Методика інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги особам
із порушеннями мовлення органічного генезу**

**Блок 1. Оцінка стану сформованості анатомо-фізіологічної складової
мовлення для дітей 4-6 років та дітей 6-10 років**

Завдання для дітей 4-6 років

Завдання 1. Визначити стан артикуляційного апарату

Мета: Оцінити рухливість, силу та координацію органів артикуляційного апарату (губ, язика, щелепи), що впливають на вимову звуків.

Інструкція: «Виконай запропоновані рухи губами, язиком та щелепою.

Повторюй за мною.»

Завдання:

1. Посміхнутися, не показуючи зуби.
2. Посміхнутися, показуючи зуби.
3. Скласти губи в "трубочку".
4. Висунути язик вперед і сховати назад.
5. Торкнутися язиком верхньої губи, потім нижньої.

Інтерпретація результатів виконання завдань здійснювалася за вказаними раніше рівнями:

Високий рівень. Усі рухи виконані швидко, точно, без труднощів. Оцінюється в 4 бали.

Достатній рівень. Деякі рухи виконані з труднощами або після повторного показу. Відповідь оцінюється у 3 бали.

Середній рівень. Рухи виконуються повільно, з помилками, спостерігається недостатня координація. Відповідь оцінюється у 2 бали.

Низький рівень. Більшість рухів неможливо виконати навіть з допомогою дорослого. Оцінюється у 1 бал.

Завдання 2. Оцінка типу дихання

Мета: Перевірити функціональний стан дихання, його тип (носове чи ротове), силу, тривалість та контроль видиху, необхідний для правильної вимови звуків.

Інструкція: «Повтори за мною дихальні вправи.»

Завдання:

1. Глибоко вдихнути носом, повільно видихнути ротом.
2. Вдихнути через ніс, а на видиху вимовити довгий звук [с].
3. Надувати щоки і повільно випускати повітря.
4. Видихати через трубочку у воду.
5. Зробити глибокий вдих і на видиху вимовляти [ааааа] якомога довше.

Інтерпретація результатів виконання завдань:

Високий рівень. Дихальні вправи виконані правильно, контроль над видихом достатній. Оцінюється у 4 бали.

Достатній рівень. Вправи виконані, але є незначні труднощі з контролем дихання. Оцінюється у 3 бали.

Середній рівень. Вправи виконані з помилками, є труднощі у координації вдиху-видиху. Оцінюється у 2 бали.

Низький рівень. Виконання вправ утруднене або неможливе навіть з допомогою дорослого. Оцінюється у 1 бал.

Завдання 3. Оцінка стану голосового апарату

Мета: Дослідити голосоутворення, гучність, висоту, тембр голосу, а також здатність контролювати голосові параметри у мовленні.

Інструкція: «Послухай і повтори за мною.»

Завдання:

1. Протягом 5 секунд утримувати звук [а].
2. Вимовити [м-м-м] як під час муркотіння.
3. Повторити голосні звуки з різною гучністю: тихо – голосно – шепотом.
4. Вимовляти «ма-ма-ма», «ба-ба-ба» з різною інтонацією.
5. Співуче вимовляти звуки [у], [і], [е] (як у колисковій).

Інтерпретація результатів виконання завдань:

Високий рівень. Всі звуки вимовлені чітко, правильно, з варіацією гучності та інтонації. Оцінюється у 4 бали.

Достатній рівень. Є незначні помилки у силі голосу або тембрі, які виправлено самостійно. Відповідь оцінюється у 3 бали.

Середній рівень. Помітні труднощі у вимові звуків, голос слабкий або напружений. Відповідь оцінюється у 2 бали.

Низький рівень. Завдання виконується лише з допомогою дорослого або зовсім не виконується. Відповідь оцінюється у 1 бал.

Завдання 4. Перевірка моторики язика

Мета: Визначити рівень розвитку моторики язика, його силу, координацію, симетричність рухів та здатність до утримання статичних положень.

Інструкція: «Виконай рухи язиком, повторюй за мною.»

Завдання:

1. Висунути язик і утримувати 5 секунд.
2. Покласти язик на верхню губу і тримати 3 секунди.
3. Облизати губи по колу в одну та іншу сторону.
4. Тикати язиком у праву та ліву щоку по черзі.
5. Вкласти язик у "ковшик" та потримати 3 секунди.

Інтерпретація виконання завдань:

Високий рівень. Всі рухи язика виконані точно, без додаткових повторень. Відповідь оцінюється у 4 бали.

Достатній рівень. Деякі рухи виконані неточно, потрібні повтори, але загалом завдання виконано. Оцінюється у 3 бали.

Середній рівень. Спостерігаються значні труднощі у виконанні рухів язика. Оцінюється у 2 бали.

Низький рівень. Рухи язиком виконуються неправильно або зовсім не вдаються, навіть з допомогою. Оцінюється у 1 бал.

Завдання 5. Визначити чіткість вимови звуків

Мета: Оцінити правильність вимови окремих звуків у словах, звертаючи увагу на артикуляцію та позицію мовленнєвих органів під час вимови.

Інструкція: «Вимовляй за мною слова та звертай увагу, як рухається твій язик і губи.»

Набір слів:

1. [p]: рак, ріка, ріг, рама.
2. [л]: лис, лінія, лимон, лопата.
3. [с]: сон, суп, сік, сніг.
4. [ш]: шапка, школа, шосе, шашки.
5. [з]: зебра, зірка, замок, зелень.

Інтерпретація оцінок виконаних завдань:

Високий рівень. Всі слова вимовлені правильно, звуки чіткі, артикуляція правильна. Відповіді оцінюються у 4 бали.

Достатній рівень. Є незначні помилки, які самостійно виправляються. Оцінюється у 3 бали.

Середній рівень. Багато помилок у вимові звуків, виправлення можливе тільки з підказкою. Оцінюється у 2 бали.

Низький рівень. Завдання не виконано, дитина не може правильно вимовити більшість слів навіть з допомогою. Оцінюється у 1 бал.

Завдання 6. Виправити помилку в артикуляції

Мета: Перевірити фонематичний слух та здатність дитини розрізняти правильну і неправильну вимову звуків у словах, що є основою для подальшої корекційної роботи.

Інструкція: «Послухай, як я вимовляю слово, та знайди, що в ньому не так.»

Набір слів (з неправильною вимовою):

1. Замість «рак» – «лак».
2. Замість «шапка» – «сапка».
3. Замість «зірка» – «дірка».

4. Замість «лис» – «рис».

5. Замість «суп» – «шуп».

Інтерпретація виконання завдань:

Високий рівень. Помилку знайдено швидко, самостійно виправлено. Оцінюється у 4 бали.

Достатній рівень. Помилку знайдено з допомогою або виправлено лише після підказки. Відповіді оцінюються у 3 бали.

Середній рівень. Виявлено деякі помилки, але більшість залишилися непоміченими. Відповіді оцінюються у 2 бали.

Низький рівень. Помилки не знайдено навіть з допомогою дорослого. Оцінюється у 1 бал.

Завдання для дітей 6-10 років

Завдання 1. Визначення стану артикуляційного апарату

Мета: Оцінити силу, рухливість і координацію мовленнєвих органів (губ, язика, щелепи) для правильної вимови звуків.

Інструкція: «Повторюй за мною рухи губами, язиком та щелепою».

Завдання:

1. Посміхнутися, показавши зуби, і утримати 5 секунд.
2. Витягнути губи вперед у «трубочку», утримати 5 секунд.
3. По черзі швидко змінювати положення губ: посмішка – «трубочка».
4. Висунути язик вперед і рухати ним вгору-вниз.
5. Торкнутися язиком верхньої губи, нижньої губи, правої та лівої щоки.
6. Зробити «чашечку» язиком і втримати 3 секунди.
7. Кругові рухи язиком за годинниковою стрілкою та проти.

Інтерпретація результатів:

Високий рівень. Рухи точні, чіткі, швидко виконуються без помилок. Оцінюється у 4 бали.

Достатній рівень. Виконані правильно, але є незначні труднощі. Оцінюється у 3 бали.

Середній рівень. Рухи повільні, нечіткі, спостерігається недостатня координація. Оцінюється у 2 бали.

Низький рівень. Виконання ускладнене, більшість рухів зробити не вдалося навіть з підказкою. Оцінюється у 1 бал.

Завдання 2. Оцінка дихання під час мовлення

Мета: Перевірити тип дихання, його контроль, силу, тривалість і здатність до рівномірного видиху під час мовлення.

Інструкція: «Зроби вправи разом зі мною».

Завдання:

1. Глибокий вдих носом – плавний довгий видих через рот.
2. Вдих носом – на видиху вимовляння довгого звука [с] (рахуємо час).
3. Вдих – на видиху проголошення складів «са-са-са», «шу-шу-шу», «мо-мо-мо» на одному диханні.
4. Надування повітряної кульки або перегонка ватки по столу за допомогою видиху.
5. Видихання повітря у воду через трубочку, щоб утворювалися рівні бульбашки.
6. Вимовити «ааааа» рівним тоном якомога довше, контролюючи силу голосу.

Інтерпретація результатів:

Високий рівень. Вправи виконані чітко, контроль дихання добрий. Відповідь оцінюється у 4 бали.

Достатній рівень. Є невеликі труднощі у рівномірності видиху. Відповідь оцінюється у 3 бали.

Середній рівень. Видих короткий, спостерігається втома під час виконання. Відповідь оцінюється у 2 бали.

Низький рівень. Виконання вправ утруднене або неможливе. Відповідь оцінюється у 1 бал.

Завдання 3. Оцінка стану голосового апарату

Мета: Дослідити силу голосу, тембр, інтонацію, здатність змінювати гучність і висоту звуків.

Інструкція: «Повторюй за мною та сліdkуй за своїм голосом».

