

---

## Оцінка ефективності надання інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги дітям із порушеннями мовлення органічного генезу

**Анна Валеріївна Лук'яненко**

Інститут спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка, Національної академії педагогічних наук України, Україна  
ORCID 0000-0003-3618-9119

### Для цитування цієї статті:

Лук'яненко Анна Валеріївна. Оцінка ефективності надання інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги дітям із порушеннями мовлення органічного генезу. International Science Journal of Education & Linguistics. Vol. 4, No. 1, 2025, pp. 71-81. doi:10.46299/j.isjel.20250401.07.

**Надійшла до редакції:** 15 січня 2025 р.; **Схвалено:** 31 січня 2025 р.;

**Опубліковано:** 01 лютого 2025 р.

---

**Анотація:** На сьогоднішній день питання корекції порушень мовлення органічного генезу набуває особливого значення, оскільки такі порушення суттєво впливають на розвиток дитини, її соціалізацію та психологічний стан. Для ефективного подолання цих проблем необхідно розглядати їх у контексті інтегративного підходу, який передбачає комплексну медико-психолого-педагогічну допомогу. Такий підхід включає залучення різних спеціалістів: логопеда, психолога та стоматолога-ортодонта, що працюють у тісній взаємодії для досягнення максимально можливих результатів корекції. Основою цього підходу є розробка індивідуальних програм корекції, які враховують специфіку мовленнєвих порушень, анатомо-фізіологічні особливості кожної дитини та її психологічний стан. Логопедична робота спрямована на розвиток артикуляційної моторики, корекцію звуковимови та формування мовленнєвих навичок. Психологічна підтримка дозволяє підвищити самооцінку дитини, знизити рівень тривожності та створити сприятливий емоційний фон для корекційної роботи. Ортодонтична допомога сприяє нормалізації функцій зубощелепної системи, що є важливим фактором у процесі мовленнєвого розвитку. Результати досліджень демонструють, що комплексний інтегративний підхід забезпечує не лише успішну корекцію мовленнєвих порушень у найкоротші строки, а й сприяє гармонійному розвитку дитини, її адаптації в соціумі та формуванню впевненості у собі. Такий підхід може бути рекомендований для широкого впровадження у практику роботи з дітьми із порушеннями мовлення.

**Ключові слова:** інтегративний підхід, медико-психолого-педагогічна допомога, порушення мовлення, органічний генез, артикуляційна моторика, логопедична корекція, психологічна підтримка, ортодонтична допомога, розвиток мовлення, соціальна адаптація.

---

### 1. Вступ

Інтегративна медико-психолого-педагогічна допомога дітям із порушеннями мовлення органічного генезу є сучасним і високоефективним підходом, що базується на об'єднанні зусиль фахівців різних галузей. Умови сьогодення вимагають розробки таких методів корекції, які враховують не лише фізіологічні особливості мовленнєвого апарату дитини, а й її психологічний стан, соціальні умови та індивідуальні потреби. Інтегративний підхід дозволяє створити гармонійний процес корекції, спрямований на всебічний розвиток дитини [1-3].

Основною метою інтегративної допомоги є досягнення максимально можливих результатів у корекції мовленнєвих порушень через системний підхід до вирішення проблеми. Задля цього об'єднуються знання і практичний досвід логопедів, психологів, стоматологів-ортодонтів та інших спеціалістів, що працюють у тісній співпраці [4]. Така взаємодія дозволяє не лише усунути мовленнєві порушення, але й створити умови для гармонійного розвитку особистості дитини, підвищення її самооцінки та успішної соціальної адаптації.

Наукові дослідження підтверджують ефективність інтегративного підходу. Вивчення ролі міждисциплінарної роботи у корекції мовленнєвих порушень демонструє, що поєднання медичних, педагогічних та психологічних методів сприяє значному зменшенню тривалості корекційного періоду [5,6]. Логопедична допомога забезпечує розвиток артикуляційної моторики, звуковимови та мовленнєвих навичок, психологічна підтримка сприяє подоланню страхів і тривожності, а стоматологічна корекція вирішує проблеми порушень зубощелепної системи, що часто супроводжують органічні розлади мовлення [4].

