

**КИЇВСЬКИЙ СТОЛИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ БОРИСА ГРІНЧЕНКА**

Факультет психології, соціальної роботи та спеціальної освіти
Кафедра спеціальної та інклюзивної освіти

МАГІСТЕРСЬКА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему:

**СКРИНІНГ АРТИКУЛЯЦІЙНОЇ МОТОРИКИ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО
ШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ЗВУКОВИМОВИ**

Студентки 2 курсу,
Групи ЛОГм-1-24-1.4д
другого (магістерського) рівня
галузі знань 01 Освіта/Педагогіка
спеціальності 016 Спеціальна освіта
освітньої програми 016.01.01 Логопедія
Галенко Вікторії Миколаївни

Використання чужих ідей,
результатів і текстів мають
посилання на відповідне джерело

Науковий керівник: К.О. Тичина
кандидат психологічних наук,
доцент кафедри спеціальної та
інклюзивної освіти

(підпис студента)

(ініціали, прізвище)

Кількість балів: ____ Оцінка: ECTS ____

Голова комісії _____
(підпис) (ініціали, прізвище)

Допуск до захисту
Перед ЕК

О. В. Мартинчук,
Завідувач кафедри спеціальної
та інклюзивної освіти

Члени комісії _____
(підпис) (ініціали, прізвище)

(підпис) (ініціали, прізвище)

(підпис) (ініціали, прізвище)

м. Київ – 2025 р.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ АРТИКУЛЯЦІЙНОЇ МОТОРИКИ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ ПОРУШЕННЯМ ЗВУКОВИМОВИ	9
1.1. Зміст поняття «артикуляційної моторики» та її компоненти	9
1.2. Особливості артикуляційної моторики у дітей молодшого шкільного віку із порушенням звуковимови	21
1.3. Скринінг як ефективний метод первинної діагностики артикуляційної моторики.....	30
Висновки до першого розділу	37
РОЗДІЛ 2. РОЗРОБКА МЕТОДИКИ СКРИНІНГУ АРТИКУЛЯЦІЙНОЇ МОТОРИКИ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ЗВУКОВИМОВИ ТА ЇЇ АПРОБАЦІЯ	39
2.1. Обґрунтування методики скринінгу артикуляційної моторики у дітей молодшого шкільного віку із порушеннями звуковимови	39
2.2. Апробація розробленої методики скринінгу	62
2.3. Аналіз результатів апробації методики скринінгу артикуляційної моторики у дітей молодшого шкільного віку з порушеннями звуковимови	74
Висновки до другого розділу	78
ВИСНОВКИ	79
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	81
ДОДАТКИ.....	88

ВСТУП

Актуальність дослідження. Артикуляційна моторика відіграє ключову роль у формуванні правильної звуковимови у дітей. Чіткість і точність вимови звуків забезпечується скоординованою роботою органів артикуляції, таких як губи, язик, нижня щелепа. Ці органи повинні швидко переключатись між різними артикуляційними позиціями для правильної вимови голосних і приголосних звуків. У зв'язку з цим особливого значення набуває питання скринінгу артикуляційної моторики, що дозволяє вчасно виявити труднощі й організувати ефективну логопедичну роботу.

Порушення артикуляційної моторики у дітей молодшого шкільного віку може мати значний вплив на формування навичок читання та письма (Е. Данілавічюте, В. Ільяна, Ю. Рібцун, Т. Хомик) через зв'язок із розвитком фонематичної компетентності. Артикуляція не лише забезпечує правильну вимову, але й виконує роль у формуванні акустичних і кінестетичних уявлень про фонemi, які є важливими для сприйняття, диференціації та відтворення звуків.

Дослідження залежності якості звуковимови від стану артикуляційної моторики активно розвивається в українській науковій спільноті, зокрема у роботах І. Андрусьової, Н. Бабич, С. Кондукової, С. Коноплястої, В. Литвиненко, Н. Лопатинської, Н. Манько, Н. Пахомової, О. Ревуцької, Ю. Рібцун, К. Тичини, Л. Федорович та ін. Вчені зазначають, що порушення звуковимови можуть бути пов'язані зі станом артикуляційної моторики, зумовленим порушеннями міофункціонального профілю (І. Андрусьова, Н. Бабич, В. Литвиненко, Н. Манько, Н. Пахомова, Ю. Рібцун, L. Bruneel, G. Pauw, Z. Thijs, A. Lierde та ін.); нейромоторним дефіцитом і недостатньою іннервацією м'язів артикуляційного апарату при різних формах дизартрії (Л. Бондар, Н. Гаврилова, В. Галущенко, А. Голуб, В. Кисличенко, С. Конопляста, Л. Косташенко, В. Кравець, Н. Пахомова, Е. Данілавічюте, S. Barnes, S. Bloch, A. E. Emery); кінестетичними та кінетичними порушеннями при артикуляційних диспраксіях (Н. Гаврилова, Н. Пиляєва, І. Мартиненко, К. Тичина); вродженими незрощеннями губи та/або піднебіння

(С. Конопляста, А. Мельник, О. Канюра, Н. Лопатинська, О. Гуменюк, А. Цибулько, В. Філоненко, А. Яковенко).

Зважаючи на складність і багатогранність причин порушень артикуляційної моторики, питання своєчасного їх виявлення набуває особливої актуальності. Молодший шкільний вік є критично важливим періодом для скринінгу мовленнєвого розвитку, оскільки на цьому етапі часто проявляються невиявлені в дошкільному віці порушення артикуляційної моторики. Це зумовлено як недостатньою увагою батьків і педагогів, так і обмеженим доступом до логопедичних послуг. Особливо важливо діагностувати та коригувати ці порушення в період активного формування навичок читання й письма, адже їх ігнорування може спричинити труднощі у навчанні, зниження академічної успішності та ускладнення соціальної адаптації дитини. Як зазначають А. Яцинік, І. Баранець і Н. Пахомова, ситуація ускладнюється в умовах воєнного стану, що спричинив масове переміщення дітей, обмежений доступ до корекційно-розвиткових послуг і перехід на змішану чи дистанційну форму навчання. Через ці фактори значна кількість учнів початкової школи залишається без необхідної діагностики та корекції порушень звуковимови, що ще більше загострює проблему дефіциту логопедичних послуг у регіонах.

Враховуючи сучасні виклики особливо актуальною є потреба у впровадженні швидких, доступних і стандартизованих методів виявлення мовленнєвих порушень, що підкреслює важливість проведення скринінгу в молодшому шкільному віці. З огляду на вищесказане ефективність скринінгу як первинного інструменту виявлення порушень артикуляційної моторики підтверджується можливістю його проведення в умовах школи педагогами та логопедами.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та емпірично апробувати методику скринінгу артикуляційної моторики у дітей молодшого шкільного віку із порушеннями звуковимови.

Об'єкт дослідження: артикуляційна моторика дітей молодшого шкільного віку

Предмет дослідження: методика скринінгу артикуляційної моторики у дітей молодшого шкільного віку із порушеннями звуковимови.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати науково-методичну літературу з проблеми діагностики артикуляційної моторики у дітей молодшого шкільного віку із порушеннями звуковимови.
2. Розробити інструментарій для визначення стану артикуляційної моторики у дітей молодшого шкільного віку із порушенням звуковимови.
3. Розробити та апробувати методику скринінгу артикуляційної моторики у дітей молодшого шкільного віку із порушеннями звуковимови.
4. Розробити методичні рекомендації щодо застосування скринінгу артикуляційної моторики у дітей молодшого шкільного віку із порушеннями звуковимови в умовах закладів загальної середньої освіти.

Теоретико-методологічну основу дослідження склали: теорія залежності якості звуковимови від стану артикуляційної моторики, яка активно розвивається в українській та зарубіжній літературі (І. Андрусьова, Н. Бабич, С. Кондукова, С. Конопляста, В. Литвиненко, Н. Лопатинська, Н. Манько, Н. Пахомова, О. Ревуцька, Ю. Рібцун, К. Тичина, Л. Федорович, L. Bruneel, G. Pauw, Z. Thijs, A. Lierde та ін.), наукові розвідки щодо впливу міофункціональних порушень на артикуляційну моторику, які доводять взаємозв'язок між станом м'язового тону та якістю звуковимови (І. Андрусьова, Н. Бабич, В. Литвиненко, Н. Манько, Н. Пахомова, Ю. Рібцун та ін.), дослідження нейромоторного дефіциту та недостатньої іннервації м'язів артикуляційного апарату при дизартрії, що свідчать про зв'язок між порушеннями нервової регуляції та порушеннями звуковимови (Л. Бондар, Н. Гаврилова, В. Галущенко, А. Голуб, В. Кисличенко, С. Конопляста, Л. Косташенко, В. Кравець, Н. Пахомова, Е. Данілавичюте, S. Barnes, S. Bloch, A. Emery), кінетичні та кінестетичні порушення при артикуляційних диспраксіях, що впливають на формування мовленнєвих навичок і вимагають специфічних підходів до корекції (Н. Гаврилова, Н. Пиляєва, І. Мартиненко, К. Тичина), дослідження особливостей мовлення у дітей з вродженими незрощеннями губи

та/або піднебіння, що розкривають специфіку порушень та методи їх корекції (С. Конопляста, А. Мельник, О. Канюра, Н. Лопатинська, О. Гуменюк, А. Цибулько, В. Філоненко, А. Яковенко).

Методи дослідження:

- **теоретичні** – аналіз та узагальнення науково-методичної, психолого-педагогічної й логопедичної літератури з метою уточнення змісту понять «артикуляційна моторика» та «скринінг», визначення їх структурних компонентів і особливостей розвитку в дітей молодшого шкільного віку з порушеннями звуковимови;

- **емпіричні** – констатувальне дослідження для оцінки стану артикуляційної моторики у дітей молодшого шкільного віку; анкетування логопедів з метою визначення особливостей їхньої діагностичної практики та потреби у стандартизованому інструменті; розробка й апробація уніфікованої скринінгової методики оцінки артикуляційної моторики;

- **статистично-математичні** – кількісна обробка, інтерпретація та систематизація отриманих результатів, формулювання узагальнених висновків.

Експериментальна база дослідження.

Дослідницька робота проводилася за допомогою Internet-розсилки авторських анкет, з подальшою їх обробкою. В опитуванні взяли участь 10 учителів-логопедів, які здійснюють логопедичний супровід дітей молодшого шкільного віку з порушеннями мовлення та працюють у різних типах освітніх закладів.

Експериментальна частина дослідження передбачала апробацію розробленої скринінгової методики оцінки артикуляційної моторики. З метою практичної перевірки інструментарію було проведено скринінгове обстеження 5 дітей молодшого шкільного віку з різними типами порушень звуковимови.

Елементи наукової новизни. Вперше створено комплексну систему скринінгової діагностики артикуляційної моторики для дітей молодшого шкільного віку з порушеннями звуковимови. Ця система ґрунтується на інтеграції статичних, динамічних і дисфункціональних показників. Розроблено теоретичну

базу та структуровано параметри оцінювання, які враховують специфіку розвитку артикуляційного апарату у дітей із мовленнєвими порушеннями. Визначено діагностичну значущість часового критерію для проведення скринінгу, який виступає об'єктивним індикатором ступеня порушень артикуляційної моторики. Також створено оригінальний скринінговий бланк із уніфікованою системою оцінювання, що забезпечує стандартизацію процесу діагностики.

Практичне значення. Розроблено готовий діагностичний інструмент у вигляді скринінгового бланку, який дозволяє здійснювати обстеження артикуляційної моторики впродовж 7-14 хвилин, в середньому 9,6 хвилин. Ця методика може бути ефективно застосована вчителями-логопедами для своєчасного виявлення дітей із порушеннями артикуляційної моторики. Скринінг забезпечує оптимізацію корекційної роботи, дозволяючи швидко виявляти дітей, які потребують більш детального обстеження та розробки індивідуальних корекційних програм. Матеріали дослідження можуть знайти використання у таких напрямках: система підвищення кваліфікації педагогічних працівників; моніторинг ефективності логопедичної діяльності.

Апробація результатів магістерського дослідження здійснювалася протягом 2025 року у ході експериментальної частини роботи на базі Спеціальної школи №7 м. Києва та у межах індивідуальної логопедичної практики. Основні положення та результати дослідження включали практичну перевірку ефективності розробленої скринінгової методики артикуляційної моторики шляхом обстеження 5 дітей молодшого шкільного віку з різними типами порушень звуковимови.

Результати дослідження були представлені на Студентській науково-практичній онлайн-конференції «Перші кроки в науку» (6 листопада 2025 року), секція №15 «Науково-практичні засади логопедичної підтримки осіб із порушеннями мовлення» (Київ, Україна), а також на Всеукраїнській науково-практичній конференції (з міжнародною участю) «Сучасний дизайн інклюзивного навчання: успішні українські та зарубіжні практики» (11 листопада 2025 року).

Матеріали дослідження викладено у тезах доповіді «Скринінг артикуляційної моторики як інструмент первинної діагностики порушень звуковимови»,

підготовлених у співавторстві з науковим керівником К. О. Тичиною, викладачем кафедри спеціальної та інклюзивної освіти М. С. Овчаренко.