Завдання:

1. Вимовити голосні звуки [a], [o], [y], [i] з різною гучністю (тихо – голосно – шепотом).
2. Повторити звук [м-м-м], імітуючи муркотіння.
3. Протягом 5 секунд утримувати рівний звук [a].
4. Вимовляти «ма-ма-ма», «ба-ба-ба», змінюючи інтонацію (запитально, радісно, сердито).
5. Читати речення з різними емоціями (наприклад, «Я знайшов подарунок!» – здивовано, радісно, тихо).
6. Імітувати різні звуки природи: вітер, дощ, грім.

Інтерпретація результатів:

Високий рівень. Добре володіє голосом, змінює інтонацію легко. Відповідь оцінюється у 4 бали.

Достатній рівень. Є незначні труднощі у варіюванні гучності та тембру. Відповідь оцінюється у 3 бали.

Середній рівень. Голос слабкий або занадто напружений, не контролюється. Відповідь оцінюється у 2 бали.

Низький рівень. Значні труднощі у голосоутворенні. Відповідь оцінюється у 1 бал.

Завдання 4. Перевірка фонематичного слуху

Мета: Оцінити здатність дитини розрізняти звуки, визначати правильну та неправильну вимову.

Інструкція: «Послухай уважно і скажи, чи правильно вимовлено слово».

Завдання:

1. Вправа на пошук помилки:

- «рак» – «лак»,
- «шапка» – «сапка»,
- «зірка» – «дірка».

2. Визначити, які слова римуються: «м'яч – калач», «будинок – малюнок», «літо – небо».

3. Вправа «Вгадай, що змінилося» – дитині називають слова, змінюючи в них один звук (дуб – губ, мак – рак).

Інтерпретація результатів:

Високий рівень. Правильно визначає всі зміни. Оцінюється у 4 бали.

Достатній рівень. Є помилки, але більшість слів розрізняє правильно. Оцінюється у 3 бали.

Середній рівень. Помітні труднощі в розрізненні звуків. Оцінюється у 2 бали.

Низький рівень. Більшість слів не розпізнає, не може знайти відмінності. Оцінюється у 1 бал.

Завдання 5. Контроль чіткої вимови звуків у мовленні

Мета: Оцінити правильність вимови складних звуків у словах та реченнях.

Інструкція: «Повторюй за мною слова, а потім – речення».

Завдання:

1. Вимовити слова:

- [р] – рак, ріка, ріг, рукав.
- [л] – лис, лимон, лапа, ложка.
- [с] – сонце, сік, суп, сніг.
- [ш] – школа, шапка, шосе, шина.

2. Повторити речення:

- «Роман росте, радіє ранку».
- «Сонячне світло сяє».

Інтерпретація результатів:

Високий рівень. Вимова чітка, без помилок. Оцінюється у 4 бали.

Достатній рівень. Є поодинокі помилки, але виправляє самостійно. Оцінюється у 3 бали.

Середній рівень. Помилки часто повторюються, виправлення можливе лише з підказкою. Оцінюється у 2 бали.

Низький рівень. Завдання виконати не вдалося. Оцінюється у 1 бал.

Блок 2. Оцінка стану сформованості фонетико-фонематичної складової мовлення для дітей 4-6 років та дітей 6-10 років

Завдання для дітей 4-6 років

Завдання 1. Визначити спільний звук у словах.

Мета: Перевірити здатність дитини виділяти та усвідомлювати загальні звукові елементи в словах, що є важливим для розвитку фонематичного слуху.

Інструкція: «Я називатиму слова, а ти уважно слухай і визнач, що спільне в них?» (Наприклад: айстра, акція, армія, атом – початковий звук [а]).

Набір слів:

- 1) Усмішка, учень, успіх, урна, Уля (у);
- 2) Озеро, окунь, овочі, одяг, око (о);
- 3) Іграшка, індекс, істина, іспит, інший, Ігор (і);
- 4) Аркуш, адреса, азбука, Ася (а);
- 5) Олень, ожеледь, острів, Оля (о).

Інтерпретація оцінок виконання завдань:

Високий рівень. Дитина швидко і правильно знаходить спільний звук у всіх групах слів. Відповіді оцінюються у 4 бали.

Достатній рівень. Спільний звук визначається правильно, але з незначними труднощами або після повторного пояснення. Відповіді оцінюються у 3 бали.

Середній рівень. Виявлення звуку здійснюється з великою кількістю помилок, потрібна значна допомога дорослого. Відповіді оцінюються у 2 бали.

Низький рівень. Дитина не може визначити спільний звук навіть із допомогою. Відповіді оцінюються у 1 бал.

Завдання 2. Визначити наявність звуку у слові.

Мета: Розвиток фонематичного сприймання, навчання дитини усвідомленню звукової структури слова та вмінню визначати конкретні звуки.

Інструкція: «Я називатиму різні слова, а тобі потрібно визначити, чи є в них заданий звук?» (Наприклад: визначити наявність звуку [ш] у словах: мишка, сосна, шум, усмішка, ліс, шелест.)

Набір слів:

- 1) Визначити наявність звуку [р]: картина, лампа, конвалія, сир, вітер, мир;
- 2) Визначити наявність звуку [с]: сорока, лисиця, синиця, змія, осінь, весна;
- 3) Визначити наявність звуку [б]: баня, порося, дорога, кабан, банан, дуб;
- 4) Визначити наявність звуку [в]: ворона, шафа, овочі, кавун, вулиця, дерево.

Інтерпретація результатів виконання завдань:

Високий рівень. Дитина безпомилково визначає наявність або відсутність заданого звуку у словах. Відповіді оцінюються у 4 бали.

Достатній рівень. Є незначні труднощі, можлива одна-дві помилки або потреба у повторенні завдання. Відповіді оцінюються у 3 бали.

Середній рівень. Значна кількість помилок, необхідна допомога дорослого. Відповіді оцінюються у 2 бали.

Низький рівень. Дитина не може виконати завдання навіть із підказками. Відповіді оцінюються у 1 бал.

Завдання 3. Визначити перший звук у словах.

Мета: Формування навички аналізу звукової будови слів, розвиток фонематичного слуху.

Інструкція: «Я називатиму слова, а тобі потрібно визначити і назвати перший звук». (Наприклад: назви перший звук у словах: ліжко, пенал, аркуш, дракон).

Приблизний набір слів: 1) хліб; 2) апельсин; 3) сіно; 4) берег; 5) ручка; 5) лимон; 7) миска; 8) щока; 9) ворона.

Інтерпретація виконання завдань:

Високий рівень. Дитина безпомилково визначає перший звук у всіх словах. Оцінюється у 4 бали.

Достатній рівень. Визначення відбувається правильно, але з окремими труднощами або потребою у повторенні. Оцінюється у 3 бали.

Середній рівень. Велика кількість помилок, значна допомога дорослого. Оцінюється у 2 бали.

Низький рівень. Дитина не може визначити перший звук навіть із допомогою. Оцінюється у 1 бал.

Завдання 4. Визначити останній звук у словах.

Мета: Розвиток фонематичного слуху та навичок звукового аналізу слів.

Інструкція: «Я називатиму слова, а тобі потрібно визначити і назвати останній звук». (Наприклад: назви останній звук у словах: лижі, план, стіл, край).

Приблизний набір слів: 1) лікар; 2) пенал; 3) аварія; 4) плащ; 5) кран; 6) лист; 7) тролейбус; 8) ручка; 9) рись.

Інтерпретація:

Високий рівень. Дитина правильно називає останній звук у всіх словах. Виконання завдань оцінюється у 4 бали.

Достатній рівень. Визначає останній звук правильно, але можуть бути незначні труднощі. Виконання завдань оцінюється у 3 бали.

Середній рівень. Значна кількість помилок, необхідна допомога дорослого. Виконання завдань оцінюється у 2 бали.

Низький рівень. Дитина не може виконати завдання навіть із підказками. Виконання завдань оцінюється у 1 бал.

Завдання 5. Визначити головний звук у середині слова.

Мета: Формування здатності виокремлювати голосний звук у середині слова, що є важливим для усвідомлення звукової структури мови.

Інструкція: «Я називатиму слова, а тобі потрібно визначити і назвати лише голосний звук у середині слова». (Наприклад: назви голосний звук у середині слова: мак, рак, люк, рот).

Приблизний набір слів: 1) сир; 2) кіт; 3) дар; 4) сік; 5) лис; 6) лук; 7) ліс; 7) жир; 9) тюк.

Інтерпретація результатів:

Високий рівень. Дитина безпомилково називає голосний звук у середині всіх слів. Виконання завдань оцінюється у 4 бали.

Достатній рівень. Можливі незначні труднощі, одна-дві помилки. Виконання завдань оцінюються у 3 бали.

Середній рівень. Велика кількість помилок, значна допомога дорослого. Відповіді оцінюються у 2 бали.

Низький рівень. Дитина не може виконати завдання навіть із підказками. Відповіді оцінюються у 1 бал.

Завдання 6. виправити помилку у почутій фразі.

Мета: Розвиток логічного мислення, здатності аналізувати сенс почутих висловлювань та виявляти помилки.

Інструкція: «Уважно послухай речення та знайди в них помилку».

Набір речень:

- 1) Козою косять;
- 2) Косу пасуть;
- 3) Трава лежить на дровах;
- 4) Миска їсть із мишки суп.

Інтерпретація результатів:

Високий рівень. Дитина швидко знаходить і виправляє всі помилки у фразах. Відповідь оцінюється у 4 бали.

Достатній рівень. Виправляє більшість помилок, але потребує уточнень чи повторного пояснення. Відповідь оцінюється у 3 бали.

Середній рівень. Значні труднощі, виправляє помилки лише після допомоги дорослого. Відповідь оцінюється у 2 бали.