Інтегративна допомога ґрунтується на індивідуалізованому підході до кожної дитини. Це означає, що перед початком корекційної роботи проводиться глибоке обстеження мовленнєвого, психологічного та фізіологічного стану дитини. На основі цих даних розробляється індивідуальна програма корекції, яка враховує специфіку кожного випадку, що забезпечує її високу результативність [7].

Важливим аспектом інтегративного підходу є також залучення батьків до процесу корекції. Спільна робота спеціалістів і родини допомагає створити сприятливе середовище для дитини як у навчальному, так і у домашньому просторі. Участь батьків сприяє кращому закріпленню досягнутих результатів та формуванню довготривалого позитивного ефекту [8].

## 2. Об'єкт і предмет дослідження

Об'єктом дослідження є інтегративна медико-психолого-педагогічна допомога, спрямована на корекцію мовленнєвих порушень органічного генезу у дітей. Ця система включає взаємодію між логопедами, психологами, стоматологами-ортодонтами та іншими спеціалістами, які працюють у тісній співпраці для досягнення найкращих результатів у розвитку мовлення, соціальній адаптації та емоційному благополуччі дитини.

Предметом дослідження є методи, принципи, засоби та практичні результати інтегративної допомоги у роботі з дітьми, які мають порушення мовлення органічного генезу. Особлива увага приділяється оцінці ефективності такого підходу, аналізу його сильних і слабких сторін, а також розробці рекомендацій щодо вдосконалення процесу корекції.

Серед переваг інтегративної допомоги можна виділити:

1. Комплексний підхід: інтегративна допомога забезпечує врахування фізичних, психологічних та соціальних аспектів проблеми. Завдяки залученню логопеда, психолога та ортодонта, дитина отримує всебічну підтримку, що значно підвищує ефективність корекції.

2. Індивідуалізовані програми: усі корекційні заходи базуються на детальному аналізі індивідуальних особливостей дитини. Це дозволяє розробляти програми, які відповідають конкретним потребам, забезпечуючи максимальну результативність.

3. Залучення батьків: інтегративна допомога передбачає активну участь батьків у процесі корекції. Це сприяє закріпленню результатів та створенню сприятливого середовища для дитини вдома.

4. Позитивний психологічний ефект: психологічна підтримка, що є невід'ємною частиною інтегративного підходу, допомагає дитині подолати страхи, підвищити самооцінку та створити сприятливий емоційний фон для роботи.

5. Міждисциплінарна співпраця: спільна робота фахівців різних галузей забезпечує комплексний вплив на проблему, дозволяючи ефективно вирішувати навіть складні випадки мовленнєвих порушень [9-11].

Серед недоліків інтегративної допомоги можемо виділити:

1. Високі вимоги до організації: ефективна інтегративна допомога потребує налагодженої взаємодії між спеціалістами. Координація роботи фахівців, складання спільних планів і постійна комунікація можуть бути складними для реалізації.

2. Фінансові витрати: вартість комплексної допомоги є досить високою, оскільки передбачає оплату послуг кількох спеціалістів. Це може обмежувати доступність підходу для сімей із середнім і низьким рівнем доходу.

3. Тривалість процесу: інтегративна допомога потребує значного часу, оскільки вона включає не лише корекцію мовлення, але й роботу з емоційним станом дитини, виправлення зубощелепних порушень та соціальну адаптацію.

4. Недостатня кількість фахівців: у деяких регіонах бракує кваліфікованих спеціалістів, які мають досвід роботи в інтегративних програмах. Це обмежує можливість впровадження підходу у широку практику.

5. Індивідуальні відмінності: не всі діти однаково добре реагують на інтегративну допомогу. Деякі випадки можуть вимагати особливих, нестандартних підходів, які не завжди враховуються в існуючих методиках [12,13].