Структура магістерської роботи. Складається зі вступу, двох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел (62 найменування, з них 42 – іноземними мовами) та 7 додатків (19 сторінок). Повний обсяг роботи становить 104 сторінки, основного тексту – 80 сторінок. Робота містить 17 рисунків і 8 таблиць (1 в тексті і 7 в додатках).

РОЗДІЛ 1

НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ АРТИКУЛЯЦІЙНОЇ МОТОРИКИ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ ПОРУШЕННЯМ ЗВУКОВИМОВИ

1.1. Зміст поняття «артикуляційної моторики» та її компоненти

Мовлення є складним психофізіологічним процесом, що забезпечує комунікативну діяльність людини. Як зазначає W. Whitney у загальному сенсі артикуляція вважається ключовою рисою усного мовлення, що відрізняє його від неартикульованих звуків, таких як сміх, плач, крик. Однак наукове визначення цього поняття викликали суперечки [62]. Наприклад, професор К. Heyse з Берліна у своїх роботах намагався розмежувати артикульоване та неартикульоване мовлення, визначаючи перше як звуки, що виробляються людськими органами, а друге — іншими органами. Проте таке визначення виявилось невдалим, оскільки люди можуть відтворювати звуки, подібні до тваринних. Тому пізніше у працях К. Heyse артикуляція описується як дія органів вище гортані, які формують звук через рух ротового каналу. Це підкреслює роль артикуляції у створенні мовленнєвих звуків, але водночас зводить її до синоніму «людської вимови» [38]. Пізніші дослідники, такі як E. Sievers і F. Techmer, розширили поняття артикуляції. E. Sievers визначає артикуляцію як будь-яке «порушення» органів мовлення від позиції спокою, що дозволяє створити звук. F. Techmer також підкреслює, що артикуляція — це будь-яке звукоутворення, яке вимагає руху органів, що оточують потік повітря. Таким чином, артикуляція стає синонімом будь-якого звукоутворення - незалежно від того, чи це відтворення мовлення, сміх чи звуки тварин. Отже, артикуляція — це процес приведення органів або комплексу органів у позицію, необхідну для вироблення звуку. Оскільки будь-який звук, створений органами вимови, вимагає такого приведення в позицію, кожен звук, що виникає в результаті цього процесу, є артикульованим. Таким чином, вживання терміна «артикульована вимова» є тавтологією, адже будь-яка вимова передбачає артикуляцію [52; 53]. Навпаки, «неартикульована вимова» — це суперечність у термінах, оскільки вимова завжди включає артикуляційні рухи. Артикульований

звук — це, по суті, будь-який вимовлений звук, а артикулювати означає вимовляти, так уточнює W. Whitney [62].

Арістотель у фрагменті своєї книги пояснює, що мова — це артикуляція («розділення на суглоби») тону за допомогою язика. Голосні звуки створюються горлом, а приголосні — язиком і губами. Таким чином, артикуляція полягає не лише у виробленні окремих звуків, але й у їхньому поєднанні для формування мовлення [22].

Як знову ж таки, зазначив W. Whitney, що артикуляція не залежить від фізичної будови органів мовлення, а від способу їхнього використання, який розвивається через навчання та практику. Це історичний, а не фізичний процес. Мовлення, ймовірно, почалося з простих односкладових вимов — спочатку це могли бути чисті голосні, потім відкриті, а згодом закриті склади. Одна така вимова могла виражати ціле речення, будучи своєрідним голосовим жестом, зрозумілим у контексті. З часом ці вимови ускладнювалися, що дозволило створювати більш складні та точні форми комунікації. Він також вважає, що артикуляція — це не просто механічне створення звуків, а складний історичний процес, який робить мову з'єднаною, багатозначною та здатною до нескінченного розширення сенсу [62].

Хоча W. Whitney правильно підкреслює, що артикуляція залежить від способу використання органів мовлення, який розвивається через навчання та практику, важливо також враховувати, що артикуляція тісно пов'язана з фізичною будовою цих органів, оскільки фізичні властивості та порушення артикуляції можуть значно впливати на відтворення звуків у мовленні [62].

Формування мовлення багато в чому залежить від правильного функціонування артикуляційного апарату, що включає рухи м'язів губ, язика, нижньої щелепи та м'якого піднебіння. Ці органи створюють складну систему, яка забезпечує формування артикуляційних навичок — динамічного комплексу рухів, що мають бути чітко узгоджені з процесами фонації та дихання. Кожен мовний звук вимагає специфічного розташування артикуляторів, відповідного рівня напруження м'язів і точної послідовності рухів у часі. Чітка звуковимова

досягається завдяки скоординованій роботі мовнорухового апарату, дихальної системи та голосу, що разом складають основу фонетичного аспекту мовлення.

Оскільки звуки мовлення не вимовляються ізольовано, а плавно переходять один в одного через коартикуляцію, артикуляційний апарат має демонструвати достатню гнучкість і здатність швидко змінювати своє положення. Ця динамічна властивість мовленнєвого процесу не лише забезпечує акустичну чіткість звуковимови, але й сприяє розвитку фонематичних функцій. Саме точна артикуляція створює акустичні образи фонем, необхідні для їх розрізнення й ідентифікації. Ю. Рібцун, М. Савченко [15; 17].

Таким чином, стан артикуляційної моторики прямо впливає на якість звукового оформлення мовлення та формування фонематичного сприйняття, яке є основою для подальшого розвитку мовленнєвої комунікації та навчальних здібностей.

Обов'язковою умовою для нормального розвитку мовлення є правильна будова та функціонування артикуляційного апарату В. Звєкова [8]. Анатомічна цілісність та фізіологічна зрілість органів артикуляції є важливою основою для формування усного мовлення. Різні вікові періоди мають свої специфічні особливості у розвитку фонематичного сприйняття та становленні зубощелепної системи, що визначає послідовність і характер прояву мовленнєвих функцій. У дошкільному та молодшому шкільному віці активно формується морфофункціональна зрілість артикуляційного апарату: встановлюється правильний прикус, завершується розвиток зубних рядів, відбувається диференціація м'язової іннервації. порушення будь-якого етапу цього процесу може спричинити стійкі патерни неправильної артикуляції, розвиток компенсаторних мовленнєвих стратегій та структурні зміни зубощелепної системи. Наприклад, такі фактори, як аномалії прикусу чи коротка вуздечка язика, не лише знижують рухливість артикуляторів, а й можуть викликати вторинні деформації щелеп, що вимагають подальшого ортодонтичного втручання. Отже, своєчасна діагностика та корекція порушень у розвитку артикуляційного апарату є ключовим аспектом профілактики стійких мовленнєвих розладів і гарантією створення оптимальних умов для повноцінного розвитку мовленнєвої функції [8].

В своїй роботі В. Мельник розглядає ключові аспекти ортодонції, такі як діагностика та виправлення аномалій зубощелепної системи. Хоча артикуляційна моторика не виступає окремим об'єктом дослідження, автор детально аналізує структурно-функціональні чинники, які впливають на формування мовленнєвої функції. Особливу увагу приділяється впливу різних типів прикусу, включаючи відкритий, хрестоподібний та глибокий, на артикуляційні процеси й здатність утворювати акустично правильні звуки мовлення. Автор відзначає, як відкритий прикус перешкоджає щільному змиканню губ і порушує контакт язика з піднебінням, що спричиняє інтердентальну вимову шиплячих і свистячих звуків, таких як [с], [з], [ц], [ш] і [ж]. Окрім цього, наголошується на важливості ортодонтичних конструкцій для відновлення функціональних можливостей артикуляційного апарату, що є необхідним для корекції мовленнєвих порушень, спричинених анатомічними порушеннями щелепи [12].

У статті, підготовленій І. Мартиненко та Н. Пиляєвою, досліджується онтогенетичний аспект формування орального праксису та його визначальний вплив на розвиток артикуляційної моторики. Авторки розглядають оральний праксис як ключовий компонент, що сприяє становленню складних рухових дій артикуляційного апарату, забезпечуючи точність, скоординованість та автоматичність вимови мовленнєвих звуків.

У ході роботи науковиці виявили чіткий взаємозв'язок між окремими складовими орального праксису та функціонуванням артикуляційної моторики, зокрема:

- дослідили вплив м'язової координації губ, язика та щелепи на точність здійснення артикуляційних рухів;
- вивчили кореляцію між розвитком орального праксису та формуванням фонематичного сприйняття;
- проаналізували роль моторного планування у автоматизації складних артикуляційних послідовностей.

Особливої уваги в статті надається дослідженню вікових норм розвитку артикуляційної моторики у взаємозв'язку з динамікою формування орального

праксисту. Наприклад, авторки демонструють, як затримки у розвитку складних рухів язика можуть призводити до порушень вимови сонорних фонем [р] і [л] [13].

Практично важливим аспектом роботи є створення системи вправ для диференціації рухів язика та губ, спрямованої на корекцію порушень артикуляційної моторики. Ця робота робить вагомий внесок у розуміння механізмів розвитку артикуляційної моторики у процесі онтогенезу та пропонує науково обґрунтовані методи її корекції.

Дослідження таких науковців, як Н. Гаврилова, Ю. Рібцун, В. Тарасун підтверджують, що правильний розвиток органів артикуляції є визначальним чинником для формування чіткої та правильної звуковимови у дітей. Науковці наголошують, що артикуляційна моторика виступає інтегральним показником зрілості мовленнєвої функції, який охоплює як анатомо-фізіологічні, так і психолінгвістичні аспекти. Вони підкреслюють, що для досягнення ефективного мовленнєвого розвитку необхідні достатня сила, пружність і координація рухів артикуляційних органів, адже саме ці характеристики забезпечують точність виконання складних артикуляційних схем, необхідних для формування фонем.

Зокрема, Н. Гаврилова акцентує увагу на тому, що знижений м'язовий тонус язика унеможлиблює створення високих позицій, які важливі для правильної вимови сонорних звуків. У свою чергу, Ю. Рібцун вказує на тісний взаємозв'язок між координацією рухів губ і чіткістю вимови губно-губних приголосних. В. Тарасун зазначає, що недостатній розвиток здатності до швидкого перемикавання між артикуляційними позиціями є однією з основних причин спотворень фонем у дітей молодшого шкільного віку [3; 15; 16; 18].

Таким чином, дослідження цих науковців підтверджують ключову роль артикуляційної моторики у мовленнєвому розвитку і вказують на важливість її всебічної діагностики та корекції в межах логопедичної діяльності.

Артикуляція – це скоординований процес, який передбачає зміну форми, позиції та взаємодії окремих артикуляційних органів під час вимови звуків у часовому просторі М. Łuszczuk [43]. Цей складний механізм базується на точній організації рухів язика, губ, щелепи та м'якого піднебіння у просторі й часі. Саме

ці динамічні конфігурації забезпечують формування необхідних акустичних характеристик мовленнєвих звуків.

Для чіткої вимови так само важлива моторика рухів як і правильний розвиток органів артикуляції для правильної вимови. Для якісної вимови не менш важливою є моторика рухів, яка йде пліч-о-пліч із правильним розвитком органів артикуляції. Варто зазначити, що артикуляційна моторика не ізольована, а становить частину складної системи. Ця система включає пропріоцептивну чутливість, м'язову пам'ять і нейромоторну координацію. Їх інтеграція забезпечує автоматичність та точність артикуляційних рухів, необхідних для безперервного мовленнєвого процесу.

Люди щодня виконують різноманітні завдання, такі як ходьба, розмова, друкування чи водіння, майже без зусиль. Однак на початкових етапах навчання ці дії вимагали значної концентрації, були повільними, нестабільними та схильними до помилок. Багаторазова практика дозволяє покращити точність, швидкість і стабільність виконання, зменшуючи потребу у свідомому контролі. Таким чином, розвиток моторних навичок передбачає перехід від свідомого до автоматизованого контролю, що є ключовим етапом у переході від новачка до досвідченого виконавця Р. Askerman [21].

У процесі мовленнєвого розвитку перехід від свідомого контролю артикулювання до автоматизованого мовлення відіграє вирішальну роль. Цей етап сприяє формуванню плавного, ритмічного і енергоефективного мовленнєвого потоку, що дозволяє дитині більше уваги приділяти змісту комунікації, а не технічним аспектам вимови. Автоматизація мовленнєвих рухів звільняє когнітивні ресурси, необхідні для оперування лексико-граматичними структурами та розвитку комунікативної компетентності.

В свою чергу моторні навички визначаються як здатність засвоювати необхідні для ефективного виконання завдань рухи через практику, виконуючи їх у високоорганізований (просторово та часово), майже автоматизований, адаптивний, енергоефективний і цілеспрямований спосіб V. Lieshout. У випадку мовлення артикуляційна моторика являє собою специфічний вид моторного

навику, що поєднує точність контролю акустичного сигналу з високою точністю рухів органів мовлення. Її основні характеристики включають унікальну комбінацію властивостей, які дозволяють продукувати мовлення. До них належать висока швидкість перемикання між артикуляційними позиціями, здатність тонко диференціювати рухи та створювати складні послідовності м'язових скорочень [59].

У контексті мовлення моторика - це особливий моторний навик, який включає контроль акустичного сигналу та рухів органів мовлення. Вона характеризується унікальною комбінацією властивостей, що дозволяють людині продукувати мовлення. Мовленнєва моторика вивчається з точки зору нейронної та когнітивної організації, які забезпечують контроль цього процесу, а також має важливе значення для наукових досліджень і клінічної практики, зокрема в оцінці та лікуванні мовленнєвих розладів, описує в статті Е. Маас [44].