Низький рівень. Дитина не може виявити помилки навіть після пояснення. Відповідь оцінюється у 1 бал.

Завдання для дітей 6-10 років

Завдання 1. Визнач спільний звук у словах

Мета: Формування фонематичного слуху та вміння виділяти звуки в словах.

Інструкція: «Я називатиму слова, а ти слухай уважно та скажи, який звук є у всіх цих словах».

Набір слів:

1. рак, ромашка, рубін, річка (р);
2. лисиця, лампа, лимон, луг (л);
3. дуб, дятел, дідусь, дим (д);
4. сова, сік, сир, сирник (с).

Інтерпретація результатів:

Високий рівень. Дитина правильно визначає всі звуки без допомоги. Відповідь оцінюється у 4 бали.

Достатній рівень. Допускає 1-2 помилки або потребує повторного пояснення. Відповідь оцінюється у 3 бали.

Середній рівень. Дитина допускає багато помилок, необхідна допомога. Відповідь оцінюється у 2 бали.

Низький рівень. Дитина не може виконати завдання навіть із підказками. Відповідь оцінюється у 1 бал.

Завдання 2. Знайди зайве слово

Мета: Розвиток навичок звукового аналізу.

Інструкція: «Слухай уважно та скажи, яке слово зайве. Воно відрізняється від інших за звуковим складом».

Приклади:

1. мак, рак, сік, пік, бік (зайве – *рак*, бо містить звук [p]);
2. кінь, кіт, кит, кран, кістка (зайве – *кран*, бо довше за кількістю звуків);
3. торт, міст, лист, місто, кіст (зайве – *місто*, бо має більше складів).

Інтерпретація результатів:

Високий рівень. Дитина правильно визначає зайве слово у всіх випадках. Оцінюється у 4 бали.

Достатній рівень. Допускає 1-2 помилки або потребує пояснення. Оцінюється у 3 бали.

Середній рівень. Дитина має труднощі у виконанні завдань, потребує підказок. Оцінюється у 2 бали.

Низький рівень. Дитина не може визначити зайве слово. Оцінюється у 1 бал.

Завдання 3. Визнач місце звука у слові

Мета: Навчити дітей усвідомлювати позицію звуків у слові.

Інструкція: «Я називатиму слово, а ти скажи, де знаходиться звук: на початку, в середині чи в кінці».

Приклади:

1. слово «міст» – де знаходиться звук [м]? (на початку);
2. слово «трава» – де звук [р]? (у середині);
3. слово «сир» – де звук [р]? (у кінці).

Інтерпретація результатів:

Високий рівень. Дитина правильно визначає місце звуків у 4 і більше словах. Відповідь оцінюється у 4 бали.

Достатній рівень. Дитина допускає 1-2 помилки, але може самостійно їх виправити. Відповідь оцінюється у 3 бали.

Середній рівень. Дитина у всьому потребує підказок. Оцінюється у 2 бали.

Низький рівень. Дитина не може правильно виконати завдання, навіть з підказками.

Завдання 4. Склади слово із звуків

Мета: Розвиток навичок фонематичного синтезу.

Інструкція: «Я називатиму окремі звуки, а ти спробуй скласти слово».

Приклади:

1. [л]-[і]-[с] → яке слово? (ліс);
2. [к]-[а]-[т]-[о]-[к] → яке слово? (каток);
3. [с]-[т]-[і]-[л] → яке слово? (стіл).

Інтерпретація результатів:

Високий рівень. Дитина швидко та правильно складає слова. Оцінюється у 4 бали.

Достатній рівень. Дитина допускає 1-2 помилки, потребує пояснень. Оцінюється у 3 бали.

Середній рівень. Дитина має значні труднощі з виконанням завдань, потрібна допомога. Оцінюється у 2 бали.

Низький рівень. Дитина не може скласти слова навіть із підказками. Оцінюється у 1 бал.

Завдання 5. Виправ помилку в реченні

Мета: Розвиток мовленнєвого аналізу та логіки.

Інструкція: «Послухай речення та скажи, що в ньому неправильно».

Приклади:

1. «Кішка дзьобає зерно» (помилка: кішки не дзьобають зерно).
2. «Дерева літають у небі» (помилка: дерева не літають).
3. «Риба стрибає по траві» (помилка: риба не стрибає по траві).

Інтерпретація результатів:

Високий рівень. Дитина правильно знаходить та виправляє всі помилки. Відповідь оцінюється у 4 бали.

Достатній рівень. У дитини виявляються 1-2 неточності, але в цілому справляється. Відповідь оцінюється у 3 бали.

Середній рівень. Дитина потребує значної допомоги дорослого. Відповідь оцінюється у 2 бали.

Низький рівень. Дитина не може виправити помилки навіть із поясненнями. Відповідь оцінюється у 1 бал.

Завдання 6. Утвори нове слово (гра в рими)

Мета: Розвиток фонематичної свідомості та римування.

Інструкція: «Я скажу слово, а ти придумай до нього риму».

Приклади:

1. кіт – (відповіді: світ, лід, піт);
2. ліс – (відповіді: піс, рис, віс);
3. слон – (відповіді: закон, балон, картон).

Інтерпретація результатів:

Високий рівень. Дитина придумує рими легко та правильно. Відповідь оцінюється у 4 бали.

Достатній рівень. Дитина допускає 1-2 неточності, але самостійно їх виправляє. Відповідь оцінюється у 3 бали.

Середній рівень. У дитини значні труднощі, вона часто потребує допомоги. Відповідь оцінюється у 2 бали.

Низький рівень. Дитина не може придумати рими навіть із підказками. Відповідь оцінюється у 1 бал.

Блок 3. Оцінка стану сформованості лексико-граматичної складової мовлення для дітей 4-6 років та дітей 6-10 років

Завдання для дітей 4-6 років

Завдання 1. Хто це? Що це?

Мета: Формування вміння розрізняти живі та неживі предмети, розвиток зв'язного мовлення.

Інструкція: «Я називатиму слово, а ти скажи, хто це або що це.»

Приклади:

- Кіт (хто?)
- Дерево (що?)
- Машина (що?)
- Собака (хто?)

Інтерпретація результатів:

Високий рівень. Дитина правильно визначає всі слова без вагань. Відповідь оцінюється у 4 бали.

Достатній рівень. Дитина допускає 1 помилку, виправляється самостійно. Відповідь оцінюється у 3 бали.

Середній рівень. Дитина робить 2–3 помилки, потребує підказки. Відповідь оцінюється у 2 бали.

Низький рівень. Дитина не може визначити навіть із підказкою. Відповідь оцінюється у 1 бал.

Завдання 2. Опиши предмет

Мета: Розвиток вміння називати ознаки предметів.

Інструкція: «Я називатиму предмет, а ти скажи, який він.» *Приклади:*

1. Сонце (яке?) – яскраве, тепле, жовте.
2. Сніг (який?) – білий, холодний, пухнастий.
3. Кіт (який?) – пухнастий, сірий, лагідний.

Інтерпретація результатів:

Високий рівень. Дитина правильно добирає 2–3 ознаки до кожного слова. Відповідь оцінюється у 4 бали.

Достатній рівень. Дитина добирає по 1 ознаці до кожного предмета, не допускає помилок. Відповідь оцінюється у 3 бали.

Середній рівень. Дитина допускає 1–2 неточності, потребує допомоги. Відповідь оцінюється у 2 бали.

Низький рівень. Дитина важко добирає ознаки, не може відповісти навіть із підказкою. Відповідь оцінюється у 1 бал.

Завдання 3. Хто як говорить?

Мета: Закріплення знань про звуки тварин, розвиток мовлення.

Інструкція: «Скажи, як говорить ця тваринка.»

Приклади:

1. Собака – гав-гав.
2. Кішка – няв-няв.
3. Корова – му-у-у.
4. Курка – ко-ко-ко.

Інтерпретація результатів:

Високий рівень. Дитина правильно називає всі звуки. Оцінюється у 4 бали.

Достатній рівень. Дитина допускає 1 помилку, виправляється сама. Оцінюється у 3 бали.

Середній рівень. Дитина робить 2–3 помилки, може виправити їх з допомогою. Оцінюється у 2 бали.

Низький рівень. Дитина не знає відповіді, потребує підказок. Оцінюється у 1 бал.

Завдання 4. Хто що робить?

Мета: Розширення словникового запасу дієслів, розвиток зв'язного мовлення.

Інструкція: «Я скажу слово, а ти скажи, що він/воно робить.»

Приклади:

1. Птах (що робить?) – літає.
2. Риба (що робить?) – пливе.
3. Машина (що робить?) – їде.
4. Дитина (що робить?) – грається.

Інтерпретація результатів:

Високий рівень. Дитина правильно називає всі дії без вагань. Оцінюється у 4 бали.

Достатній рівень. Дитина допускає 1 помилку, виправляється сама. Оцінюється у 3 бали.

Середній рівень. є неточності, дитина потребує допомоги у виконанні завдання. Оцінюється у 2 бали.

Низький рівень. Дитина не може назвати дії навіть із підказкою. Оцінюється у 1 бал.

Завдання 5. Знайди зайве слово

Мета: Розвиток логічного мислення, вміння групувати предмети.

Інструкція: «Я назву кілька слів, а ти знайди те, що зайве.»

Приклади:

1. Яблуко, груша, банан, машина (зайве – машина).
2. Собака, кіт, курка, лялька (зайве – лялька).
3. Шапка, рукавички, шарф, тарілка (зайве – тарілка).

Інтерпретація результатів:

Високий рівень. Дитина правильно знаходить зайве слово у всіх випадках. Відповідь оцінюється у 4 бали.

Достатній рівень. Дитина допускає 1 помилку, але розуміє логіку завдання. Відповідь оцінюється у 3 бали.