Об'єкт і предмет дослідження демонструють, що інтегративна медико-психолого-педагогічна допомога має значний потенціал для корекції мовленнєвих порушень органічного генезу. Вона забезпечує комплексний вплив на проблему та враховує всі аспекти розвитку дитини. Попри це, її реалізація потребує ретельного планування, якісної підготовки фахівців і доступності для всіх категорій населення. Подальші дослідження мають бути спрямовані на оптимізацію підходів, підвищення їхньої доступності та розробку інструментів для оцінки їхньої ефективності.

### **3. Мета та задачі дослідження**

Метою цього дослідження є оцінка ефективності інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги дітям із порушеннями мовлення органічного генезу, що базується на розробці та впровадженні індивідуалізованих корекційних програм. Встановлення впливу комплексного підходу на гармонійний розвиток мовлення, соціальну адаптацію та підвищення психологічного благополуччя дітей із зазначеними порушеннями є центральною задачею дослідження.

Для досягнення мети було поставлено наступні задачі:

1. Провести аналіз наукової літератури з теми інтегративної допомоги дітям із порушеннями мовлення органічного генезу.

2. Розробити комплексну методику корекції, що передбачає залучення логопеда, психолога та стоматолога-ортодонта.

3. Оцінити початковий стан мовленнєвого розвитку та артикуляційної.

4. Впровадити корекційну програму в практику роботи з дітьми, адаптуючи її до індивідуальних особливостей кожної дитини.

5. Визначити динаміку змін у мовленнєвому розвитку та соціальній адаптації дітей після проходження курсу корекції.

### **4. Аналіз літератури**

Питання надання допомоги дітям із порушеннями мовлення органічного генезу активно обговорюється у сучасній науковій літературі. Основну увагу приділяють вивченню причин виникнення цих порушень, методів діагностики та корекції, а також ролі міждисциплінарної взаємодії у процесі реабілітації [14,15].

Мовленнєві розлади органічного характеру, як вторинний дефект при порушеннях зубощелепної системи, розглядаються багатьма авторами з позицій медичного, логопедичного,

психологічного підходів. Різним аспектам організації корекційно-педагогічної та медичної допомоги при таких порушеннях присвячені фундаментальні роботи українських вчених (Л. Барінової, В. Бондаря, М. Дмитренко, І. Дмітрієвої, С. Дорошенко, С. Коноплястої, В. Курєдової, І. Мартиненко, С. Миронової, Н. Пахомової, В. Синьова, Є. Синьової, Л. Смаглюк, В. Тарасун, Л. Фомічової, О. Хохліної, А. Шевцова, М. Шеремет, Д. Шульженко та ін.). Багатоаспектність вирішення проблем корекції мовленнєвих і зубощелепних порушень підтверджує взаємозалежність вказаних галузей від міждисциплінарної інтеграції, що включає в себе формування нових підходів інтегративного характеру [16].

Згідно з дослідженнями українських учених, до ключових факторів розвитку мовленнєвих порушень належать органічні ураження центральної нервової системи, генетичні порушення та дисфункції зубощелепної системи. Зокрема, Т. Ахутина досліджувала вплив нейропсихологічних факторів на розвиток мовлення у дітей із патологіями мозку. Її праці висвітлюють значення індивідуального підходу до корекційної роботи, враховуючи специфіку уражень мозкових структур.

Л. Волкова приділяла увагу ролі логопедичної допомоги у корекції мовленнєвих порушень. Вона підкреслювала важливість ранньої діагностики та застосування комплексних методів, які поєднують розвиток артикуляційної моторики, звуковимови та лексико-граматичних навичок. І. Єжова акцентувала увагу на психологічних аспектах роботи з дітьми із мовленнєвими порушеннями. Її дослідження демонструють, що підтримка психолога є критично важливою для подолання внутрішніх бар'єрів та підвищення мотивації дітей до участі в корекційній роботі. М. Сеченова досліджувала питання взаємозв'язку стоматологічного здоров'я та мовленнєвого розвитку у дітей. Її роботи показують, що корекція зубощелепних порушень суттєво покращує функціонування мовленнєвого апарату, що у свою чергу сприяє нормалізації мовленнєвих процесів.