Розвиток артикуляційної моторики безпосередньо пов'язаний із формуванням мовлення, утворюючи з ним єдиний функціональний механізм. Цей процес має фізіологічне підґрунтя: людина використовує органи, які первісно виконують життєво важливі функції травлення та дихання. Зокрема, ротова порожнина, будучи частиною цих систем, поступово адаптується до складних завдань мовленнєвої діяльності.

Орофациальний комплекс забезпечує не лише артикуляцію, а й виконує базові фізіологічні процеси. Слід зауважити, що саме такі первинні функції, як жування, ковтання й смоктання, формують необхідну моторну базу для розвитку артикуляції, котра виступає вторинною здобутковою функцією D. Pluta-Wojciechowska [48; 49].

Мовленнєвий розвиток відбувається одночасно з еволюцією первинних функцій, що підживлюється трьома взаємопов'язаними чинниками:

- анатомічним дозріванням органів, яке включає формування правильного прикусу, прорізування зубів, розвиток м'язової системи обличчя та артикуляційного апарату;

- розвитком центральної нервової системи, що передбачає становлення нейронних зв'язків для координації й автоматизації складних артикуляційних рухів;

- впливом зовнішніх факторів, таких як мовленнєве оточення, соціальні взаємодії та організовані корекційні заходи B. Wędrychowska-Szulc, I. Karłowska [42; 60].

Н. Гаврилова артикуляційну моторику розглядає як систему скоординованих рухів артикуляційного апарату: губ, язика, щелеп, м'якого піднебіння, що забезпечує точність і чіткість вимови звуків під час комунікації. У рамках її концепції, ця система діє як складний кінетичний ансамбль, у якому кожен артикулятор відіграє унікальну роль у створенні акустичних характеристик мовленнєвих звуків. Авторка підкреслює, що ефективність мовленнєвої моторики залежить не лише від індивідуальних особливостей руху окремих органів, але й від їхньої оптимальної взаємодії у просторі й часі. Це забезпечує плавний перехід між артикуляційними позиціями та стабільність звуковимови в різних комунікативних контекстах [3; 4].

Л. Фомічова під артикуляційною моторикою розуміла здатність мовленнєвих органів виконувати тонкі й диференційовані рухи, необхідні для артикуляції звуків, що є основою формування мовленнєвих навичок. У її трактуванні артикуляційна моторика означає розвиток високо спеціалізованих моторних програм, які забезпечують точне відтворення фонетичних зразків мови. Дослідниця наголошує, що диференційованість рухів органів артикуляції є ключовою умовою для розпізнавання фонем, що в свою чергу відіграє визначальну роль у формуванні фонематичного слуху та мовленнєвої компетентності загалом. Це підкреслює тісний взаємозв'язок між моторними й сенсорними аспектами мовленнєвої діяльності [19].

Дослідження F. Darley та R. Kent стали основою для формування фундаментальних підходів до розуміння артикуляційної моторики як ключового компонента мовленнєвого процесу. Як вказується в аналізі J. Duffy, запропоновані ними концепції, незважаючи на певні відмінності в їхніх акцентах, запропоновані

ними концепції об'єднуються у цілісну теоретичну модель. F. Darley, у своєму визначенні, робить акцент на фізіологічному аспекті, описуючи артикуляційну моторику як систему високоточних і скоординованих кінетичних патернів, які виконують язик, губи, м'яке піднебіння та голосові зв'язки. Такий підхід підкреслює значення м'язової активності, а також просторово-часову організацію рухів, що є невід'ємною умовою для створення чітких та розбірливих акустичних мовленнєвих сигналів [30; 31; 41].

R. Kent у своєму понятті «артикуляційна моторна функція» розвиває ідею, акцентуючи увагу на її функціональних і фонетичних аспектах. Він розглядає цей процес не лише як сукупність рухів, а як нейромоторну здатність, що забезпечує динамічний контроль і конфігурацію оральних структур. Основне завдання цієї функції, за його переконанням, полягає у активному формуванні голосового тракту, який виступає тимчасовим резонатором із характеристиками, що визначають фонетичну якість мовних звуків. Таким чином, Kent переносить акцент з механіки рухів на їх кінцеву мету — створення певних фонем [41].

Разом ці дві концепції формують діалектичну єдність: F. Darley описує «механіку» процесу, тоді як R. Kent пояснює його «телеологію». Їхні визначення не лише не вступають у протиріччя, а й взаємно доповнюють одне одного, охоплюючи як зовнішній фізіологічний аспект (рухи), так і внутрішній нейрофізіологічний компонент (контроль), забезпечуючи прямий зв'язок із мовленнєвим результатом — утворенням фонетичних елементів мови. Такий інтегрований погляд залишається ключовою основою для сучасних досліджень мовленнєвої моторики та її патологій.

Загалом артикуляційна моторика – це сукупність рухів мовленнєвих органів, необхідних для правильного утворення звуків мовлення. Це визначення можна узагальнити із наведених вище визначень різних науковців.

І. Дмитрієнко та Л. Федорович виділяли такі компоненти артикуляційної моторики:

- Обсяг рухів (повний, неповний).
- Точність рухів (збережена, порушена).

- Тонус (збережений, підвищений, знижений).
- Темп рухів (нормальний, повільний, швидкий).
- Переключення рухів (нормальне, уповільнене, персеверації, заміни рухів).
- Тремор (збільшення гіперкінезу при повторних рухах і утриманні пози, синкінезії, салівація) [7].

Водночас J. Chauvet виділяє такі компоненти артикуляційної моторики:

1. Моторне планування:
 - Формування послідовності артикуляційних дій;
 - Буферизація фонологічних одиниць у робочій пам'яті;
 - Вибір оптимальних моторних програм.
2. Фонетичне кодування:
 - Перетворення фонологічної інформації у моторні команди;
 - Активація ментального силабарію (сховища моторних програм).
3. Виконання артикуляційних рухів:
 - Точна координація рухів язика, губ, щелеп;
 - Контроль швидкості та амплітуди рухів;
 - Підтримка м'язового тону артикуляторів.
4. Системи контролю:
 - Прямий (feedforward) контроль – передбачення рухів;
 - Зворотний (feedback) контроль – корекція помилок;
 - Пропріоцептивний зв'язок – відчуття положення артикуляторів,
5. Нейрофізіологічні механізми:
 - Робота внутрішніх моделей передбачення;
 - Нейронні шляхи мовленнєвого контролю;
 - Сенсомоторна інтеграція [29].

Ці компоненти реалізуються через взаємодію різних рівнів мовленнєвої системи – від когнітивного планування до конкретних м'язових скорочень. Дослідження цих механізмів проводяться в рамках таких моделей як DIVA, Task Dynamics та інших сучасних концепцій мовленнєвого контролю.

Артикуляційна моторика як складний механізм формування звуковимови охоплює низку взаємопов'язаних компонентів, які можна розглядати на клініко-фізіологічному та когнітивно-нейрофізіологічному рівнях. Вітчизняні дослідники І. Дмитрієнко та Л. Федорович акцентують увагу на безпосередньо спостережуваних параметрах рухів артикуляційного апарату, серед яких виділяють обсяг рухів (від повного до неповного), їх точність (збережену чи порушену), стан м'язового тону (нормальний, підвищений чи знижений), темп виконання (нормальний, прискорений чи уповільнений), якість переключення між різними рухами, а також наявність патологічних проявів - тремору, синкінезій чи підвищеної саливації [7].

Паралельно J. Chauvet пропонує глибший, когнітивно-нейрофізіологічний підхід до розуміння артикуляційної моторики, виділяючи такі ключові аспекти: процеси моторного планування (включаючи формування послідовності артикуляційних дій, буферизацію фонологічних одиниць і вибір оптимальних моторних програм), етап фонетичного кодування (перетворення мовної інформації у конкретні моторні команди та активізацію ментального силабарію), безпосереднє виконання артикуляційних рухів з їх точністю, швидкістю та контролем тону, а також системи зворотного зв'язку, що забезпечують корекцію рухів. Важливу роль відіграють нейрофізіологічні механізми, такі як робота внутрішніх моделей передбачення, особливості нейронних шляхів мовленнєвого контролю та процеси сенсомоторної інтеграції [29].

Ці два підходи не суперечать, а доповнюють один одного, оскільки клінічно спостережувані характеристики артикуляційних рухів безпосередньо залежать від якості роботи вищих когнітивних та нейрофізіологічних механізмів. Наприклад, точність і плавність артикуляційних рухів обумовлені ефективністю моторного планування та роботою систем зворотного зв'язку, тоді як патологічні прояви (такі як тремор чи порушення тону) можуть свідчити про дисфункції у роботі внутрішніх моделей чи нейронних шляхів контролю. Сучасні дослідження в рамках таких моделей, як DIVA чи Task Dynamics, підкреслюють важливість комплексного, багаторівневого аналізу артикуляційної моторики - від конкретних

м'язових скорочень до загальних принципів організації мовленнєвого рухового контролю, що дозволяє глибше зрозуміти механізми формування звуковимови як у нормі, так і при різних видах мовленнєвих порушень.

Отже, артикуляційна моторика відіграє фундаментальну роль загалом у забезпеченні якісної звуковимови, оскільки вона є основою для правильного формування звуків мовлення. Її важливість полягає в прямому впливі на чіткість, розбірливість і правильність мовлення.

Дослідження І. Андрусьової, це підтверджують, в них констатовано, що якість звуковимови напряду залежить від стану артикуляційної моторики. Адже звук, це елемент мовлення, який утворюється за допомогою злагодженої роботи артикуляційного, дихального та голосового апаратів [1].

Формування правильної звуковимови у дітей безпосередньо залежить від розвитку артикуляційної моторики, яка передбачає точні, скоординовані рухи органами артикуляційного апарату - язиком, губами, щелепами та м'яким піднебінням. Як зазначає І. Андрусьова саме ці специфічні рухи та положення артикуляторів формують унікальні акустичні характеристики кожного мовленнєвого звука, дозволяючи їх чітко розрізняти. Для досягнення вікової норми звуковимови до 5-6 років дитина має опанувати низку ключових навичок: здатність виконувати диференційовані рухи артикуляційними органами з правильною амплітудою та швидкістю, утримувати необхідні позиції протягом достатнього часу, плавно перемикатися між різними артикуляційними паттернами. При цьому дуже важливим є фізіологічний стан м'язового тону - як гіпертонус, так і гіпотонус, а також наявність патологічних рухових проявів (тремор, синкінезії, девіація язика) можуть суттєво ускладнити процес формування чіткої вимови. Нормальний розвиток артикуляційної моторики також вимагає гармонійної взаємодії між моторними та сенсорними системами, зокрема слуховим сприйняттям і пропріоцептивними відчуттями. Відсутність неврологічних симптомів і своєчасне формування складних рухових програм є обов'язковими умовами для успішного опанування дитиною всієї фонетичної системи рідної мови.

Тому діагностика стану артикуляційної моторики та її корекція у разі необхідності мають вирішальне значення для профілактики та усунення порушень звуковимови.

Особливо у дитячому віці артикуляційна моторика є основою для опанування звуковимови, фонематичного слуху та загального мовленнєвого розвитку, і її недостатність може затримувати появу звуків чи спричиняти їх спотворення, що в подальшому може негативно вплинути на проблеми з читанням та письмом.

1.2. Особливості артикуляційної моторики у дітей молодшого шкільного віку із порушенням звуковимови

Протягом історії розвитку логопедії як науки дослідники вивчали дітей із порушеннями звукової системи, намагаючись встановити причинні фактори цих порушень. Наукові розвідки були спрямовані на виявлення та ідентифікацію конкретних факторів, що могли б пояснити наявність порушень звукової системи. J. Bernthal, N. Bankson та P. Flipsen їх дослідження пройшли еволюційний шлях від спроб класифікації зовнішніх проявів до глибокого аналізу внутрішніх механізмів, що лежать в основі мовленнєвих порушень [25].

Згідно з дослідженням L. Uberti, C. Portalete, K. Pagliarin, M. Keske-Soares, діти зі структурними порушеннями, такими як розщілина піднебіння, демонструють порушення звукової системи, що корелюють із наявним структурним порушенням. Для таких дітей характерним є використання компенсаторних звукових замін, зокрема гортанних звукоподобинок. Окрему підгрупу становлять діти з порушеннями звукової системи, які мають моторні порушення мовлення, пов'язані з дефіцитом моторного планування або центральними і периферичними неврологічними проблемами [56].

Певна кількість дітей успішно позбуваються порушень звуковимови, проте у інших спостерігаються пропуски, заміни чи спотворення звуків, які зберігаються в молодшому шкільному віці. Мовленнєві помилки також можуть виникати внаслідок артикуляційних розладів, пов'язаних із розщілиною губи або піднебіння, аномаліями мовної вуздечки, генетичними синдромами та неврологічними ураженнями. Для діагностики таких станів логопеди широко використовують

артикуляційні тести як ключові інструменти оцінювання пацієнтів із зазначеними проблемами.