Середній рівень. Є 2–3 помилки, дитина потребує пояснення завдань. Відповідь оцінюється у 2 бали.

Низький рівень. Дитина не може впоратися з завданням без підказки. Відповідь оцінюється у 1 бал.

Завдання 6. Закінчи речення

Мета: Формування навичок логічного мислення та побудови речень.

Інструкція: «Я почну речення, а ти його заверши.»

Приклади:

1. Взимку на вулиці... (холодно, лежить сніг).
2. У лісі ростуть... (дерева, гриби, ягоди).

3. У кошику лежать... (яблука, груші, сливи).

Інтерпретація результатів:

Високий рівень. Дитина правильно завершує всі речення. Відповідь оцінюється у 4 бали.

Достатній рівень. Дитина завершує речення правильно, але коротко. Відповідь оцінюється у 3 бали.

Середній рівень. Є неточності, іноді дитина відповідає неповними фразами. Відповідь оцінюється у 2 бали.

Низький рівень. Дитина не може завершити речення навіть із допомогою. Відповідь оцінюється у 1 бал.

Завдання 7. Склади речення за малюнком

Мета: Розвиток зв'язного мовлення.

Інструкція: «Подивися на малюнок і скажи, що на ньому відбувається.» (Можна використовувати зображення тварин, дітей, природи, побутових ситуацій).

Інтерпретація результатів:

Високий рівень. Дитина правильно і розгорнуто описує малюнок. Відповідь оцінюється у 4 бали.

Достатній рівень. Дитина складає просте речення, але без деталей. Відповідь оцінюється у 3 бали.

Середній рівень. Дитина відповідає коротко, допускає помилки. Відповідь оцінюється у 2 бали.

Низький рівень. Дитина не може описати малюнок навіть із допомогою. Відповідь оцінюється у 1 бал.

Завдання 8. Хто де живе?

Мета: Формування уявлення про середовище існування тварин.

Інструкція: «Я називатиму тварину, а ти скажи, де вона живе.» *Приклади:*

1. Риба (де живе?) – у воді.
2. Ведмідь (де живе?) – у лісі.
3. Корова (де живе?) – на фермі.

4. Пінгвін (де живе?) – у снігу.

Інтерпретація результатів:

Високий рівень. Дитина правильно називає місце проживання всіх тварин. Оцінюється у 4 бали.

Достатній рівень. Дитина допускає 1 помилку, але загалом розуміє завдання. Оцінюється у 3 бали.

Середній рівень. Дитина допускає 2–3 помилки. Оцінюється у 2 бали.

Низький рівень. Дитина не може відповісти без допомоги. Оцінюється у 1 бал.

Завдання 9. Що буває...?

Мета: Розвиток уяви, асоціативного мислення.

Інструкція: «Я запитаю, а ти назви якомога більше варіантів.»

Приклади:

1. Що буває круглим? (м'яч, тарілка, сонце).
2. Що буває білим? (сніг, молоко, цукор).
3. Що буває м'яким? (подушка, ковдра, пух).

Інтерпретація результатів:

Високий рівень. Дитина дає 3 і більше відповідей. Оцінюється у 4 бали.

Достатній рівень. Дитина дає 2 відповіді без помилок. Оцінюється у 3 бали.

Середній рівень. Дитина дає 1 відповідь або потребує підказки. Оцінюється у 2 бали.

Низький рівень. Дитина не може дати відповідь. Оцінюється у 1 бал.

Завдання для дітей 6-10 років

Завдання 1. Добір синонімів та антонімів

Мета: Розвиток словникового запасу, формування навичок встановлення семантичних зв'язків між словами.

Інструкція: «Я називатиму слово, а ти спробуй підібрати до нього слово з таким самим або протилежним значенням.»

Приклади:

- *Синоніми*: веселий – радісний, холодний – крижаний, говорити – розмовляти
- *Антоніми*: великий – маленький, добрий – злий, світло – темрява.

Інтерпретація результатів:

Високий рівень. Дитина безпомилково добирає синоніми та антоніми до всіх слів. Відповідь оцінюється у 4 бали.

Достатній рівень. Можливі незначні труднощі, 1–2 помилки. Відповідь оцінюється у 3 бали.

Середній рівень. Велика кількість помилок, необхідна допомога дорослого. Відповідь оцінюється у 2 бали.

Низький рівень. Дитина не може виконати завдання навіть із підказками. Відповідь оцінюється у 1 бал.

Завдання 2. Узгодження іменників з прикметниками

Мета: Формування вміння правильно узгоджувати іменники з прикметниками за родом, числом і відмінком.

Інструкція: «Я називатиму іменник, а ти добери до нього прикметник.»

Приклади:

- Сонце (яке?) – яскраве, тепле.
- Вода (яка?) – прозора, чиста.
- Дім (який?) – затишний, великий.

Інтерпретація результатів:

Високий рівень. Дитина правильно добирає прикметники до всіх іменників. Відповідь оцінюється у 4 бали.

Достатній рівень. Є незначні помилки, деякі слова підібрані неточно. Відповідь оцінюється у 3 бали.

Середній рівень. Велика кількість помилок, дитина потребує значної допомоги. Відповідь оцінюється у 2 бали.

Низький рівень. Не може правильно узгоджувати іменники з прикметниками навіть із підказками. Відповідь оцінюється у 1 бал.

Завдання 3. Утворення форм слова

Мета: Формування граматичних навичок зміни слова за числом, родом та утворення зменшувально-пестливих форм.

Інструкція: «Прослухай слово та зміни його за зразком.»

Приклади:

1. *Зміни число:*

- Олівець – олівці.
- Книга – книги.

2. *Зміни рід:*

- Учитель – учителька.
- Кіт – кішка.

3. *Утвори зменшувально-пестливу форму:*

- Пес – песик.
- Дерево – деревце.

Інтерпретація результатів:

Високий рівень. Дитина правильно змінює всі слова відповідно до завдання. Відповідь оцінюється у 4 бали.

Достатній рівень. Є 1–2 помилки або труднощі з окремими словами. Відповідь оцінюється у 3 бали.

Середній рівень. Значна кількість помилок, потрібна допомога дорослого. Відповідь оцінюється у 2 бали.

Низький рівень. Дитина не може виконати завдання без допомоги. Відповідь оцінюється у 1 бал.

Завдання 4. Утворення нових слів (деривація)

Мета: Розвиток словотворчої діяльності, вміння утворювати нові слова шляхом додавання суфіксів, префіксів тощо.

Інструкція: «Склади нові слова, додаючи до основи інші частини.»

Приклади:

- Ліс – лісник, лісовий, лісництво.
- Сніг – сніговий, сніжинка, засніжений.
- Біг – бігун, бігти, забіг.

Інтерпретація результатів:

Високий рівень. Дитина легко утворює нові слова. Відповідь оцінюється у 4 бали.

Достатній рівень. Можливі труднощі з деякими словами, 1–2 помилки. Відповідь оцінюється у 3 бали.

Середній рівень. Велика кількість помилок, дитина потребує допомоги. Відповідь оцінюється у 2 бали.

Низький рівень. Не може виконати завдання без підказок. Відповідь оцінюється у 1 бал.

Завдання 5. Визначення зайвого слова

Мета: Розвиток логічного мислення, навчання класифікації предметів за спільними ознаками.

Інструкція: «Уважно слухай ряд слів та знайди те, яке не підходить за змістом.»

Приклади:

1. Малина, вишня, банан, ялинка (зайве – ялинка, бо це не ягода).
2. Понеділок, вівторок, субота, осінь (зайве – осінь, бо інші слова – назви днів тижня).
3. Собака, кіт, лисиця, риба (зайве – риба, бо інші – ссавці).

Інтерпретація результатів:

Високий рівень. Дитина правильно визначає зайве слово у всіх групах. Відповідь оцінюється у 4 бали.

Достатній рівень. Можливі незначні помилки або потреба у повторенні завдання. Відповідь оцінюється у 3 бали.

Середній рівень. Велика кількість помилок, необхідна допомога дорослого. Відповідь оцінюється у 2 бали.

Низький рівень. Дитина не може визначити зайве слово навіть із підказками. Відповідь оцінюється у 1 бал.

Завдання 6. Визначення речення за змістом

Мета: Розвиток здатності аналізувати логічність речень, розуміти смислові зв'язки.

Інструкція: «Прослухай речення та визнач, чи має воно сенс.»

Приклади:

1. Дівчинка читає книгу.
2. Вовк літає у небі.
3. Риба пливе у воді.
4. Кіт водить машину.

Інтерпретація результатів:

Високий рівень. Дитина безпомилково визначає, чи є речення логічним. Відповідь оцінюється у 4 бали.

Достатній рівень. Є 1–2 помилки, можливі труднощі у поясненні. Відповідь оцінюється у 3 бали.

Середній рівень. Багато помилок, потрібна допомога дорослого. Відповідь оцінюється у 2 бали.

Низький рівень. Дитина не може виконати завдання навіть із підказками. Відповідь оцінюється у 1 бал.

Завдання 7. Складання речень за малюнками

Мета: Розвиток зв'язного мовлення, навичок побудови речень та опису ситуацій.

Інструкція: «Подивися на малюнок та склади речення про нього.»
(Можна використовувати картинки із тваринами, предметами, діями.)

Інтерпретація результатів:

Високий рівень. Дитина правильно та розгорнуто складає речення за малюнком. Відповідь оцінюється у 4 бали.

Достатній рівень. Є незначні труднощі, речення можуть бути короткими. Відповідь оцінюється у 3 бали.

Середній рівень. Потрібна допомога дорослого, речення неповні або містять помилки. Відповідь оцінюється у 2 бали.

Низький рівень. Дитина не може скласти речення навіть із підказками.
Відповідь оцінюється у 1 бал.

Завдання 8. Визначення частин мови

Мета: Формування мовленнєвого аналізу, розпізнавання частин мови.