Аналіз логопедичних та медичних літературних джерел дозволяє зробити висновок, що, на жаль, система допомоги особам із порушеннями мовлення органічного генезу 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 самих пацієнтів або їх батьків [17-19].

Таким чином, міждисциплінарна інтеграція дуже важлива для досягнення максимально стійкого результату лікування. Якісна корекційна допомога потребує комплексного медико-психолого-педагогічного підходу до діагностики стану мовленнєвого і психічного розвитку дитини, функціонування артикуляційного апарату та розробки системи корекційних заходів.

## 5. Методи досліджень

Дослідження було проведено із застосуванням таких методів:

1. Теоретичний аналіз — вивчення наукової та методичної літератури, аналіз сучасних підходів до діагностики та корекції порушень мовлення органічного генезу. Цей метод дозволив систематизувати існуючі знання та визначити актуальні напрями дослідження.

Емпіричні методи:

1. Спостереження за поведінкою дітей під час виконання корекційних завдань, що дозволило визначити їхні індивідуальні особливості та адаптаційні механізми.

2. Проведення тестування для оцінки початкового стану мовлення та артикуляційної моторики. Використовувалися стандартні логопедичні та психологічні методики, такі як тест на розвиток мовленнєвих навичок, опитувальник для оцінки тривожності у дітей.

3. Анкетування та опитування батьків, яке дало змогу зібрати додаткову інформацію про анамнез розвитку дітей, умови виховання та їхній вплив на формування мовленнєвих навичок.

4. Експериментальна робота — впровадження розробленої методики інтегративної допомоги, яка передбачала комплексну роботу логопеда, психолога та стоматолога-ортодонта.

Кожен із фахівців працював за чітко визначеним планом, а координація дій здійснювалася на регулярних міждисциплінарних нарадах.

Кількісний та якісний аналіз результатів:

1. Проведення динамічного моніторингу змін у мовленнєвому розвитку дітей. Моніторинг здійснювався на основі контрольних тестувань після кожного етапу корекційної роботи.

2. Якісний аналіз включав описові спостереження та індивідуальні звіти фахівців про досягнуті результати.

Методи статистичної обробки даних застосовувалися для перевірки достовірності результатів. Використовувалися такі методи, як розрахунок середніх значень, порівняльний аналіз показників "до" та "після" втручання, а також кореляційний аналіз для визначення взаємозв'язків між параметрами мовленнєвого розвитку та іншими факторами.

Методи дослідження були спрямовані на отримання цілісного уявлення про ефективність інтегративного підходу та обґрунтування практичних рекомендацій для роботи з дітьми із порушеннями мовлення органічного генезу.

## 6. Результати досліджень

У ході нашого дослідження для досягнення поставленої мети було проведено комплексне логопедичне та ортодонтичне обстеження 124 дітей віком 4-10 років, батьки яких звернулися по логопедичну допомогу. Залежно від віку дітей, наявності мовленнєвих розладів, порушень прикусу та призначених видів корекції усі 124 дитини, 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 контрольні групи увійшло по 12 і 14 дітей відповідного віку з фізіологічним прикусом та без мовленнєвих порушень.

На другому етапі дослідження обстежені діти були розділені ще на дві групи в залежності від запропонованої корекційної 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. Контрольні групи склали 12 та 14 дітей без порушень мовлення та з фізіологічним прикусом. У 1-й групі корекційна робота проводилася за запропонованою методикою з використанням модифікованих міогімнастичних вправ, тейпування та одночасного застосування ортодонтичних апаратів. У 2-й групі (за побажаннями батьків) дітям надавалась виключно логопедична допомога.

У дітей обох обстежуваних груп найбільш інформативними були показники артикуляційної моторики. Саме нормалізація артикуляційного укладу за допомогою комплексної інтегративної медико-психолого-педагогічної корекції була покладена в основу експерименту. 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 [20,21].