Водночас, як зазначає KJ. Golding-Kushner діти зі структурними порушеннями часто демонструють звукові помилки, безпосередньо пов'язані з наявним порушенням. Авторка підкреслює, що структурні аномалії об'єктивно ускладнюють формування коректних артикуляційних патернів, що призводить до характерних фонетичних викривлень. До структурних аномалій відносять такі стани, як розщілина губи та піднебіння, неправильний прикус, аномалії язика та не правильний зубний ряд. Кожен із перерахованих порушень, порушує звичну біомеханіку артикуляційних рухів: розщілини піднебіння ускладнюють утворення необхідного внутрішньо ротового тиску для правильної вимови вибухових та фрикативних звуків; аномалії прикусу обмежують здатність щільного змикання губ і контакту язика з альвеолами; макрогловія або коротка під'язикова вуздечка значно знижують рухливість язика, що особливо відображається на вимові звуків, які потребують активної роботи язика. Варто зауважити, що за наявності таких структурних порушень формується специфічний компенсаторний механізм артикуляції. Цей механізм часто закріплюється у вигляді патологічного мовленнєвого стереотипу, що вимагає комплексного лікувально-корекційного втручання [36].

В. Звєкова, в своїй роботі описала, що більшість дітей старшого дошкільного віку вже добре опанували мовленнєву артикуляцію, мають достатній словниковий запас і будують граматично правильні речення. Однак процес мовленнєвого розвитку є індивідуальним, і в деяких дітей можуть виникати відхилення, що порушують формування правильної звуковимови. Одним із ключових факторів, що впливають на якість мовлення, є стан артикуляційної моторики – здатності мовленнєвого апарату до координації і точного виконання необхідних рухів [8].

Фонетичне і фонематичне недорозвинення у дітей часто пов'язане з недостатнім розвитком артикуляційної моторики, що зумовлює складнощі у вимові фонем. Наприклад, дислалія – порушення звуковимови за умови збереженого слуху та іннервації м'язів мовного апарату – може бути спричинена як анатомічними

особливостями артикуляційних органів (органічні причини), так і соціально-психологічними чинниками.

Органічні чинники порушень артикуляційної моторики:

- будова губ (малорухомі, занадто тонкі або товсті);
- особливості прикусу (відкритий, бічний, прогнатія, прогенія);
- анатомічні особливості язика (занадто широкий, вузький, короткий);
- стан під'язикової вуздечки (укорочена, що обмежує рухливість язика);
- будова піднебіння (низьке, готичне, коротке м'яке піднебіння).

Наявність цих особливостей може значно впливати на точність, швидкість та координацію рухів артикуляційних органів, що необхідні для правильної вимови звуків.

Форми порушень артикуляційної моторики при дислалії:

функціональна дислалія – пов'язана з неправильним засвоєнням вимови через недостатню координацію артикуляційних рухів;

- органічна (механічна) дислалія – зумовлена фізичними дефектами мовленнєвого апарату, наприклад, відсутністю зубів або деформацією язика, що перешкоджає точному відтворенню звуків.

За формами прояву розрізняють такі порушення звуковимови:

- пропуски звуків (наприклад, «корова» → «коова»);
- спотворення звуків (використання нетипового для мови звуку, наприклад, горловий [p]);
- заміни звуків (наприклад, «корова» → «колова»);
- змішування звуків (одночасне вживання помилкових варіантів, наприклад, «молоко» → «мороко») [8].

Але не всі діти в дошкільному віці опанували мовленнєву артикуляцію, тому у дітей молодшого шкільного віку із порушеннями звуковимови спостерігаються специфічні особливості артикуляційної моторики, які проявляються через мовленнєві порушення.

Як зазначає Н. Гаврилова звуковимова є одним із найскладніших рухових умінь, які дитина опановує в ранньому віці. У цьому процесі вона виконує безліч

артикуляційних і мімічних рухів за допомогою м'язів мовленнєвого апарату. Поступово розвиваються точність, сила та координація цих рухів. Тому важливими умовами правильної звуковимови є добре сформована мовленнєва моторика та здатність правильно відтворювати необхідні артикуляційні позиції, що включають складний комплекс рухів мовленнєвого апарату.

Мовленнєвий апарат людини складається з двох основних частин: центральної (відповідає за сприйняття та рухову активність) і периферичної, яка охоплює органи дихання, голосоутворення та артикуляції. Формування звуків відбувається завдяки взаємодії дихального (енергетичного), голосоутворюючого (генераторного) та звукоутворюючого (резонаторного) відділів мовленнєвого апарату під контролем центральної нервової системи. Для забезпечення якісного мовлення необхідна точна координація артикуляційних рухів, що можливо за умови правильної роботи дихальних і голосоутворюючих структур, відсутності порушень у будові та рухливості артикуляційних органів, а також збереженої їхньої іннервації [3].

Термін мовленнєві порушення або ж, мовленнєві особливості об'єднує різноманітні порушення мовленнєвого розвитку в дітей, зокрема пов'язані з проблемами артикуляції. Це поняття включає в себе широкий спектр станів: від тимчасових фонетичних неточностей до стійких системних порушень мовленнєвої функції. Дослідження показують, що діти з такими порушеннями мають підвищений ризик виникнення тимчасових та стійких ускладнень у процесі навчання - особливо у читанні та письмі, а також у соціальній та емоційній сферах. Слід підкреслити, що артикуляційні порушення часто супроводжуються труднощами у фонематичному сприйнятті, що ускладнює засвоєння відповідностей між графемами та фонемами, а також уповільнює розвиток навичок письма і читання. У соціально-емоційному контексті діти з вираженими мовленнєвими порушеннями нерідко стикаються з комунікативними бар'єрами, які можуть спричиняти розвиток почуття меншовартості, соціальну ізоляцію та зниження самооцінки. Ці фактори з часом можуть суттєво вплинути на їхні професійні перспективи та можливості працевлаштування в дорослому віці,

обмежуючи вибір спеціальностей, які передбачають активне вербальне спілкування, публічні виступи та міжособистісну комунікацію, підтверджується дослідженнями S. Felsenfeld, P. Broen та M. McGue, а також N. Raitano, B. Pennington, R. Tunick, R. Boada та L. Shriberg [34; 50]. Це підкреслює критичну важливість своєчасного виявлення та виправлення мовленнєвих порушень у дитячому віці, щоб уникнути їх негативного впливу на подальший життєвий шлях людини.

Дослідження вчених, зокрема S. Orton, J. Walton з колегами та R. Illingworth, вдалося виділити кілька ключових форм такого порушення, як диспраксія. Встановлено, що це нейрологічне розлад, який характеризується складнощами у плануванні та виконанні цілеспрямованих рухів, незважаючи на збереження м'язової сили та базової координації. Серед найпоширеніших проявів загальної диспраксії, виділяють моторні труднощі. Вони включають нестійку рівновагу, характерну незграбність у ходьбі, проблеми з дрібною моторикою та зорово-моторною координацією. Особливу увагу заслуговує орофасціальна диспраксія, яка пов'язана зі специфічними порушеннями роботи артикуляційного апарату. Ця форма характеризується ізольованими труднощами у плануванні та виконанні складних артикуляційних рухів, що не впливають на інші моторні функції. Пацієнти з таким порушенням стикаються зі значними проблемами при спробах виконати довільні рухи язиком (наприклад, доторкнутися до верхніх різців), губами чи м'якими м'язами. Часто спостерігаються пошук правильної артикуляційної позиції, непослідовність у рухах, персеверації та значна варіативність у виконанні однакових рухів у різний час. Водночас рефлексорні дії, такі як жування та ковтання, залишаються неушкодженими, що свідчить про вибірковість порушення, яке зачіпає виключно довільні, а не автоматизовані рухові акти [39; 47; 61].

В той час Н. Бабич детально досліджувала комплексний підхід до вивчення артикуляційної диспраксії, зокрема акцентуючи увагу на клініко-педагогічній характеристиці цього розладу. Вона визначає артикуляційну диспраксію як специфічне неврологічне порушення, яке проявляється у труднощах планування та виконання складних рухових дій мовленнєвого апарату, незважаючи на збереження

м'язової сили і амплітуди рухів. Згідно з даними дослідження, ключовими ознаками цього стану є складнощі з автоматизацією артикуляційних рухів, через що виникає потреба постійного свідомого контролю за вимовою; нестабільність вимови, коли одна фонема відтворюється по-різному за однакових фонетичних умов; а також порушення просторово-часової координації артикуляції, що проявляється в неточності рухів язика, губ і нижньої щелепи, зокрема щодо точного позиціонування та тривалості його утримання. Авторка наголошує, що ці порушення обумовлені дисфункцією формування моторних програм на рівні центральної нервової системи, а не слабкістю м'язів чи анатомічними порушеннями мовленнєвого апарату [2].

У дослідженні І. Мартиненко диспраксія розглядається як один із ключових компонентів мовленнєвого дизонтогенезу, що проявляється у порушенні планування і виконання складних артикуляційних рухів. Авторка описує диспраксію як нейрологічне порушення, яке ускладнює формування стабільних моторних програм артикуляції, за умови збереження м'язової сили та діапазону рухів. Особлива увага приділяється впливу диспраксії на артикуляційну моторику, зокрема, виділено такі основні аспекти: порушення просторово-часової координації рухів, нестабільність у вимові фонем із проявами варіативності артикуляційних помилок, труднощі у автоматизації моторних навичок та специфічні помилки планування рухів (персеверації, антиципації). Авторка наголошує, що диспраксія істотно впливає на розвиток артикуляційної моторики, зумовлюючи проблеми у засвоєнні складних артикуляційних позицій, обмежуючи фонематичний репертуар та створюючи порушення в просодичній організації мовлення. У роботі запропоновані практичні рекомендації з корекції таких порушень, які включають використання полімодального підходу до розвитку артикуляційних рухів, поетапні методики формування моторних програм та вправи для вдосконалення кінетичної та кінестетичної основи артикуляційної діяльності [11].

Тож найбільш виражені мовленнєві порушення спостерігаються при артикуляційній диспраксії. Цей розлад характеризується порушенням формування

та виконання мовленнєвих моторних програм на рівні центральної нервової системи. У дітей з таким діагнозом спостерігаються значні труднощі у вимові звуків, особливо тих, що містять складні комбінації дистинктивних ознак, таких як африкати, складні приголосні та звуки, що потребують швидкої зміни артикуляційних позицій. Мовлення дітей з диспраксією часто супроводжується характерними помилками: пропуском або заміною складних фонем, нестабільністю вимови в різних контекстах, а також такими явищами, як перестановка складів і персеверація (нав'язливе повторення певних звуків чи складів). Особливо помітною є не консистентність помилок, коли одна й та сама фонема звучить по-різному в схожих фонетичних умовах, що вказує на випадковий характер артикуляційних порушень. Діти з артикуляційною диспраксією часто демонструють активний пошук правильної артикуляційної позиції, що супроводжується видимими зусиллями та тривалими паузами.

Ці особливості вказують на порушення процесу програмування мовленнєвих рухів у центральній нервовій системі. Патогенез цього розладу пов'язаний із труднощами у створенні та послідовній активації нейронних мереж, які відповідають за планування і виконання складних артикуляційних послідовностей. Водночас здатність розуміти мову та розпізнавати фонemi у таких дітей зберігається, що дозволяє їм усвідомлювати власні мовленнєві помилки, але не виправляти їх самостійно. Це підкреслює необхідність спеціалізованого корекційного підходу, спрямованого на формування стійких моторних програм артикуляції шляхом багаторазового повторення та закріплення правильних рухових моделей. M. Morley, J Fox [46].

У розділі, присвяченому дислалії, Гаврилова Н. детально розглядає функціональні та механічні форми порушення. Підкреслюється, що при функціональній дислалії основною причиною є недостатній розвиток рухових навичок артикуляційних органів без органічних уражень. Проявляється це неточністю рухів язика, губ та щелеп, що призводить до спотворення звуків (найчастіше свистячих, шиплячих та сонорних). Для механічної дислалії характерні анатомічні порушення (коротка під'язикова зв'язка, аномалії прикусу),

які обмежують рухливість і призводять до стійких дефектів вимови. Автор наголошує на важливості диференціації цих форм, оскільки корекційні підходи відрізняються: для функціональної дислалії достатньо вправ на розвиток моторних навичок, тоді як механічна часто вимагає попереднього медичного втручання (наприклад, пластика під'язикової зв'язки).

У частині про дизартрію акцент робиться на неврологічній основі порушення. Н. Гаврилова. описує, що дизартрія виникає через ураження ЦНС (наприклад, при ДЦП, черепно-мозкових травмах), що призводить до порушення іннервації мовленнєвих м'язів. Клінічно це проявляється гіпо- або гіпертонусом, тремором язика, дискоординацією дихання та артикуляції, саливацією. Особливу увагу приділено класифікації дизартрії за ступенем тяжкості: від легких форм (стерта дизартрія) до важких, коли мова стає малозрозумілою.

У розділі про ринолалію розглядаються порушення, пов'язані з особливостями будови носоглотки (розщелини піднебіння, аденоїди, деформації носової перегородки). Гаврилова Н. деталізує, як ці аномалії призводять до неправильного резонансу (гіпер- або гіпонозальності) та компенсаторних рухів м'язів обличчя. Наприклад, діти з розщелинами піднебіння часто напружують лоб або крила носа, намагаючись мінімізувати витік повітря через ніс [3].