Інструкція: «Я називатиму слова, а ти скажи, якою частиною мови вони є.»

Приклади:

- Сонце (іменник).
- Швидкий (прикметник).
- Бігти (дієслово).
- Весело (прислівник).

Інтерпретація результатів:

Високий рівень. Дитина безпомилково визначає частини мови.
Відповідь оцінюється у 4 бали.

Достатній рівень. Є 1–2 помилки або труднощі в поясненні. Відповідь оцінюється у 3 бали.

Середній рівень. Велика кількість помилок, потрібна допомога дорослого. Відповідь оцінюється у 2 бали.

Низький рівень. Дитина не може визначити частини мови навіть із підказками. Відповідь оцінюється у 1 бал.

Завдання 9. Закінчення речення

Мета: Розвиток мовленнєвої інтуїції, навичок логічного продовження думки.

Інструкція: «Я почну речення, а ти його заверши.»

Приклади:

1. Взимку на вулиці... (холодно, лежить сніг).
2. На дереві сиділа... (пташка, ворона).
3. У школі діти... (навчаються, пишуть, читають).

Інтерпретація результатів:

Високий рівень. Дитина правильно та логічно завершує всі речення. Відповідь оцінюється у 4 бали.

Достатній рівень. Є незначні труднощі, 1–2 неточності. Відповідь оцінюється у 3 бали.

Середній рівень. Значна кількість помилок, необхідна допомога дорослого. Відповідь оцінюється у 2 бали.

Низький рівень. Дитина не може завершити речення навіть із підказками. Відповідь оцінюється у 1 бал.

Блок 4. Оцінка стану комунікативної складової мовлення для дітей 4-6 років та дітей 6-10 років

Завдання для дітей 4-6 років

Завдання 1. Діалог за картинкою

Мета: розвиток діалогічного мовлення, вміння будувати репліки відповідно до контексту.

Інструкція: «Подивися на картинку і уяви, що ти учасник цієї ситуації. Склади діалог між персонажами».

Приклад: (Картинка із зображенням мами та дитини в магазині)

- Мама: Доброго дня! Нам, будь ласка, хліб.
- Продавець: Добрий день! Ось ваш хліб.

Інтерпретація результатів:

Високий рівень. Дитина складає повноцінний діалог, використовуючи логічно побудовані репліки. Відповідь оцінюється у 4 бали.

Достатній рівень. Діалог має сенс, але містить короткі або спрощені репліки. Відповідь оцінюється у 3 бали.

Середній рівень. Дитина потребує допомоги або будує діалог із помилками. Відповідь оцінюється у 2 бали.

Низький рівень. Дитина не може скласти діалог навіть із допомогою. Відповідь оцінюється у 1 бал.

Завдання 2. Гра «Хто я?»

Мета: формування навичок постановки запитань, розвиток логічного мислення та мовленнєвої здогадки.

Інструкція: «Я загадаю предмет, тварину чи людину, а ти ставитимеш запитання, щоб дізнатися, хто це».

Приклад діалогу:

- Це тварина? (Так.)
- Вона маленька? (Так.)
- Вона любить сир? (Так.)
- Це мишка? (Так.)

Інтерпретація результатів:

Високий рівень. Дитина самостійно ставить логічні запитання, швидко здогадується. Оцінюється у 4 бали.

Достатній рівень. Запитання є змістовними, але дитина потребує декількох спроб виконання завдання. Оцінюється у 3 бали.

Середній рівень. Запитання випадкові або не сприяють знаходженню відповіді. Оцінюється у 2 бали.

Низький рівень. Дитина не розуміє правила гри або не може поставити жодного запитання. Оцінюється у 1 бал.

Завдання 3. Закінчи історію

Мета: розвиток зв'язного мовлення, уяви та навичок побудови розповіді.

Інструкція: «Я почну розповідь, а ти її продовжиш».

Приклад початку: «Одного разу хлопчик Петрик знайшов у парку маленьке кошеня...»

Інтерпретація результатів:

Високий рівень. Дитина придумує логічне, розгорнуте продовження. Оцінюється у 4 бали.

Достатній рівень. Історія має сенс, але коротка або містить повторення. Оцінюється у 3 бали.

Середній рівень. Дитина потребує підказок або доповнює історію несуттєвими деталями. Оцінюється у 2 бали.

Низький рівень. Дитина не може продовжити історію. Оцінюється у 1 бал.

Завдання 4. Переказ почутого

Мета: розвиток слухової уваги, пам'яті та навичок переказу.

Інструкція: «Я розповім коротку історію, а ти спробуй її переказати своїми словами».

Приклад історії: «Одного разу зайчик знайшов смачну морквину та вирішив пригостити нею своїх друзів».

Інтерпретація результатів:

Високий рівень. Дитина передає зміст історії повністю, правильно будує речення. Відповідь оцінюється у 4 бали.

Достатній рівень. Дитина переказує правильно, але з деякими пропусками. Відповідь оцінюється у 3 бали.

Середній рівень. Дитина передає лише окремі слова або фрази, потребує допомоги у виконанні завдання. Відповідь оцінюється у 2 бали.

Низький рівень. Дитина не може переказати історію навіть із підказками. Відповідь оцінюється у 1 бал.

Завдання 5. Вибери правильну відповідь

Мета: закріплення мовленнєвого етикету та соціально прийнятних формул відповідей.

Інструкція: «Я задам тобі запитання, а ти вибери правильну відповідь».

Приклад:

- Що ти скажеш, якщо тобі подарували іграшку? (Дякую.)
- Що треба сказати, коли заходиш у кімнату? (Добрий день.)

Інтерпретація результатів:

Високий рівень. Дитина знає всі правила мовленнєвого етикету. Оцінюється у 4 бали.

Достатній рівень. Дитина допускає 1-2 помилки. Оцінюється у 3 бали.

Середній рівень. Дитина часто відповідає неправильно або не впевнена у відповідях. Оцінюється у 2 бали.

Низький рівень. Дитина не орієнтується у мовленнєвому етикеті. Оцінюється у 1 бал.

Завдання 6. Розіграй ситуацію

Мета: розвиток соціальної компетентності, вміння реагувати у життєвих ситуаціях.

Інструкція: «Уяви, що ти в певній ситуації. Як ти поведешся?»

Приклади ситуацій:

1. Ти загубився в магазині. Що ти зробиш?
2. Друг впав і забився. Як ти йому допоможеш?
3. Ти зустрів нову дитину в садочку. Як ти з нею познайомишся?

Інтерпретація результатів:

Високий рівень. Дитина дає адекватні відповіді, чітко описує дії. Відповідь оцінюється у 4 бали.

Достатній рівень. Дитина ситуацію розуміє, але не завжди правильно реагує. Відповідь оцінюється у 3 бали.

Середній рівень. Відповіді невизначені або дитина потребує допомоги. Відповідь оцінюється у 2 бали.

Низький рівень. Дитина не розуміє завдання або дає нелогічні відповіді. Відповідь оцінюється у 1 бал.

Завдання 7. Опиши предмет

Мета: розвиток описового мовлення, розширення словникового запасу.

Інструкція: «Я покажу тобі предмет, а ти маєш описати його так, щоб я здогадався, що це».

Приклад: Він круглий, червоний, росте на дереві. (Яблуко.)

Інтерпретація результатів:

Високий рівень. Дитина дає повний опис предмета, використовуючи різні характеристики. Оцінюється у 4 бали.

Достатній рівень. Дитина описує предмет правильно, але не вказує на всі важливі ознаки. Оцінюється у 3 бали.

Середній рівень. Дитина дає занадто загальний або неповний опис. Оцінюється у 2 бали.

Низький рівень. Дитина не може описати предмет навіть із підказками. Оцінюється у 1 бал.

Завдання 8. Гра «Переконай мене»

Мета: формування навичок аргументації, переконливого мовлення.

Інструкція: «Спробуй мене переконати».

Приклад:

1. Переконай мене, що морозиво – найкращий десерт.
2. Переконай мене, що літати на літаку цікавіше, ніж їздити на машині.

Інтерпретація результатів:

Високий рівень. Дитина висловлює чіткі аргументи, логічно доводить свою думку. Відповідь оцінюється у 4 бали.

Достатній рівень. Дитина має аргументи, але не дуже переконливі. Відповідь оцінюється у 3 бали.

Середній рівень. Дитина висловлює лише одну причину без пояснення. Відповідь оцінюється у 2 бали.

Низький рівень. Дитина не може навести жодного аргументу. Відповідь оцінюється у 1 бал.

Завдання 9. Інтерв'ю

Мета: розвиток навичок діалогічного мовлення, постановки запитань.

Інструкція: «Уяви, що ти журналіст. Постав своєму другу три запитання».

Приклади:

- Яка твоя улюблена іграшка?
- Що тобі подобається робити вдома?
- Куди ти хотів би поїхати у подорож?

Інтерпретація результатів:

Високий рівень. Дитина ставить осмислені, зв'язні запитання. Відповідь оцінюється у 4 бали.

Достатній рівень. Запитання змістовні, але з незначними помилками. Відповідь оцінюється у 3 бали.

Середній рівень. Дитина ставить запитання хаотично або повторює одне й те саме. Відповідь оцінюється у 2 бали.

Низький рівень. Дитина не може придумати жодного запитання. Відповідь оцінюється у 1 бал.

Завдання для дітей 6-10 років

Завдання 1. Діалог за картинкою

Мета: Розвиток навичок діалогічного мовлення, вміння будувати репліки відповідно до контексту.

Інструкція: «Подивися на картинку та уяви, що ти береш участь у цій ситуації. Склади діалог між персонажами.»

Приклад:

(Картинка із зображенням двох дітей у магазині.)