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

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.

Дані про артикуляційну моторику дітей двох вікових груп до і після корекції демонструють значні покращення у показниках після проведення корекційної роботи, особливо за запропонованою 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 запропонованою 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 запропонованою методикою 83,93% дітей досягли норми, а лише у 16,07% залишилися незначні порушення.

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

**Таблиця 1.** Показники артикуляційної моторики у дітей 1-ї групи до та після надання корекційної допомоги

Шкала оцінювання (бали)	Показники контр.групи (n =12)		До початку корекції (n =54)		Після 12 місяців корекційної роботи			
					Стандартна методика (n =11)		Запропонована методика (n =43)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
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	12	100	-	-	5	45,45	36	83,72
Всього	12	100	54	100	11	100	43	100

**Таблиця 2.** Показники артикуляційної моторики у дітей 2-ї групи до та після надання корекційної допомоги

Шкала оцінювання (бали)	Показники контр.групи (n =14)		До початку корекції (n =70)		Після 12 місяців корекційної роботи			
					Стандартна методика (n =14)		Запропонована методика (n =56)	
	N	%	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	14	100	-	-	10	71,43	47	83,93
Всього	14	100	70	100	14	100	56	100

Ефективність запропонованої методики комплексної інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги, логопедичної та ортодонтичної корекції доводили за допомогою клінічних, антропометричних, рентгенологічних та функціональних показників, визначення яких проводили до початку та протягом усього корекційного процесу. Терміни корекційної роботи з дітьми обох досліджуваних груп представлені у таблицях 3 та 4.

**Таблиця 3.** Терміни корекційної роботи з дітьми I групи (4-6 років)

№/п	Кількість Осіб	Терміни корекційної роботи (місяці)	Результати корекційної роботи			
			Дистальний прикус		Мезіальний прикус	
			абс.	%	абс.	%
1-а підгрупа (запропонована 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 проходили лікування за запропонованою

методикою, у випадках дистального прикусу 24,13% завершили корекцію за менш ніж 6 місяців, 72,41% – за 6–12 місяців, і лише 3,45% – за понад 12 місяців. У дітей із мезіальним прикусом у цій підгрупі 7,14% завершили лікування за менш ніж 6 місяців, 85,71% – за 6–12 місяців, і ще 7,14% потребували понад 12 місяців.

У 2-й підгрупі, яка використовувала стандартну методику, у випадках дистального прикусу жодна дитина не завершила лікування за менш ніж 6 місяців, 71,42% досягли результатів за 6–12 місяців, а 28,57% – за понад 12 місяців. Для мезіального прикусу 50% дітей завершили корекцію за 6–12 місяців, а ще 50% – за понад 12 місяців.

Таким чином, запропонована 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.

**Таблиця 4.** Терміни корекційної роботи з дітьми II групи (6-10 років)

№/п	Кількість осіб	Терміни корекційної роботи (місяці)	Результати корекційної роботи			
			Дистальний прикус		Мезіальний прикус	
			абс.	%	абс.	%
1-а підгрупа (запропонована 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 запропонованої методики забезпечило ефективніші результати в коротші терміни порівняно зі стандартною методикою. У першій підгрупі, де застосовувалася запропонована методика, 12,82% дітей із дистальним прикусом і 11,76% дітей із мезіальним прикусом досягли позитивних результатів менш ніж за 6 місяців. У період від 6 до 12 місяців ці показники зросли до 79,49% і 76,47% відповідно. Для досягнення результатів за більш ніж 12 місяців потрібно було лише 7,69% дітей із дистальним прикусом і 11,76% із мезіальним прикусом.

У другій підгрупі, де використовувалася стандартна методика, результати були менш оптимістичними. Тільки 11,11% дітей 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 77,78% із дистальним прикусом і 60% із мезіальним прикусом. Корекція понад 12 місяців знадобилася 11,11% дітей із дистальним прикусом і 40% із мезіальним прикусом.