У своїй роботі Н. Гаврилова запропонувала детальну класифікацію порушень артикуляційної моторики, яка базується на синдромологічному підході. Автор виділяє п'ять основних типів порушень, кожен з яких має унікальні характеристики:

1. Руховий обмежувальний тип

- *причини:* анатомічні порушення (коротка під'язикова вуздечка, аномалії прикусу);
- *симптоми:*
 - обмежена рухливість язика;
 - труднощі при підйомі язика;
 - характерне роздвоєння кінчика язика («синдром сердечка»);
 - порушення окклюдії (прогенія/прогнатія).

2. Активно-руховий тип

- *причини:* ураження черепно-мозкових нервів;
- *симптоми:*
 - загальна слабкість артикуляційних м'язів;
 - швидка втомлюваність;
 - нестійкість артикуляційних позицій;
 - асиметричні рухи при односторонньому ураженні.

3. Руховий регуляційний тип (має три підтипи):

- *спастичний* (пірамідна система):
 - підвищений м'язовий тонус;
 - неточні довільні рухи;
- *гіперкінетичний* (екстрапірамідна система):
 - атетоз (повільні «вишукані» рухи);
 - хореїформні рухи;
 - міоклонії;
 - тіки;
- *ригідний:*
 - різко підвищений тонус;
 - різке обмеження рухливості.

4. Чутливий кінестетичний тип

- *причини:* ураження тім'яної долі;
- *симптоми:*
 - порушення кінестетичного праксису;
 - неточність артикуляції без зорового контролю;
 - збереження рухів при візуальному контролі.

5. Динамічний руховий тип

- *причини:* ураження лобної долі;
- *симптоми:*
 - порушення кінетичного праксису;
 - труднощі переключення між артикуляційними позиціями;

- персеверації;
- пропуски елементів [5].

1.3. Скринінг як ефективний метод первинної діагностики артикуляційної моторики

Як зазначає V Hattum скринінг – це швидка процедура виявлення, яка проводиться для окремих осіб або груп з метою визначення тих, хто може мати порушення та потребує подальшого обстеження й можливої корекції [57].

Діагностична оцінка – це процес, спрямований на встановлення наявності порушень у дитини, а також визначення їхнього характеру та рівня, щоб визначити необхідність спеціальної освіти та додаткових послуг. Цей термін стосується вибіркового процедур, що застосовуються до конкретної дитини, і не включає загальні тести чи перевірки, які проводяться для всіх дітей у певній школі, класі або віковій групі Federal Register [33].

У логопедичній практиці для оцінки мовленнєвих функцій традиційно застосовують низку методів, зокрема: вправу з називання зображень; тестування повторення слів; аналіз зв'язного мовлення (розповіді або спонтанного висловлювання) D. Ingram [40].

Спеціалісти з патології мовлення (S. McLeod, S. Verdon) активно використовують стандартизовані артикуляційні тести, що дають змогу об'єктивно оцінити вимову окремих звуків мови. Перевагою цих діагностичних інструментів є їхня зручність у застосуванні та інтерпретації результатів. Ретельне обстеження виступає ключовою умовою для розробки ефективної корекційної програми при розладах звуковимовлення та запобігання їх негативних наслідків [45].

Процес скринінгу мовленнєвих розладів має бути точним і дієвим у виявленні всіх дітей із порушеннями мовлення, уникаючи при цьому надмірної діагностики, яка може призвести до зайвих витрат часу та ресурсів.

Скринінг мовленнєвих порушень повинен бути швидким, результативним і ефективним. Логопеду необхідно максимально застосовувати свій професійний досвід, витрачаючи мінімум зусиль, часу та фінансових ресурсів. Надійна методика

скринінгу має зменшувати кількість випадків, коли діти з мовленнєвими розладами залишаються невиявленими W. Haynes, M. Moran, R. Pindzola [37].

Визначення цільової групи для проведення скринінгу є ключовим етапом у забезпеченні ефективності цього заходу.

S. Tuomi зазначав, що скринінг мовлення – це потужний інструмент для виявлення дітей з мовленнєвими порушеннями, які можуть потребувати більш глибокої діагностики. Основна мета раннього виявлення полягає у попередженні можливих проблем, які виникають через мовленнєві розлади, або в сприянні їх корекції. Крім того, скринінг має профілактичний характер, забезпечуючи усунення чинників, що сприяють розвитку порушень [54].

Зазвичай скринінгові програми охоплюють цілі групи дітей у дошкільних закладах та початковій школі (від дитячого садка до третього класу), а також учнів шостого класу і новачків у школі. Проте оптимізація процесу може знизити потребу в суцільному тестуванні всього класу, орієнтуючи увагу на більш конкретні групи. Якщо в школі вже функціонує мовленнєва програма і виконуються всі законодавчі вимоги, то учні, які раніше проходили скринінг, зазвичай вже пройшли аналіз на предмет мовленнєвих порушень. У такому випадку повторне обстеження може бути недоцільним. Додатково, якщо в громаді існує програма раннього виявлення дітей з особливими освітніми потребами, подібна до тієї, яку описував J. Bloom та R. Lichtenstein, то діти з мовленнєвими розладами, що йдуть до дитячого садка, зазвичай проходять тестування ще до початку навчання. Такі діти, у яких уже діагностовано порушення, мають індивідуальні програми навчання (ІЕР) й отримують спеціальну освіту та необхідну підтримку [25].

Тривалість скринінгового обстеження визначається віковими особливостями дітей, їхніми здібностями та метою тестування. Як стверджує J. Bloom R. Lichtenstein, процес передбачає два основних етапи: швидке попереднє оцінювання та більш детальне обстеження. На першому етапі, швидкого скринінгу, здійснюється оперативна ідентифікація дітей, які потенційно потребують додаткового тестування. Другий, розгорнутий етап, допомагає уточнити, чи є потреба в поглибленому діагностичному аналізі. Зазвичай швидкий скринінг

займає не більше 2 хвилин, тоді як детальне обстеження триває від 5 до 10 хвилин. Для молодших дітей або тих, хто має особливості розвитку, цей процес може потребувати більше часу через їхню невпевненість у нових умовах, а також можливі труднощі з виконанням завдань, таких як називання зображень чи читання. При організації двоетапного скринінгу важливо уникати ситуацій, які можуть бути сприйняті як вибіркове направлення дітей на діагностику без погодження із батьками. Усі учасники мають проходити однакові базові процедури, щоб скринінг не перетворювався на повноцінне діагностичне оцінювання. Логопедам слід ретельно планувати час скринінгу, орієнтуючись на основну мету – точне визначення необхідності подальшої оцінки. Надто швидке тестування ризикує пропустити важливі мовленнєві порушення, тоді як надмірно тривалий процес може бути схожий на діагностичне обстеження. Оптимальна тривалість становить від 5 до 10 хвилин на одну дитину, що дає змогу ефективно розпізнавати мовленнєві проблеми та забезпечувати точність у визначенні потреб дитини [25].

У американській практиці застосовуються стандартизовані методи оцінювання артикуляційного розвитку дітей, що стало можливим завдяки створенню інструментів, таких як Тести артикуляції Templin-Darley Tests of Articulation (M. Templin та F. Darley) та Arizona Articulation Proficiency Scale (J. Fudala). Такі методики значно полегшують роботу спеціалістів, дозволяючи їм об'єктивно оцінювати рівень сформованості артикуляційних навичок у дітей [55; 35].

Водночас V. Riper та R. Ericksen створили прогностичний скринінг-тест артикуляції (PSTA) який має зовсім інше призначення. Його створено виключно для прогнозування, щоб допомогти логопедам визначити дітей, які можуть самостійно скоригувати артикуляційні порушення без необхідності спеціального втручання. Також тест дозволяє ідентифікувати тих, хто без професійної допомоги навряд чи зможе досягти правильного рівня вимови.

Тож PSTA був створений як прогностичний інструмент, що допомагає визначити, які діти з артикуляційними порушеннями зможуть самостійно

виправити помилки без логопедичної допомоги, а які потребуватимуть професійного втручання.

Дієвість тесту в тому, що він допомагає зменшити навантаження на логопедів у школах, виключаючи з терапевтичних програм дітей, які можуть подолати свої порушення природним шляхом [58].

Є доповненням до стандартних тестів, таких як Templin-Darley Test (М. Templin та F. Darley) та Arizona Articulation Proficiency Scale (J. Fudala) але не замінює їх [36; 55]. Він підходить для першокласників (тест ефективний лише при застосуванні в перші 10 тижнів навчання).

Також має такі обмеження, як не враховує типи артикуляційних помилок, наприклад, латеральну вимову або спотворення звуку, які зазвичай не зникають без терапії.

Не застосовується для дітей у дитячому садку, другокласників та старших учнів, оскільки для них немає валідованих даних. Може вплинути на зміну графіка та навантаження логопедів у школах, оскільки залишені на терапію діти потребуватимуть більш інтенсивної роботи.

PSTA є першим кроком у розробці прогностичних тестів артикуляції. Незважаючи на його обмеження, він може бути корисним у відборі дітей для логопедичної допомоги та оптимізації роботи спеціалістів у школах. Однак авторам важливо вдосконалити тест, додавши оцінку специфічних артикуляційних порушень і фонематичної обробки звуків.

В своєму дослідженні Е. Baker, S. McLeod, описують тест Templin-Darley є однією з найбільш розроблених і широко використовуваних методик для скринінгу артикуляції в дітей. Цей тест має високу валідність і надійність, що робить його ефективним інструментом для виявлення дітей, які потребують корекції мовлення. Він проводиться через усну стимуляцію за допомогою імітації, що дозволяє точніше оцінити здатність дітей вимовляти різні фонemi. Тест має чітко визначені порогові бали для проходження (критерії «пройшов/не пройшов»), що допомагає уникнути суб'єктивних відмінностей у оцінках від різних екзаменаторів [23].

Попри свою ефективність, тест T-D також має певні обмеження, зокрема, через вартість і час. Крім того, він може бути складним для новачків, тому екзаменатори повинні проходити спеціальне навчання для його правильного застосування. Подальші дослідження та вдосконалення процедур скринінгу артикуляції є необхідними для покращення точності та доступності таких тестів.

Загалом, тест Templin-Darley є надійним інструментом для скринінгу артикуляції, який дає змогу точно оцінити мовленнєві порушення і вирішити, чи потребує дитина корекції мовлення. Його перевага полягає у високій валідності, надійності та чітко визначених порогових балів, що робить його кращим за інші альтернативи, хоча часова ефективність може бути дещо меншою.

У європейській практиці як зазначають у своїй статті R Smejla, M. Novotný, J. Rusz та інші в своїй роботі, що скринінгові методи, зокрема автоматизовані та стандартизовані тести, виявляються надзвичайно ефективними для діагностики моторних порушень у дітей, включаючи артикуляційну моторику. Дослідники зазначають, що використання сучасних технологічних рішень дозволяє отримувати об'єктивні та вимірювані показники функціонування мовленнєвого апарату, що є важливим етапом у стандартизації діагностичних процесів. Зокрема, автоматизований аналіз діадихокінезу (повторюваних артикуляційних рухів) надає можливість точно оцінити стан мовленнєвої моторики та визначити потенційні затримки в її розвитку. Цей метод базується на комп'ютерній реєстрації й аналізі таких параметрів, як швидкість артикуляційних рухів, їхня ритмічність, стабільність і точність, що дозволяє виявляти навіть мінімальні відхилення від норми. Показники демонструють високу кореляцію із віковими й референсними даними ($r=0.97$), що свідчить про високу надійність цього підходу. Такий рівень кореляції підтверджує ефективність автоматизованих методів діагностики для моніторингу розвитку артикуляційної моторики і визначення ризику мовленнєвих порушень у дітей різного віку. Крім того, ці методи мають ключове значення для виконання динамічного аналізу змін у мовленнєвій моториці після логопедичних втручань, наочно показуючи ефективність проведеної корекційної роботи [28].

Важливим аспектом умови проведення скринінгової діагностики. Скринінг у молодших школярів має бути організований таким чином, щоб мінімізувати стрес дітей і не заважати навчальному процесу. Скринінг у молодших школярів має бути організований таким чином, щоб мінімізувати стрес дітей і не заважати навчальному процесу, що є ключовим для отримання достовірних результатів. Дослідження свідчать, що ефективні методики повинні бути короткими (до 10 хвилин), зручними у використанні, не потребувати спеціальної підготовки персоналу та легко вписуватися у шкільний розклад K. Ebert, C. Ochoa-Lubinoff, M. Holmes [32].

Крім технічних аспектів, важливо дотримуватись конфіденційності, уникати стигматизації та враховувати індивідуальні особливості учнів, зокрема рівень їхнього розвитку, мовні та когнітивні можливості, а також емоційний стан. Для молодших школярів рекомендовано адаптувати завдання відповідно до вікових потреб, використовувати візуальні підказки та проводити скринінг у звичному для дітей середовищі J. Childs-Fegredo та інші. Особливу увагу слід зосередити на створенні сприятливої та доброзичливої атмосфери, яка допоможе дитині розкривати свій потенціал. Проведення діагностики у звичному для учня класі або ігровій кімнаті за участю знайомого педагога суттєво зменшує рівень тривожності. Врахування вікових особливостей молодших школярів передбачає використання ігрових елементів, яскравих наочних матеріалів та чітких, доступних інструкцій. Це спрощує виконання завдань і сприяє підвищенню мотивації дітей до співпраці [27].