- *Продавець:* Добрий день! Чим можу допомогти?
- *Покупець:* Добрий день! Я хочу купити яблука.
- *Продавець:* Скільки вам потрібно?
- *Покупець:* Дайте, будь ласка, три яблука.

Інтерпретація результатів:

Високий рівень. Дитина легко складає діалог, репліки логічні та відповідають ситуації. Відповідь оцінюється у 4 бали.

Достатній рівень. Є незначні труднощі, 1–2 неточності у репліках. Відповідь оцінюється у 3 бали.

Середній рівень. Дитина потребує допомоги, пропонує короткі або нелогічні відповіді. Відповідь оцінюється у 2 бали.

Низький рівень. Не може побудувати діалог навіть із підказками. Відповідь оцінюється у 1 бал.

Завдання 2. Гра «Хто я?»

Мета: Формування навичок ставлення запитань, логічного мислення та мовленнєвої здогадки.

Інструкція: «Я загадую предмет, тварину чи людину, а ти ставиш запитання, щоб дізнатися, хто це.»

Приклад діалогу:

- Це тварина? (Так.)
- Вона велика? (Так.)
- Вона живе в лісі? (Так.)
- Це ведмідь? (Так!)

Інтерпретація результатів:

Високий рівень. Дитина формулює запитання правильно, використовує логічні стратегії. Відповідь оцінюється у 4 бали.

Достатній рівень. Є 1–2 неточності у запитаннях, але загальна стратегія правильна. Відповідь оцінюється у 3 бали.

Середній рівень. Важко формулює запитання, потребує допомоги. Відповідь оцінюється у 2 бали.

Низький рівень. Не може самостійно грати в гру. Відповідь оцінюється у 1 бал.

Вправа 3. Закінчи історію

Мета: Розвиток зв'язного мовлення, творчої уяви та навичок побудови розповіді.

Інструкція: «Я почну розповідь, а ти її продовжиш.»

Приклад початку:

«Одного разу хлопчик Андрійко пішов у ліс. Він побачив...»

Інтерпретація результатів:

Високий рівень. Дитина логічно продовжує історію, використовує розгорнуті речення. Відповідь оцінюється у 4 бали.

Достатній рівень. Історія зрозуміла, але коротка або містить дрібні неточності. Відповідь оцінюється у 3 бали.

Середній рівень. Важко розвиває думку, пропонує лише окремі фрази. Відповідь оцінюється у 2 бали.

Низький рівень. Не може продовжити історію без допомоги. Відповідь оцінюється у 1 бал.

Завдання 4. Переказ почутого

Мета: Розвиток слухової уваги, навичок переказу та мовленнєвої пам'яті.

Інструкція: «Я розповім коротку історію, а ти спробуй її переказати своїми словами.»

Приклад тексту: «Одного разу зайчик знайшов у лісі смачну морквинку. Він вирішив поділитися нею з друзями – білочкою та їжачком.»

Інтерпретація результатів:

Високий рівень. Дитина повністю відтворює текст своїми словами. Відповідь оцінюється у 4 бали.

Достатній рівень. Пропускає деякі деталі, але загальний зміст передає правильно. Відповідь оцінюється у 3 бали.

Середній рівень. Важко переказує, використовує лише окремі слова. Відповідь оцінюється у 2 бали.

Низький рівень. Не може відтворити почуте навіть із підказками. Відповідь оцінюється у 1 бал.

Завдання 5. Вибери правильну відповідь

Мета: Закріплення мовленнєвого етикету та соціально прийнятних формул відповідей.

Інструкція: «Я скажу тобі запитання, а ти вибери правильну відповідь.»

Приклад:

- Що ти скажеш, якщо тобі подарували подарунок? (Дякую.)
- Що треба сказати, коли заходиш у кімнату? (Добрий день.)
- Як привітати друга з днем народження? («Вітаю тебе з днем народження!»)

Інтерпретація результатів:

Високий рівень. Дитина безпомилково обирає правильні відповіді. Відповідь оцінюється у 4 бали.

Достатній рівень. Є 1–2 неточності, але в цілому відповіді правильні. Відповідь оцінюється у 3 бали.

Середній рівень. Часто плутається, потребує допомоги. Відповідь оцінюється у 2 бали.

Низький рівень. Не розуміє контексту запитань. Відповідь оцінюється у 1 бал.

Завдання 6. Розіграй ситуацію

Мета: Розвиток соціальної компетентності, вміння реагувати у різних життєвих ситуаціях.

Інструкція: «Уяви, що ти в певній ситуації. Як ти поведешся?»

Приклади ситуацій:

1. Ти загубився в магазині. Як попросиш допомогу?
2. До тебе звернувся незнайомець. Що ти скажеш?
3. Друг засмутився. Як ти його підбадьориш?

Інтерпретація результатів:

Високий рівень. Дитина правильно поводить себе у всіх запропонованих ситуаціях. Відповідь оцінюється у 4 бали.

Достатній рівень. Можливі незначні труднощі, але відповіді логічні. Відповідь оцінюється у 3 бали.

Середній рівень. Важко знаходить вихід із ситуацій, потребує допомоги. Відповідь оцінюється у 2 бали.

Низький рівень. Не може сформулювати відповідь або діє нелогічно. Відповідь оцінюється у 1 бал.

Завдання 7. Опиши предмет

Мета: Розвиток описового мовлення, розширення словникового запасу.

Інструкція: «Я покажу тобі предмет, а ти маєш описати його так, щоб інші здогадалися, що це.»

Приклад:

- Він круглий, смачний, червоного кольору, росте на дереві (яблуко).

Інтерпретація результатів:

Високий рівень. Дитина детально описує предмет, уникаючи прямих назв. Відповідь оцінюється у 4 бали.

Достатній рівень. Є 1–2 неточності або недостатньо деталей. Відповідь оцінюється у 3 бали.

Середній рівень. Опис короткий, невизначений, дитина потребує допомоги. Відповідь оцінюється у 2 бали.

Низький рівень. Не може описати предмет без підказок. Відповідь оцінюється у 1 бал.

Завдання 8. Гра «Переконай мене»

Мета: Формування навичок аргументації, переконливого мовлення.

Інструкція: «Тобі потрібно переконати мене в чомусь.»

Приклад:

- Переконай мене, що морозиво – це найкращий десерт.
- Переконай мене, що літо – найкраща пора року.

Інтерпретація результатів:

Високий рівень. Дитина чітко формулює аргументи, логічно обґрунтовує свою думку. Відповідь оцінюється у 4 бали.

Достатній рівень. Є незначні труднощі з формулюванням, але аргументація зрозуміла. Відповідь оцінюється у 3 бали.

Середній рівень. Важко знаходить аргументи, речення неповні. Відповідь оцінюється у 2 бали.

Низький рівень. Не може переконати навіть у простих твердженнях. Відповідь оцінюється у 1 бал.

Завдання 9. Інтерв'ю

Мета: Розвиток навичок постановки запитань, діалогічного мовлення.

Інструкція: «Уяви, що ти журналіст. Постав своєму другу три запитання.»

Приклади:

- Яка твоя улюблена книга?
- Куди ти хочеш поїхати у подорож?
- Що тобі подобається найбільше у школі?

Інтерпретація результатів:

Високий рівень. Дитина формулює запитання самостійно, вони логічні та цікаві. Відповідь оцінюється у 4 бали.

Достатній рівень. Є деякі труднощі, запитання можуть бути шаблонними. Відповідь оцінюється у 3 бали.

Середній рівень. Запитання короткі, неточні, дитина потребує допомоги. Відповідь оцінюється у 2 бали.

Низький рівень. Не може сформулювати запитання самостійно. Відповідь оцінюється у 1 бал.

Завдання 10. Гра «Розкажи про себе»

Мета: Розвиток навичок самопрезентації, зв'язного мовлення.

Інструкція: «Розкажи про себе: як тебе звати, скільки тобі років, що ти любиш робити?»

Приклад відповіді: «Мене звати Олександр, мені 7 років. Я люблю малювати та кататися на велосипеді.»

Інтерпретація результатів:

Високий рівень. Дитина розгорнуто розповідає про себе, додає деталі. Відповідь оцінюється у 4 бали.

Достатній рівень. Є незначні труднощі, відповідь коротка. Відповідь оцінюється у 3 бали.

Середній рівень. Дитина дає односкладові відповіді, потребує допомоги. Відповідь оцінюється у 2 бали.

Низький рівень. Не може самостійно розповісти про себе. Відповідь оцінюється у 1 бал.

Додаток Ж

Протокол діагностування основних складових мовлення за рівнями

Анатомо-фізіологічна складова	№ завдання	Кількість балів	Загальна сума балів	Рівень сформованості мовлення
	Завдання 1			
	Завдання 2			
	Завдання 3			
	Завдання 4			
	Завдання 5			
	Завдання 6			
Фонетико-фонематична складова	Завдання 1			
	Завдання 2			
	Завдання 3			
	Завдання 4			
	Завдання 5			
	Завдання 6			
Лексико-граматична складова	Завдання 1			
	Завдання 2			
	Завдання 3			
	Завдання 4			
	Завдання 5			
	Завдання 6			
	Завдання 7			
	Завдання 8			
	Завдання 9			
Комунікативна складова	Завдання 1			
	Завдання 2			
	Завдання 3			
	Завдання 4			
	Завдання 5			
	Завдання 6			
	Завдання 7			
	Завдання 8			

Додаток 3

Результати рентгенологічного обстеження дітей із порушеннями мовлення органічного генезу

На початку дослідження серед 73 дітей, яким була проведена панорамна рентгенографія, виявлено наступні особливості. Адентія зачатків тимчасових зубів була виявлена лише в одному випадку (1,4%), тоді як адентія зачатків постійних зубів спостерігалась у 9 дітей (12,3%). Надкомплектні зуби зафіксовано в одному випадку (1,4%), а імпактні зуби — у двох дітей (2,7%). Дистопія зубів або їх зачатків спостерігалась у трьох дітей (4,1%). Патологічні утворення не були виявлені у жодної дитини. Водночас структурні зміни навколозубних тканин зафіксовані у 14 дітей (19,2%). Несиметрія гілок нижньої щелепи відзначалась у 5 випадках (6,8%). Завершення формування коренів тимчасових зубів, фізіологічну резорбцію коренів постійних зубів та несформовані верхівки коренів постійних зубів спостерігали у всіх 73 дітей (100%).