Таким чином, запропонована 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 запропонована методика є ефективнішою, ніж стандартна. У першій групі дітей (4–6 років) позитивні результати корекції при використанні запропонованої 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 запропонованою 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 скорегувати 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, запропонована методика корекції не лише забезпечує кращі результати, але й дозволяє значно скоротити тривалість лікування, особливо у дітей із дистальним прикусом. Стандартна методика вимагає більше часу для досягнення аналогічних результатів і є менш ефективною у випадках мезіального прикусу.

## 7. Перспективи подальшого розвитку досліджень

Подальший розвиток досліджень у сфері інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги дітям із порушеннями мовлення органічного генезу відкриває значні перспективи. По-перше, це можливість розробки більш детальних протоколів корекційної роботи, які враховують як анатомо-фізіологічні особливості, так і психологічні потреби кожної дитини. Впровадження сучасних цифрових технологій, таких як логопедичні додатки, віртуальна реальність та штучний інтелект, може значно підвищити ефективність терапії. Крім того, створення спеціалізованих навчальних програм для підготовки фахівців міждисциплінарного профілю сприятиме розширенню практики інтегративного підходу. Дослідження соціальних аспектів, включаючи роль сім'ї та суспільного середовища, може допомогти у створенні цілісної системи підтримки для дітей із порушеннями мовлення. Особливу увагу слід приділити впровадженню комплексних логопедично-ортодонтичних досліджень, які дадуть змогу оцінити довготривалу ефективність інтегративних методик. Усі ці заходи сприятимуть формуванню уніфікованих стандартів допомоги, що враховують сучасні інновації та найкращі практики.

## 8. Висновки

Дослідження інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги дітям із порушеннями мовлення органічного генезу демонструє значний потенціал для вдосконалення корекційної роботи. Завдяки міждисциплінарному підходу забезпечується всебічний вплив на проблему, враховуючи як фізіологічні, так і психологічні аспекти мовленнєвого розвитку дитини.

Ефективність інтегративної допомоги підтверджується її здатністю сприяти швидкому досягненню позитивних результатів у корекції мовленнєвих порушень. Поєднання зусиль логопеда, психолога та стоматолога-ортодонта дозволяє забезпечити гармонійний розвиток мовлення, адаптацію дітей у соціумі та підвищення їхньої самооцінки.

На основі результатів дослідження рекомендовано впроваджувати інтегративний підхід у широку практику роботи з дітьми. Подальший розвиток цієї методики дозволить вдосконалити наявні практики та створити нові ефективні програми корекції для дітей із порушеннями мовлення органічного генезу.