Запровадження ігрового формату в процес скринінгу для молодших школярів значно підвищує їхню мотивацію, залученість і точність отриманих результатів. Ігрові технології перетворюють традиційну процедуру діагностики з формального тестування на захопливу діяльність, що сприяє ширшому виявленню потенціалу дитини. Дослідження демонструють, що сприйняття завдань як гри допомагає знизити рівень тривожності і сприяє природній поведінці дитини під час оцінювання. Ігровий контекст усуває елементи оціночного стресу, створюючи атмосферу безпеки та комфорту. Цифрові ігрові скринінги дозволяють проводити

оцінювання в груповому форматі з мінімальною участю дорослих. Це забезпечує дітям приємний і позитивний досвід, одночасно стандартизуючи процес і зменшуючи суб'єктивний вплив. Завдання в таких скринінгах охоплюють різні аспекти розвитку дитини: мовленнєві навички, навички читання, координацію рухів чи соціально-емоційний стан. Усі ці елементи інтегруються в єдиний ігровий сценарій, що дозволяє комплексно оцінити різні функції. Водночас важливо врахувати вікові особливості та рівень розвитку дітей, щоб адаптувати ігрові елементи відповідно до їхніх потреб M. Schöfl та інші [51].

Залучення батьків до процесу скринінгу відіграє вирішальну роль у підвищенні його ефективності та прийняття. Їх активна участь не тільки полегшує проведення обстежень, але й сприяє всебічній оцінці розвитку дитини. Батьки можуть надати цінну інформацію про поведінку дитини вдома, яка доповнює спостереження педагогів. Багато індивідуальних особливостей дитини проявляються саме в домашньому середовищі, залишаючись непомітними в умовах школи. Дослідження підтверджують, що пояснення цілей, процедур та результатів скринінгу, а також налагоджений відкритий діалог між педагогами і батьками допомагають зміцнити довірчі відносини та стимулюють співпрацю. Коли батьки розуміють важливість скринінгу і його потенційні переваги для дитини, вони долучаються до процесу як активні учасники, а не лише спостерігачі. Утім, виклики можуть виникати через брак інформації, емоційний стрес або страх стигматизації. Деякі батьки занепокоєні тим, що результати обстеження можуть негативно вплинути на репутацію дитини чи викликати додаткові труднощі у навчанні. Саме тому важливо забезпечити підтримку та прозору комунікацію, щоб подолати ці бар'єри. J. Carlton та інші [26].

В українській практиці спостерігається проблема браку стандартизованих, швидких і надійних інструментів для оцінки артикуляційної моторики. Це створює труднощі з раннім виявленням мовленнєвих порушень, особливо в умовах інклюзивної освіти, де своєчасна діагностика має ключове значення для забезпечення необхідної підтримки дітям із особливими освітніми потребами, що

відповідає принципам Концепції розвитку інклюзивної освіти МОН України, 2017 [20].

На сьогоднішній день в Україні відсутня єдина система для скринінгу артикуляційної моторики, що ускладнює своєчасне виявлення дітей, які мають ризик порушень звуковимови. Чинні методики часто носять фрагментарний характер, не відповідають сучасним вимогам освітнього процесу та не враховують специфіку української мови. Це підкреслює необхідність розробки адаптованих інструментів, які базуватимуться на міжнародному досвіді. При цьому важливо не просто копіювати зарубіжні методики, а творчо адаптувати їх, зважаючи на лінгвістичні, культурні та організаційні особливості української освітньої системи. Розробка такої системи для скринінгової діагностики артикуляційної моторики має вирішальне значення для раннього виявлення порушень, що дозволяє своєчасно розпочати корекційну роботу. Особливо важливо це для дітей молодшого шкільного віку, коли можливість ефективного усунення мовленнєвих порушень ще зберігається, а також існує шанс запобігти вторинним ускладненням у навчанні. Такий підхід дає змогу швидко й об'єктивно оцінювати велику кількість дітей, забезпечуючи стандартизовані результати. Використання уніфікованих інструментів допомагає отримувати зіставні дані, проводити скринінгові дослідження на рівні як окремих закладів освіти, так і цілих регіонів, а також відстежувати тенденції в розвитку мовленнєвих функцій серед дитячого населення. Окрім того, стандартизований скринінг суттєво полегшує роботу фахівців. Він дає змогу оперативно виявляти дітей, які потребують додаткової допомоги, і раціонально використовувати ресурси для проведення корекційної роботи. Це особливо актуально за умов обмеженого кадрового забезпечення логопедів та значного навчального навантаження в освітніх закладах.

Висновки до першого розділу

Мовлення являє собою складний психофізіологічний процес, який забезпечує людині можливість спілкування. Згідно з W. Whitney, основною особливістю усного мовлення є артикуляція, що передбачає приведення органів мовлення в

положення, необхідне для утворення звуків. На відміну від неартикульованих звуків, таких як сміх, плач чи крик, артикуляція охоплює координовані рухи губ, язика, щелепи та м'якого піднебіння, формуючи точну звуковимову. У працях E. Sievers і F. Techmer артикуляцію визначають як процес створення звуку на основі взаємодії органів мовлення. Розвиток моторних навичок мовлення проходить через багаторазову практику, переходячи від стану свідомого контролю до автоматичних дій. Як зазначають V. Lieshout та E. Maas, артикуляційна моторика включає регуляцію м'язового тону, узгодження рухів і точність позиціонування органів мовлення. І. Дмитрієнко та Л. Федорович визначають ключові параметри артикуляційних рухів: обсяг і точність рухів, тону, темп, перемикання й наявність патологічних ознак. J. Chauvet розглядає артикуляційну моторику у ширшому контексті сенсомоторної взаємодії, з акцентом на аспекти моторного планування, фонетичного кодування, виконання рухів і системи контролю (feedforward і feedback). Чітка артикуляційна моторика є фундаментом для правильної вимови, впливає на розвиток фонематичного слуху й формування навичок письма. За дослідженнями І. Андрусової та В. Немченка, порушення звуковимови у дітей можуть виникати через органічні причини, такі як аномалії будови піднебіння, язика чи прикусу, коротка вужечка, а також через неврологічні або функціональні порушення типу диспраксії, дизартрії чи дислалії.

Дислалія може бути функціональною або органічною. Її характерні особливості включають пропуски, заміни, спотворення та змішування звуків. Особливий підхід необхідний для дітей із орофасіальною та артикуляційною диспраксією, яким притаманні труднощі у виконанні довільних рухів при збереженні автоматичних функцій.

Розвиток артикуляційної моторики у молодшому шкільному віці є критично важливим для успішного засвоєння фонем і навичок письма. Порушення цієї сфери можуть негативно вплинути на навчання та соціальну адаптацію дитини. Як стверджують S. Orton, J. Walton і R. Illingworth, своєчасна діагностика стану артикуляційної моторики є необхідною умовою попередження стійких мовних порушень і забезпечення ефективної корекційної роботи.

РОЗДІЛ 2

РОЗРОБКА МЕТОДИКИ СКРИНІНГУ АРТИКУЛЯЦІЙНОЇ МОТОРИКИ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ЗВУКОВИМОВИ ТА ЇЇ АПРОБАЦІЯ

2.1. Обґрунтування методики скринінгу артикуляційної моторики у дітей молодшого шкільного віку із порушеннями звуковимови

Теоретичною основою розробки методики скринінгу артикуляційної моторики є системний аналіз структурно-функціональної організації артикуляційного апарату, а також вивчення закономірностей розвитку артикуляційних рухів у дітей молодшого шкільного віку. Артикуляційна моторика трактується як комплекс цілеспрямованих, узгоджених та довільно контрольованих рухів органів артикуляції (губи, язик, нижня щелепа, м'яке піднебіння), що забезпечують точне, ритмічне та послідовне продукування мовлення.

Основними показниками для оцінювання в межах скринінгової методики є параметри, що відображають як статичний стан органів артикуляції, так і динамічні аспекти їхніх рухів. Вибір цих показників ґрунтується на дослідженнях І. Дмитрієнко, Л. Федорович, J. Chauvet та інших науковців, які акцентують увагу на тісному взаємозв'язку між точністю, координацією та швидкістю рухів артикуляційного апарату й якістю звуковимови [7; 29].

Статичні та тонічні показники відображають здатність дитини зберігати необхідну артикуляційну позу як у стані спокою, так і під час фіксованої позиції протягом 5–7 секунд.

Вони включають такі аспекти:

- стійкість артикуляційної позиції, яка визначається здатністю утримувати форму губ, язика чи щелепи без помітних коливань або ослаблення напруження;
- симетричність, що полягає у рівномірному м'язовому напруженні з обох боків без нахилів або зміщень;
- сила м'язів, тобто спроможність створювати й утримувати потрібний рівень напруження для виконання рухів;

- м'язовий тонус, який оцінюється в спокійному стані та під час дії (в нормі, з наявністю гіпертонусу, гіпотонусу чи дистонії).

Порушення цих показників або їх дисбаланс можуть свідчити про слабкість нейромоторної системи чи недостатнє регулювання м'язового тонусу, що впливає на точність та стабільність рухів артикуляції.

Динамічні показники характеризують якість моторної координації і рівень розвитку навичок тонкої регуляції рухів.

До них можна віднести:

- точність рухів, яка визначає виконання завдання без зайвих чи непотрібних дій;

- симетричність рухів, що показує узгодженість дій обох сторін обличчя під час артикуляційних вправ;

- координація рухів, яка включає плавність, послідовність та взаємопов'язаність дій різних органів артикуляції;

- амплітуда рухів, яка відображає їх повноту, наприклад, при облизуванні губ або висуванні язика;

- темп, що демонструє здатність підтримувати задану швидкість рухів;

- ритмічність, яка показує вміння зберігати рівномірний ритм під час повторюваних дій;

- переключення між рухами, що включає швидкість і точність переходу з однієї артикуляційної позиції на іншу;

- ступінь змикання велофарингеального кільця, що відповідає за належну взаємодію дихального та резонаторного компонентів мовлення.

Порушення цих параметрів свідчать про недостатній рівень зрілості моторного контролю, що зазвичай характерно для дітей із дизартричними, ринологічними чи фонетико-фонематичними порушеннями.

Сучасна логопедична практика потребує наявності швидкого, зручного та ефективного інструменту для своєчасного виявлення труднощів артикуляційної моторики у дітей молодшого шкільного віку. Скринінг у даному випадку не замінює повноцінного логопедичного обстеження, проте виступає його

початковим етапом, що дозволяє визначити потребу у подальшій діагностиці та корекційному втручанні. Він забезпечує:

- швидке виявлення ознак порушень артикуляційної моторики;
- вчасне скерування дитини на поглиблене логопедичне обстеження;
- підвищення ефективності логопедичної допомоги за рахунок раннього виявлення мовленнєвих труднощів.

Розробка дієвої скринінгової методики вимагає не тільки глибокого теоретичного обґрунтування, а й емпіричного підтвердження її ефективності. У цьому процесі ключову роль відіграє досвід фахівців-логопедів, які безпосередньо працюють із дітьми, накопичуючи практичні спостереження та використовуючи свої підходи до діагностики. Для уточнення структури майбутньої методики, визначення актуальних потреб спеціалістів і оцінки існуючих діагностичних практик було розроблено та організовано анкетування логопедів, яке спирається на напрацювання вітчизняних дослідників І. Дмитрієнко, Л. Федорович, А. Малярчук, Я. Савченко [7; 10; 17].

Анкета для логопедів була структурована за трьома ключовими блоками:

Блок 1. Професійна компетентність фахівця. Спрямований на вивчення професійного досвіду та характеристик респондентів: тип закладу, у якому працюють логопеди, стаж, а також наявність досвіду обстеження дітей молодшого шкільного віку з порушеннями звуковимови.

Блок 2. Практика оцінювання артикуляційної моторики. Містить питання щодо застосовуваних методик і матеріалів, інструментарію для оцінки рухів органів артикуляційного апарату (губ, язика, нижньої щелепи, м'якого піднебіння), труднощів, які виникають у процесі обстеження, та найбільш ефективних способів оцінки на думку фахівців.

Блок 3. Потреба в скринінговому інструменті. Присвячений виявленню актуальності створення уніфікованої методики: чи існує реальна потреба у фахівців, якими є їхні очікування щодо змісту, форми та шкал оцінки, а також які пропозиції вони мають щодо структури інструменту.

Для систематизації питань анкети було зроблено таблицю (Таблиця А.1, Додаток А), у якій представлено перелік запитань та компонентів відповідно до трьох блоків. Усього анкета містить 13 запитань, серед яких кілька мають відкриту форму, що дозволяє фахівцям висловити власне бачення труднощів та запропонувати можливі рішення.

Опитування проводилось серед 10 респондентів-логопедів, які працюють у різних типах закладів. Нижче наведено зведені дані у вигляді таблиць та діаграм.

Аналіз розпочато з Блоку 1, що висвітлює питання професійної компетентності фахівця. Метою цього блоку було визначення загальної професійної характеристики логопедів, які брали участь в опитуванні: тип закладу в якому вони працюють, логопедичний стаж, а також досвід проведення обстеження артикуляційної моторики дітей молодшого шкільного віку з порушенням звуковимови.