Рис. 1. Ортопантомограма дитини А. з дислалією та прогнатією, 8 років (змінний прикус)

Результати дослідження ЕЕГ у дітей із порушеннями мовлення органічного генезу

Електроенцефалографія проводилася для оцінки функціонального стану мозку як у стані спокою, так і під час виконання мовленнєвих завдань.

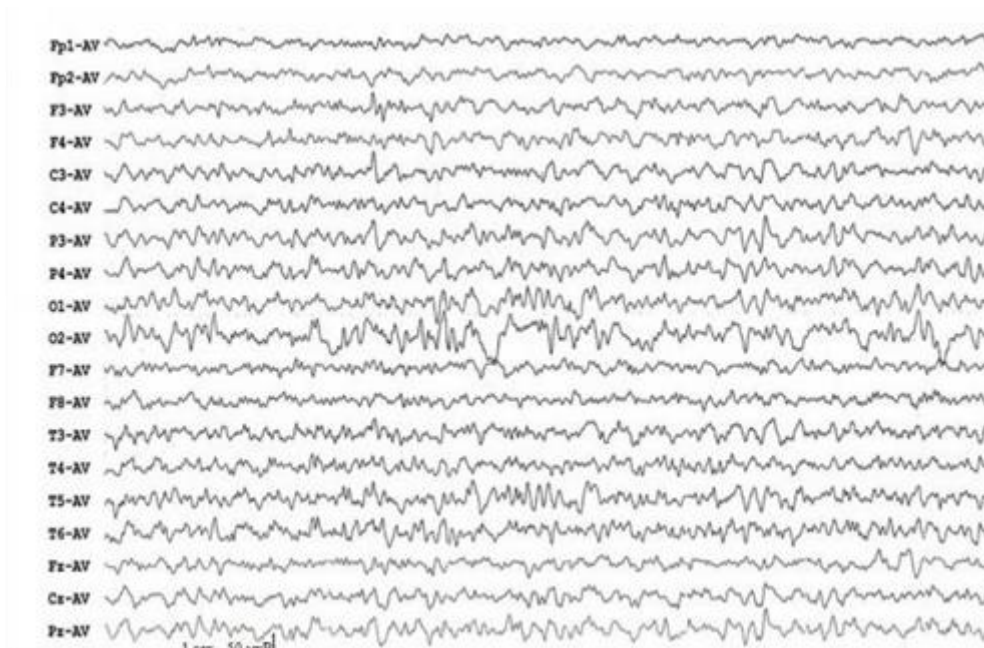


Рис. 2. ЕЕГ дитини 6 р. з діагностованою дислалією

У віковій групі 4-6 років: 74% дітей з дислалією демонстрували зміни в альфа- та тета-ритмах, що свідчить про незрілість нейронних зв'язків та уповільнення ритмічної активності мозку, 26% дітей з ринолалією мали подібні відхилення, але з менш вираженою дисфункцією.

У віковій групі 6-10 років: 89% дітей з дислалією виявляли зниження когерентності між півкулями, що вказує на утруднення інтеграції інформації в мозку, 11% дітей з ринолалією мали порушення функціональної асиметрії мозку, які проявлялися в менш ефективній взаємодії між правою та лівою півкулями. Загалом, у дітей з дислалією спостерігалися значні порушення когерентності та ритмічної активності, у дітей з ринолалією відхилення були менш поширеними, але все ж виявляли системний характер.

Відомості про апробацію результатів дисертації

Статті у наукометричних базах Web of Science:

1. Пахомова, Н. Г., Баранець, І. В., Лук'яненко, А. В., Лещій, Н. П., Качуровська, О. Б., Березан, О. І., Олефір, О. І. (2022). *Комплексна реабілітація дітей із сенсорними та інтелектуальними порушеннями*. Світ медицини та біології № 2 (80). URL: <https://womab.com.ua/ua/smb-2022-02/9380>

Статті у наукових періодичних виданнях інших держав:

2. Лук'яненко, А. В. (2025). *Оцінка ефективності надання інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги дітям із порушеннями мовлення органічного генезу*. Poland. International Science Journal of Education & Linguistics №1. URL: <https://isg-journal.com/isjel/issue/view/73>

2 статті у наукових фахових виданнях України:

3. Пахомова, Н.Г., Лук'яненко, А.В. (2021). *Комплексний підхід до діагностики мовленнєвих порушень органічного генезу*. Одеса, Науковий журнал Хортицької національної академії: № 5. URL: <https://journal.khnnra.edu.ua/index.php/files/article/view/71>
4. Пахомова, Н.Г., Лук'яненко, А.В. (2021). *Інтегративна медико-психолого-педагогічна допомога особам із порушеннями зубощелепної системи: історичні передумови та сучасний стан*. Одеса, Науковий вісник Південноукраїнського національного педагогічного університету імені К.Д. Ушинського. Випуск 3 (136). С.135-142. URL: <http://dspace.pdpu.edu.ua/bitstream/123456789/12988/1/Pakhomova.pdf>

Стаття у періодичному науковому виданні України:

5. Лук'яненко, А.В. (2022). *Нейропсихолінгвістичні механізми порушень мовлення органічного генезу у дітей*. Інститут спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України: Науково-методичний

збірник «Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови». Вип. № 20.

URL: <https://spp.org.ua/index.php/journal/issue/view/9>

Участь у міжнародних та всеукраїнських конференціях

1. Матеріали VII міжнародного конгресу зі спеціальної педагогіки та психології «Діти з особливими потребами: від рівних прав до рівних можливостей». (7-8 жовтня 2021, Київ). Тези на тему: «Теоретичні основи інтеграції медико-психологічної та педагогічної складових комплексної реабілітації осіб із зубощелепними порушеннями». URL:

<https://docs.google.com/document/d/1AYHvmoc44LF94v8guPzesymqINumkIjdPPcpkSz-jRE/edit?usp=sharing>

2. II International Scientific and Theoretical Conference «CURRENT ISSUES OF SCIENCE, PROSPECTS AND CHALLENGES». (June 10, 2022. Sydney, Australia). Тези на тему: «Особливості надання інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги особам із порушеннями зубощелепної системи та розладами мовлення». URL:

<https://previous.scientia.report/index.php/archive/issue/view/10.06.2022>

3. IV International Scientific and Practical Conference «THEORETICAL AND EMPIRICAL SCIENTIFIC RESEARCH: CONCEPT AND TRENDS», 111-113. (October 14, 2022. Oxford, UK). Тези на тему: «Особливості надання медико-психолого-педагогічної допомоги особам із порушеннями зубощелепної системи та мовлення засобами онлайн-комунікацій». URL:

<https://archive.logos-science.com/index.php/conference-proceedings/issue/view/5>

4. VI Міжнародна науково-практична конференція «Multidisciplinary scientific notes. Theory, history and practice». (1-4 листопада 2022, Едмонтон, Канада). Тези на тему: «Шкідливі звички як одна з причин появи мовленнєвих порушень та розладів зубощелепної системи у дітей дошкільного віку». URL: <https://isg-konf.com/multidisciplinary-scientific-notes-theory-history-and-practice/>

5. XVII Міжнародна науково-практична конференція «Scientific trends in the development of education in universities» (24-27 грудня 2024, Афіни, Греція). Тези на тему: «Діагностика стану мовленнєвої діяльності при порушеннях зубощелепної системи». URL: <https://isg-konf.com/scientific-trends-in-the-development-of-education-in-universities/>

6. II Міжнародна науково-практична конференція «Innovative technologies for training and educating young people» (14-17 січня 2025, Бостон, США). Тези на тему: «Research on articulatory motor skills in the context of integrative medical, psychological, and pedagogical support for children with speech and maxillofacial disorders». URL: <https://isg-konf.com/innovative-technologies-for-training-and-educating-young-people/>



ПОЛТАВСЬКА МІСЬКА РАДА
ДЕПАРТАМЕНТ ОСВІТИ
ПОЧАТКОВА ШКОЛА №45 ПОЛТАВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ
вул. Грушевського, 17-б, м. Полтава, 36023, тел. (0532) 63-32-95,
e-mail: pochatkova.shkola.45@gmail.com, Код ЄДРПОУ 23553517

31.12.2024 № 02-22/498

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційної роботи
Лук'яненко Анни Валеріївни

На тему: «Психолого-педагогічні умови надання медико-психолого-педагогічної допомоги особам із порушеннями мовлення органічного генезу»
за спеціальністю 016 – Спеціальна освіта

На базі Початкової школи №45 Полтавської міської ради, протягом 2022-2024 років здійснювалося експериментальне дослідження, присвячене впровадженню у логокорекційний процес інтегративної логопедичної допомоги дітям із порушеннями мовлення органічного генезу.

Лук'яненко А. В. успішно здійснила апробування запропонованої діагностичної методики, що дозволило визначити стан сформованості мовлення у дітей із порушеннями мовлення та зубощелепної системи, створити алгоритм логопедичної допомоги таким дітям.

Апробація результатів дослідження підтверджує їх теоретичну і практичну спрямованість, доводить доцільність використання запропонованих методик діагностики мовленнєвого розвитку і логопедичної роботи з дітьми із порушеннями мовлення органічного генезу.