---

### Список літератури:

- 1) 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>
- 2) Берник, Т. Л. (2004). *Перші спроби надання логопедичної допомоги особам з мовленнєвими порушеннями*. Дефектологія, 3, 48–52.
- 3) Головка, Н. В. (2005). *Профілактика зубощелепних аномалій*. Вінниця: Нова Книга.
- 4) 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.
- 5) 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.
- 6) Куделя, І. М. (2021). *Корекція порушень звуковимови у дітей із деформаціями зубощелепної системи*. Херсон.
- 7) Лук'яненко, А. В. (2022). *Характеристика порушень мовлення органічного генезу: причини та симптоматика*. У Матеріалах Міжнародної науково-практичної конференції «Традиції та новації у сфері педагогіки та психології» (с. 4–5). Київ: Таврійський національний університет імені В. І. Вернадського.
- 8) 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.
- 9) Конопляста, С. Ю. (2010). *Психолого-педагогічні основи комплексної корекції мовленнєвого розвитку дітей з ринолалією*. Київ: МП Драгоманова.
- 10) Пахомова, Н. Г., & Лук'яненко, А. В. (2022). *Особливості надання інтегративної медико-психолого-педагогічної допомоги особам із порушеннями зубощелепної системи та розладами мовлення*. У II International Scientific and Theoretical Conference «CURRENT ISSUES OF SCIENCE, PROSPECTS AND CHALLENGES». Sydney, Australia.
- 11) Лихота, К. М., & Петриченко, О. В. (2012). *Профілактика і раннє лікування сагітальних зубощелепних аномалій*. Український стоматологічний альманах, 2(2), 91–92.
- 12) 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*. У Хрестоматії з логопедії: навчальний посібник [заг. ред. М. К. Шеремет] (с. 88–93). Київ: Книга-плюс.
- 13) Костик, С. А. (2014). *Особливості логопедичної роботи при формуванні звуковимови в дітей з аномаліями зубощелепної системи*. Таврійський вісник освіти, 4(48), 79–83.
- 14) Лук'яненко, А. В. (2021). *Теоретичні основи інтеграції медико-психологічної та педагогічної складових комплексної реабілітації осіб із зубощелепними порушеннями*. У Матеріалах VII міжнародного конгресу зі спеціальної педагогіки та психології «Діти з особливими потребами: від рівних прав до рівних можливостей» (с. 7–8). Київ.
- 15) Неміш, Т. Ю. (2005). *Біометрична характеристика динаміки розвитку зубних рядів у дітей із тяжкими порушеннями мовлення центрального походження*. Новини стоматології, 1(42), 18–22.
- 16) Шеремет, М. К. (2001). *Сучасні підходи до подолання порушень звуковимови. Педагогіка та методики: спеціальні*. Збірник наукових статей НПУ ім. М.П. Драгоманова.

17) 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 військово-мед. акад., 43, 193–198.

18) Пахомова, Н. Г. (2020). *Комплексна допомога особам із зубощелепними порушеннями*. У Матеріалах IV Всеукраїнської науково-практичної конференції «Інноваційні підходи в освіті та реабілітації дітей із особливими освітніми потребами» (с. 73–76). Київ.

19) Пахомова, Н. Г., & Лук'яненко, А. В. (2021). *Комплексний підхід до діагностики мовленнєвих порушень органічного генезу*. Науковий журнал Хортицької національної академії, 5. <https://doi.org/10.51706/2707-3076-2021-5-12>

20) Петриченко, О. В. (2016). *Клінічна характеристика щелепно-лицевої ділянки ортодонтичних пацієнтів із порушеннями мовлення*. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика, 25, 491–496.

21) 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: Астрія.

---

## Assessment of the effectiveness of providing integrative medical, psychological, and pedagogical assistance to children with speech disorders of organic origin

**Anna Lukianenko**

Institute of Special Pedagogy and Psychology named after Mykola Yarmachenko, National Academy of Pedagogical Sciences of Ukraine, Ukraine  
ORCID 0000-0003-3618-9119

---

**Abstract:** Today, the issue of correcting speech disorders of organic origin is of particular importance, as such disorders significantly affect a child's development, socialization, and psychological well-being. To effectively address these problems, they should be approached within the framework of an integrative methodology that encompasses comprehensive medical, psychological, and pedagogical support. This approach involves the collaboration of various specialists: speech therapists, psychologists, and orthodontists, who work closely together to achieve the best possible correction outcomes. The foundation of this approach lies in the development of individualized correction programs that consider the specifics of speech disorders, the anatomical and physiological characteristics of each child, and their psychological condition. Speech therapy focuses on developing articulation skills, correcting sound production, and forming speech abilities. Psychological support helps to boost the child's self-esteem, reduce anxiety levels, and create a positive emotional environment for correctional work. Orthodontic intervention contributes to the normalization of maxillofacial functions, which plays a crucial role in speech development. Research results demonstrate that a comprehensive integrative approach ensures not only the successful correction of speech disorders in the shortest possible time but also promotes the child's harmonious development, social adaptation, and self-confidence. This approach can be recommended for widespread implementation in practices aimed at working with children with speech disorders.

**Keywords:** integrative approach, medical-psychological-pedagogical assistance, speech disorders, organic origin, articulation skills, speech therapy correction, psychological support, orthodontic intervention, speech development, social adaptation.

---