Тип закладу. Більшість респондентів (50%) працюють у спеціальній школі. Частина логопедів (20%) мають свою приватну логопедичну практику. Менша частка (10%) представлена логопедами, які працюють у закладах загальної середньої освіти, інклюзивно-ресурсних центрах (ІРЦ) та навчально-реабілітаційних центрах.



Рис. 2.1. Тип закладу

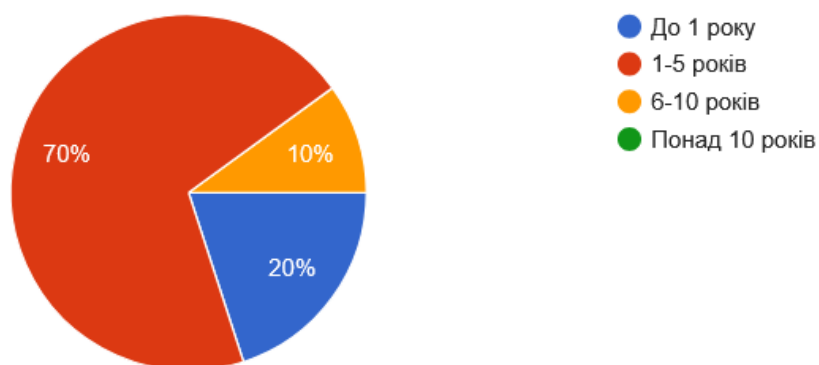


Рис. 2.2. Стаж роботи

Стаж роботи. Аналіз даних свідчить, що 70% логопедів мають стаж роботи від 1 року до 5 років, 20% — до 1 року, 10% від 6 до 10 років. Це забезпечило репрезентативність результатів: в опитуванні взяли участь як молоді спеціалісти, так і досвідчені фахівці.

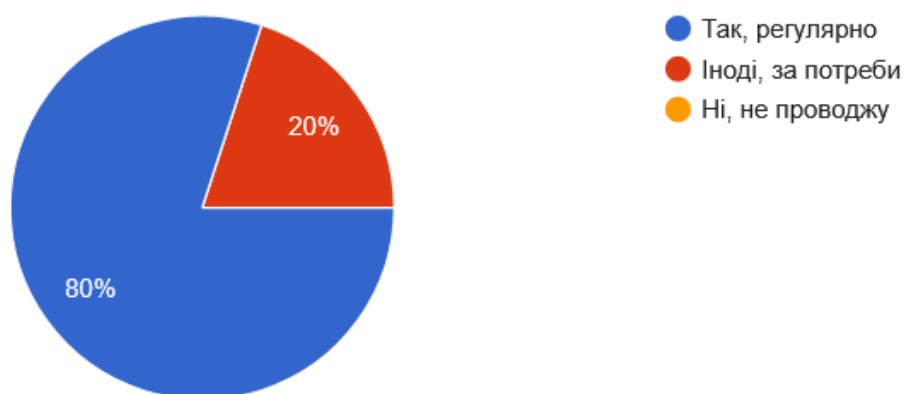


Рис. 2.3. Досвід проведення обстеження артикуляційної моторики

Досвід проведення обстеження артикуляційної моторики. Переважна більшість опитаних (80%) підтвердили, що регулярно здійснюють діагностику артикуляційної моторики у дітей молодшого шкільного віку. Це свідчить про те, що дана сфера ж актуальною та включеною до їхньої щоденної практики.

Висновок до Блоку 1. Результати аналізу показали, що більшість логопедів мають безпосередній досвід роботи з дітьми молодшого шкільного віку, активно здійснюють оцінку артикуляційної моторики, а розподіл респондентів за стажем дозволяє виявити труднощі та потреби як початківців, так і досвідчених

спеціалістів. Це створює передумови для розробки уніфікованого скринінгового інструменту, релевантного для широкого кола практиків.

Метою блоку 2 було з'ясування того, якими методиками та інструментарієм користуються логопеди у процесі обстеження, які компоненти артикуляційного апарату оцінюють, а також які труднощі виникають під час проведення діагностики.

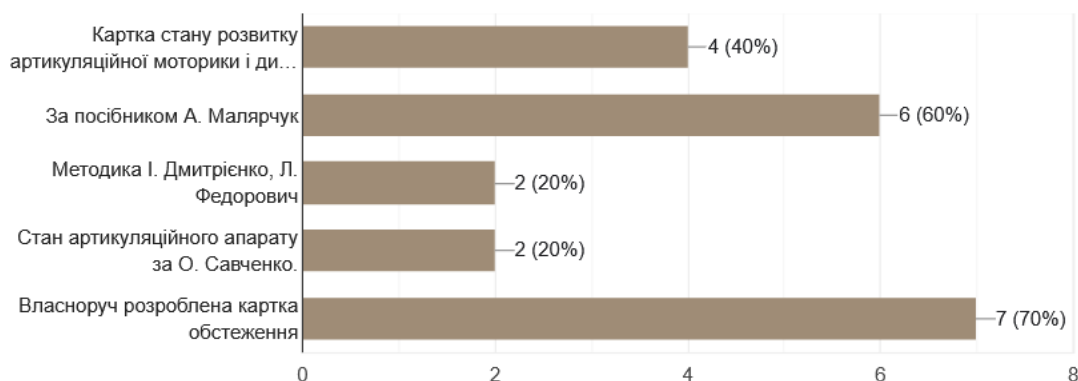


Рис 2.4. Методики та матеріали

Методики та матеріали. У відповідях логопеди вказали використання як власних авторських розробок, так і методичних матеріалів, поширених у логопедичній практиці. Картка стану розвитку артикуляційної моторики і дихання за Н. Гавриловою користуються 40% фахівців. За посібником А. Малярчук обстежують 60% фахівців. Методикою І. Дмитрієнко та Л. Федорович користуються 20% логопедів, так само як і обстеженням стану артикуляційного апарату за О. Савченко 20%. Найбільше фахівці здійснюють обстеження артикуляційної моторики власноруч розробленими картками обстеження 70%.

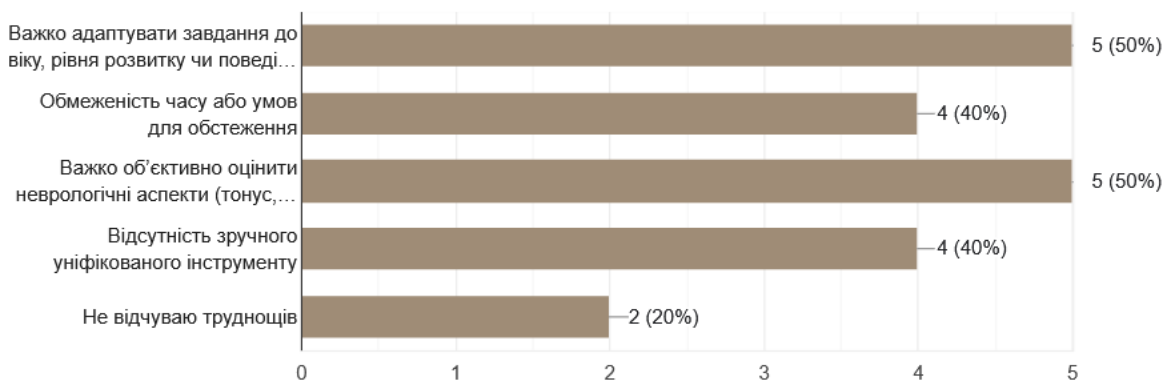


Рис. 2.5. Труднощі під час обстеження

У питанні труднощі під час обстеження респонденти найчастіше респонденти зазначали складність адаптації завдань до віку, рівня розвитку чи поведінки дитини (50%) та труднощі з об'єктивною оцінкою неврологічних аспектів (50%).

Це свідчить про необхідність уніфікованих та гнучких методичних матеріалів, які враховують різний рівень підготовки дітей і містять чіткі критерії оцінювання.

Суттєвою проблемою для 40% опитаних є обмеженість часу та умов для обстеження, а також відсутність зручного уніфікованого інструменту. Це підкреслює потребу у створенні компактних та практичних скринінгових протоколів, придатних для використання в умовах закладу освіти.

Водночас 20% логопедів відповіли, що не відчують труднощів під час такого виду обстеження, що може бути пов'язано з їхнім досвідом та сформованими власними алгоритмами роботи.

Таким чином, результати опитування підтверджують запит на розробку доступного, стандартизованого інструменту обстеження артикуляційної моторики, який дозволить оптимізувати роботу логопеда та підвищити об'єктивність оцінки.

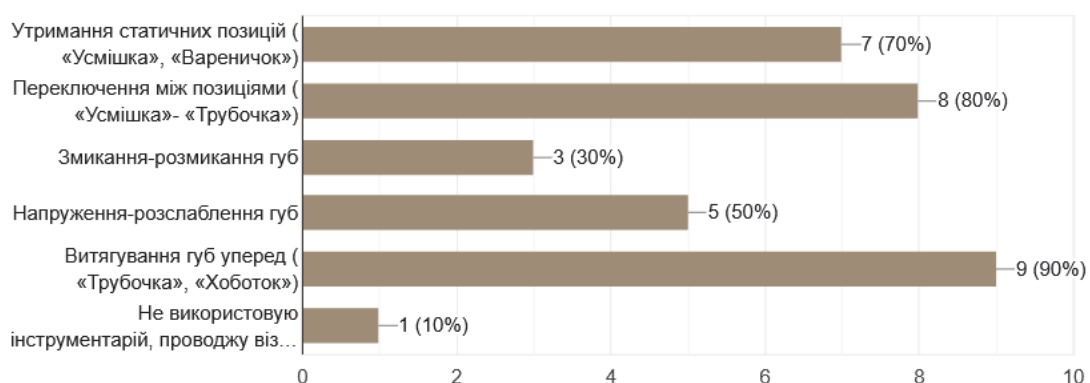


Рис. 2.6. Інструментарій для оцінки моторики губ

У межах опитування логопедів було з'ясовано, який саме інструментарій вони використовують для обстеження рухової функції губ.

Найбільш поширеним виявилось завдання «витягування губ уперед» («трубочка», «хоботок»), його використовують 90% фахівців. Це логічно, оскільки

дана проба є однією з базових у діагностиці артикуляційної моторики та дозволяє оцінити як силу, так і координацію губних м'язів.

Досить високі показники також мають вправи на переключення між позиціями («усмішка» – «трубочка») – 80% відповідей. Цей результат свідчить про те, що логопеди активно застосовують завдання, які дозволяють виявити гнучкість і рухливість артикуляційного апарату, адже саме вміння швидко змінювати позиції губ має важливе значення для формування чіткої звуковимови.

Не менш популярним є завдання на утримання статичних позицій («усмішка», «вареничок») – 70% відповідей. Використання подібних проб допомагає оцінити стійкість артикуляційних поз, що необхідно для діагностики можливих труднощів із м'язовим тонусом або витривалістю.

Половина опитаних (50%) застосовують завдання на напруження та розслаблення губ, що вказує на прагнення спеціалістів отримати більш комплексне уявлення про функціональний стан губних м'язів.

Менш поширеним виявилось використання вправи на змикання-розмикання губ – лише 30% респондентів використовують її у роботі. Це може свідчити про те, що фахівці розглядають її як допоміжну пробу або ж віддають перевагу більш складним та інформативним завданням.

Цікаво, що лише один логопед (10%) зазначив, що не використовує спеціальний інструментарій, а проводить візуальне спостереження. Це підтверджує тенденцію до зростання ролі стандартизованих методик у практиці обстеження.

Загалом, отримані дані демонструють, що більшість логопедів у своїй роботі використовують комплексний підхід, поєднуючи різні завдання для оцінки моторики губ. Найчастіше застосовуються вправи, які дозволяють перевірити гнучкість та координацію артикуляційного апарату («усмішка» – «трубочка», «хоботок»), що підкреслює важливість цих проб у діагностиці. Водночас менш поширене використання простіших завдань, таких як змикання-розмикання губ, може вказувати на їх сприйняття як допоміжних або менш інформативних.

Результати опитування підтверджують, що у практиці логопедів домінує орієнтація на функціональні проби, спрямовані на виявлення не лише сили, а й гнучкості та динаміки артикуляційної моторики.

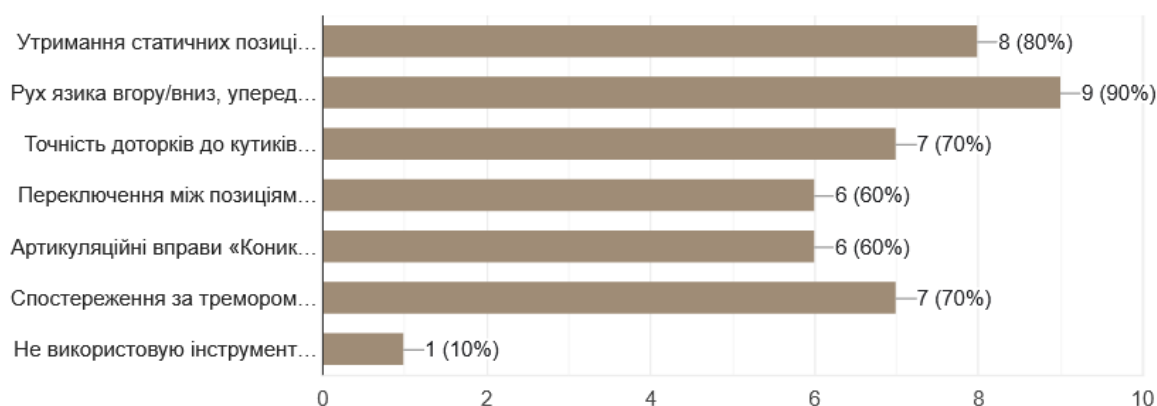


Рис. 2.7. Інструментарій для оцінки моторики язика

У межах опитування було розглянуто, які саме завдання логопеди застосовують для оцінки рухової функції язика.