Результати впровадження дослідження обговорені на засіданні методичного об'єднання вчителів початкової школи та вихователів дошкільного підрозділу Початкової школи № 45 Полтавської міської ради.



Директор Початкової школи №45
Полтавської міської ради

 Алла ШАПОВАЛ



**ПОЛТАВСЬКИЙ НАВЧАЛЬНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ ЦЕНТР
ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ**

вул. Героїв України, 16, м. Полтава, 36040, тел.: (0532) 66-06-41

E-mail: nrc.poltav@gmail.com, nvkpor@meta.ua, Web:

<https://sites.google.com/view/nrcpoltava>

Код ЄДРПОУ 25172280

№ _____

На № 173 від 6.03.2025 р.

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційної роботи

Лук'яненко Анни Валеріївни

На тему: «Психолого-педагогічні умови надання медико-психолого-педагогічної допомоги особам із порушеннями мовлення органічного генезу»

за спеціальністю 016 – Спеціальна освіта

Аспірантка відділу логопедії Інституту спеціальної педагогіки та психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України Анна Лук'яненко протягом 2021-2024 років на базі Полтавського навчально-реабілітаційного центру Полтавської обласної ради здійснювала експериментальне дослідження, присвячене теоретичному та практичному обґрунтуванню інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги дітям із порушеннями мовлення органічного генезу.

Протягом цього часу аспіранткою були розроблені зміст, методи та прийоми інтегративної логопедичної допомоги. Робота була спрямована на визначення стану сформованості мовлення у дітей із мовленнєвими розладами та порушеннями зубочелюсної системи. Була запропонована та теоретично обґрунтована методика інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги, визначені психолого-педагогічні умови корекційної роботи з дітьми із порушеннями мовлення органічного генезу.

Під час проведення дослідження аспірантка Анна Лук'яненко провела експериментальне дослідження щодо сформованості основних компетенцій мовлення дітей з дислалією та ринолалією, дослідила зміни у показниках артикуляційної моторики та зв'язного мовлення на різних етапах корекційної роботи за методикою інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги.

Результати апробації висвітлювались на засіданнях педагогічної ради, семінарах, нарадах, де були рекомендовані для подальшого застосування у логопедичній практиці. Це сприяло підвищенню рівня навчання та удосконаленню знань молодих фахівців закладу про інтегративну логопедичну допомогу дітям із порушеннями мовлення органічного генезу. Результати впровадження дослідження обговорені на засіданні педагогічної ради Полтавського навчально-реабілітаційного центру Полтавської обласної ради.

Директор



Любов СІЧКАР



ДЕПАРТАМЕНТ ОСВІТИ ПОЛТАВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ
Комунальний заклад «ПОЛТАВСЬКИЙ ДОШКІЛЬНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД (ЯСЛА-САДОК) № 21
Метелик» ПОЛТАВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСТІ
Вулиця Стрітенська 54, м. Полтава, 36020, тел. 60-96-89, e-mail: vovkviktoria@gmail.com

№ 01 - 20/ 17 10. 03. 2025 р

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження
Лук'яненко Анни Валеріївни

**На тему: «Психолого-педагогічні умови надання медико-психолого-педагогічної
допомоги особам із порушеннями мовлення органічного генезу»
за спеціальністю 016 – Спеціальна освіта**

Дана довідка засвідчує, що на базі КЗ ПДНЗ (ясла-садок) №21 «Метелик» Полтавської міської ради Полтавської області» протягом 2022-2024 років проходила апробація дисертаційного дослідження аспірантки Інституту спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України Лук'яненко Анни Валеріївни з теми: «Психолого-педагогічні умови надання медико-психолого-педагогічної допомоги особам із порушеннями мовлення органічного генезу».

На основі отриманих даних теоретико-експериментального дослідження А. В. Лук'яненко обґрунтовано актуальність дослідження проблеми надання інтегративної логопедичної допомоги дітям із порушеннями мовлення органічного генезу. У роботі детально та послідовно висвітлено теоретичне підґрунтя дослідження, запропоновано методичку інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги при мовленнєвих розладах.

Запропоновані авторкою дисертаційного дослідження матеріали мають наукове та практичне значення, можуть використовуватися у процесі підготовки молодих фахівців та майбутніх спеціальних педагогів. Доцільно також підкреслити актуальність дослідження з огляду на поширення інтересу багатьох спеціалістів саме до надання інтегративної корекційної допомоги при порушеннях мовлення органічного генезу.

Довідка видана для подання у спеціалізовану вчену раду Інституту спеціальної педагогіки та психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України на здобуття наукового ступеня доктора філософії зі спеціальності 016 – Спеціальна освіта.

Директор



Наталія ГРИБ

Комунальний заклад освіти
«Нікопольський навчально-реабілітаційний центр «Ніка»
Дніпропетровської обласної ради»

вул. Рижикова, 34, м. Нікополь, 53204, тел. 0(566) 69-68-01
e-mail: nrc_nika@ukr.net, http://nika_int.klasna.com, код ЄДРПОУ 21903203

Від 07.03.2025 р. № 38

На _____ від _____

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження

Лук'яненко Анни Валеріївни

На тему: *«Психолого-педагогічні умови надання медико-психолого-педагогічної допомоги особам із порушеннями мовлення органічного генезу»* за спеціальністю 016 – Спеціальна освіта

На базі комунального закладу освіти «Нікопольський навчально-реабілітаційний центр «Ніка» Дніпропетровської обласної ради» аспіранткою відділу логопедії Інституту спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України Лук'яненко Анною Валеріївною протягом 2022-2024 років здійснювалося експериментальне дослідження, присвячене впровадженню у корекційний процес інтегративної логопедичної допомоги дітям із порушеннями мовлення органічного генезу. Лук'яненко А. В. успішно здійснила апробування запропонованої методики, що дозволило визначити стан сформованості мовлення у дітей із порушеннями мовлення органічного генезу, створити алгоритм логопедичної допомоги таким дітям. Апробація результатів дослідження підтверджує їх теоретичну, а також практичну спрямованість, доводить доцільність використання запропонованої методики у корекційній роботі. Довідка видана для подання у спеціалізовану вчену раду Інституту спеціальної педагогіки та психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України на здобуття наукового ступеня доктора філософії зі спеціальності 016 – Спеціальна освіта.

Директор КЗО «Нікопольський
навчально-реабілітаційний
центр «Ніка» ДОР»



Лариса СУХАРЄВА

ДОВІДКА
про впровадження результатів дисертаційної роботи
Лук'яненко Анни Валеріївни
На тему: «Психолого-педагогічні умови надання медико-психолого-педагогічної допомоги особам із порушеннями мовлення органічного генезу»
за спеціальністю 016 – Спеціальна освіта

На базі Комунального закладу «Харківський інклюзивно-ресурсний центр № 1 Харківської міської ради» аспіранткою відділу логопедії Інституту спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України Лук'яненко Анною Валеріївною протягом 2022-2024 років здійснювалося експериментальне дослідження, присвячене впровадженню у корекційний процес інтегративної логопедичної допомоги дітям із порушеннями мовлення органічного генезу.

Лук'яненко А. В. успішно здійснила апробування запропонованої діагностичної методики, що дозволило визначити стан сформованості мовлення у дітей із порушеннями мовлення та зубочелепної системи, створити алгоритм логопедичної допомоги таким дітям.

Апробація результатів дослідження підтверджує їх теоретичну, а також практичну спрямованість, доводить доцільність використання запропонованих методик діагностики мовленнєвого розвитку і логопедичної роботи з дітьми із порушеннями мовлення органічного генезу.

Результати впровадження дослідження обговорені на засіданні КЗ «ХІРЦ №1».

Директор КЗ «ХІРЦ №1»



Ірина ВИШНЕВА



Україна

Комунальний заклад-Заклад дошкільної освіти

(дитячий садок) «Казка»

Гатненської сільської ради

Фастівського району Київської області

07.03.2025р

№ 32

08170, с. Віта-Поштова, вул. Звенигородська, 95-б, тел.

(067 9345704), код ЄДРПОУ 43728252

E-mail: kazka-vita@ukr.net

ДОВІДКА

про впровадження результатів дослідження

Лук'яненко Анни Валеріївни

На тему: «Психолого-педагогічні умови надання медико-психолого-педагогічної допомоги особам із порушеннями мовлення органічного генезу»

за спеціальністю 016 – Спеціальна освіта

Дана довідка засвідчує, що на базі КЗ-ЗДО «Казка» проходила апробація дисертаційної роботи аспірантки Інституту спеціальної педагогіки та психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України Лук'яненко Анни Валеріївни на тему: «Психолого-педагогічні умови надання медико-психолого-педагогічної допомоги особам із порушеннями мовлення органічного генезу». Звертаємо увагу, що результати наукового пошуку автора мають високу практичну значущість.

Актуальність дослідження зумовлена підвищенням інтересом багатьох фахівців в удосконаленні знань та використанні сучасних методик інтегративної логопедичної допомоги особам із порушеннями мовлення.

Грунтовність проведеної експериментальної роботи впродовж 2021-2024 рр. засвідчує ефективність запропонованої автором методики інтегративної корекційної допомоги, що сприяє залученню до процесу не тільки логопедів та спеціальних педагогів, а і спеціалістів інших напрямків, зокрема стоматологів-ортодонтів. Апробація запропонованої методики дозволяє зробити висновки щодо актуальності, науковості та практичної значущості дослідження, перспектив використання запропонованої методики інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги у корекційній роботі при органічних порушеннях мовлення у дітей.

Довідка видана для подання у спеціалізовану вчену раду Інституту спеціальної педагогіки та психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України на здобуття наукового ступеня доктора філософії зі спеціальності 016 – Спеціальна освіта.

Директор



Катерина КАРПОВИЧ