Найчастіше фахівці використовують завдання на рух язика вгору/вниз, уперед/назад – 90% відповідей. Це пояснюється тим, що така вправа є базовою для виявлення ступеня рухливості органа артикуляції та дозволяє оцінити можливості язика виконувати необхідні для звуковимови рухи.

Досить високий відсоток опитаних (80%) застосовують вправи на утримання статичних позицій язика. Подібні завдання важливі для діагностики витривалості, сили та тону м'язів язика, а також для виявлення труднощів із координацією.

Вправи на точність доторків язика до кутків рота та спостереження за тремором язика використовують по 70% респондентів. Це свідчить про увагу логопедів до більш детальної діагностики: точність рухів дозволяє оцінити рівень контролю артикуляції, а спостереження за тремором – виявити можливі неврологічні відхилення.

Більш ніж половина фахівців (60%) відзначили застосування переключення між позиціями та артикуляційних вправ типу «Коник», «Гойдалка». Такі завдання важливі для оцінки гнучкості та швидкості перемикання рухів, що безпосередньо впливає на якість звуковимови.

Водночас лише один логопед (10% відповідей) повідомив, що не використовує спеціальний інструментарій, проводячи лише спостереження. Це може бути пов'язано або з індивідуальною методикою, або з відсутністю уніфікованих матеріалів у практиці.

Загалом результати показують, що більшість логопедів використовують різноманітні завдання для комплексної оцінки моторики язика, поєднуючи статичні та динамічні проби. Найбільш поширеними є вправи, спрямовані на виявлення рухливості язика та його здатності до виконання точних і координованих рухів. Такі дані підкреслюють необхідність уніфікації діагностичного інструментарію, що дозволить оптимізувати процедуру обстеження та забезпечить об'єктивність оцінки функціонального стану артикуляційного апарату.

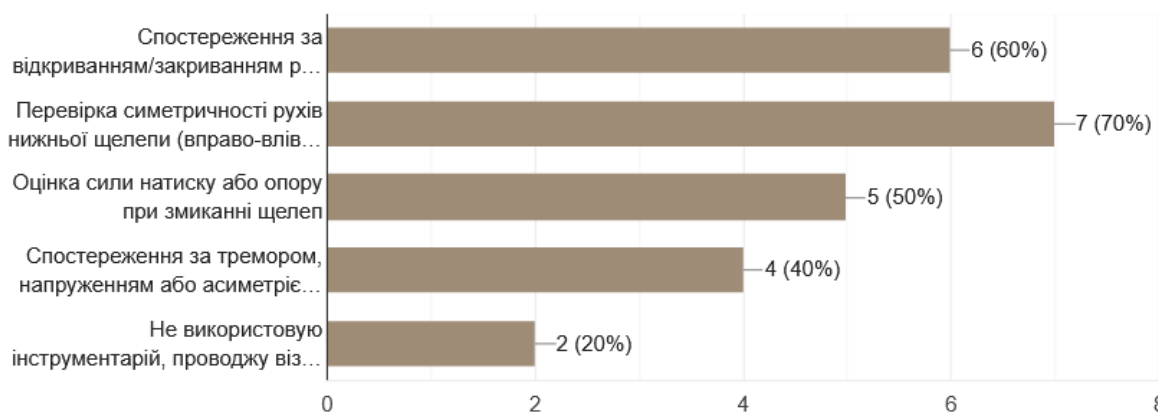


Рис. 2.8. Інструментарій для оцінки моторики нижньої щелепи

Також у межах опитування респонденти визначили завдання, які вони використовують для дослідження функціонального стану нижньої щелепи.

Найбільш поширеним методом є перевірка симетричності рухів щелепи (право-ліво, вперед-назад) – його застосовують 70% опитаних. Такий інструмент є базовим, адже дозволяє виявити відхилення у координації рухів, асиметрію, що може впливати на якість артикуляції та звукотворення.

Другим за поширеністю є спостереження за відкриванням/закриванням рота – 60% відповідей. Це проста, але інформативна проба, яка дозволяє оцінити плавність, рівномірність та амплітуду рухів нижньої щелепи.

Половина логопедів (50%) використовують оцінку сили натиску або опору при змиканні щелеп. Такий підхід дає змогу оцінити тонус та силу жувальної

мускулатури, що є важливим не лише для мовлення, а й для процесів жування та ковтання.

Менш поширеним, але також значущим є метод спостереження за тремором, напруженням або асиметрією – його застосовують 40% спеціалістів. Це свідчить про увагу до можливих неврологічних проявів або м'язових порушень.

Лише 20% опитаних зазначили, що не використовують спеціального інструментарію, обмежуючись візуальним спостереженням. Це може бути пов'язано з браком часу, методичних матеріалів або особистими підходами до діагностики.

Узагальнені результати свідчать, що більшість логопедів у своїй практиці приділяють увагу як динамічним характеристикам рухів нижньої щелепи (симетричність, відкривання/закривання), так і функціональним показникам (сила, витривалість, відсутність тремору). Це свідчить про комплексний підхід до діагностики.

Отримані дані підкреслюють важливість створення уніфікованого інструментарію, який охоплюватиме як базові проби (рухи, симетричність), так і додаткові (оцінка сили, спостереження за тремором), що дозволить зробити обстеження більш стандартизованим та об'єктивним.

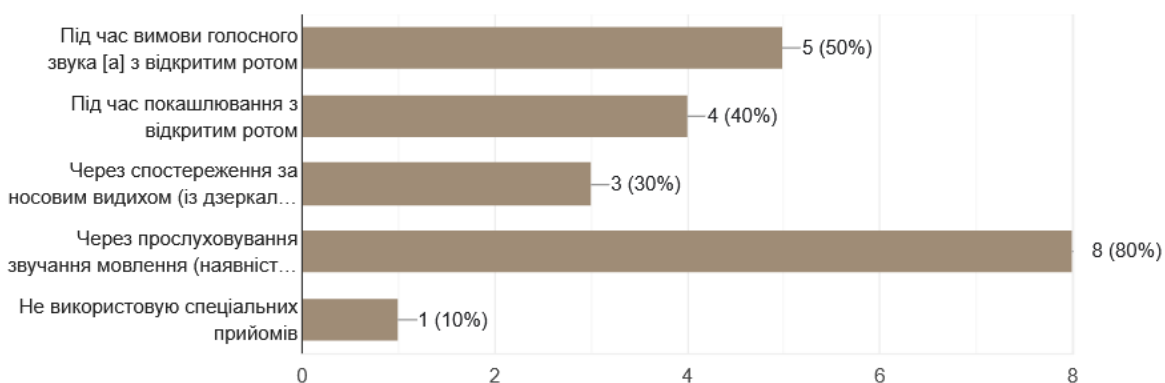


Рис. 2.9. Оцінка функціонального стану м'якого піднебіння

Найбільш поширеним способом, який використовують 80% опитаних, є прослуховування звучання мовлення (наявність ринофонії, носових відтінків, порушення тембру). Це логічно, адже саме якість звучання голосу та мовлення

найшвидше вказує на недостатність піднебінно-глоткового змикання та наявність функціональних проблем.

Другим за частотою застосування є прийом під час вимови голосного звука [a] з відкритим ротом (50%). Такий спосіб дозволяє візуально оцінити рухливість і піднімання м'якого піднебіння.

На третьому місці – під час покашлювання з відкритим ротом (40%), що також дає можливість оцінити активність піднебіння та гортані у рефлексорних рухах.

Менш поширеним, але значущим методом є спостереження за носовим видихом (із дзеркалом, ваткою тощо) – його застосовують 30% логопедів. Цей спосіб є об'єктивним додатковим індикатором, особливо у випадках, коли ринофонія не завжди явно чутна.

Лише 10% респондентів зазначили, що не використовують спеціальних прийомів для оцінки функцій м'якого піднебіння. Це може бути пов'язано з покладанням виключно на загальне слухове враження від мовлення.

Отримані дані свідчать, що логопеди надають перевагу аудіальним методам (прослуховування мовлення), доповнюючи їх простими візуально-рефлексорними прийомами (звук [a], покашлювання, носовий видих). Такий підхід дозволяє поєднати суб'єктивне слухове сприйняття з більш об'єктивними показниками функціональності м'якого піднебіння.

Водночас результати вказують на потребу уніфікації методів: у частини спеціалістів спостерігається фокус лише на слуховій оцінці, що може знижувати точність діагностики. Використання комплексного підходу (поєднання аудіальних, візуальних та інструментальних методів) сприятиме більш надійній оцінці стану піднебіння.

10 відповідей

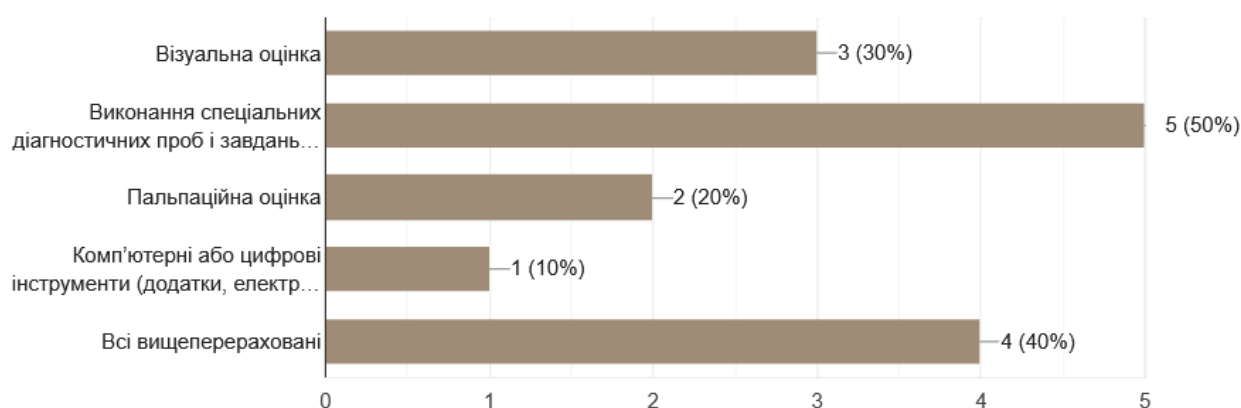


Рис. 2.10. Ефективні способи обстеження артикуляційної моторики у дітей молодшого шкільного віку з порушеннями звуковимови

Найбільшу ефективність фахівці приписують виконанню спеціальних діагностичних проб і завдань – цей варіант обрали 50% респондентів. Це свідчить про те, що логопеди вважають за основу діагностики саме активне виконання дитиною цілеспрямованих артикуляційних вправ, що дозволяє безпосередньо оцінити обсяг, точність, плавність та інші параметри рухів.

Значущим є той факт, що 40% логопедів вважають найбільш ефективним комплексний підхід, обравши варіант «Всі вищеперераховані». Це засвідчує розуміння фахівцями багато аспектності діагностичного процесу, який має поєднувати:

візуальну оцінку (30%) – для спостереження за статикою та динамікою артикуляційних органів;

пальпаційну оцінку (20%) – для виявлення таких неврологічних симптомів, як гіпо- або гіпертонус м'язів;

спеціальні проби (50%) – для аналізу безпосередньої рухової функції;

комп'ютерні інструменти (10%) – що відображає появу інтересу до об'єктивізації діагностики за допомогою цифрових технологій, хоча на сьогодні цей спосіб є найменш поширеним у практиці.

Отримані дані підтверджують, що сучасна діагностика артикуляційної моторики потребує синтезу класичних методів спостереження та виконання проб з потенціалом цифровізації для підвищення об'єктивності. Водночас, акцент на

комплексності вказує на необхідність створення інструментів, що інтегрують різні підходи, а не ґрунтуються лише на одному з них.

Результати аналізу другого блоку анкети свідчать, що більшість логопедів активно використовують різні методики, прийоми та інструменти для оцінювання артикуляційної моторики дітей молодшого шкільного віку. Переважає орієнтація на функціональні проби, які дозволяють комплексно оцінити рухливість, силу, координацію та витривалість органів артикуляційного апарату (губ, язика, нижньої щелепи, м'якого піднебіння).

Разом із тим виявлено варіативність підходів і відсутність єдиної уніфікованої системи оцінювання, що знижує об'єктивність результатів та ускладнює порівняння даних між різними фахівцями.

Серед головних труднощів, які логопеди відзначають під час діагностики, – потреба в адаптації завдань до вікових і індивідуальних особливостей дітей, складність оцінювання неврологічних компонентів та обмеженість часу для обстеження.

Водночас опитані фахівці демонструють готовність до впровадження нових інструментів, орієнтованих на комплексний, стандартизований і практично зручний підхід до оцінювання артикуляційної моторики.

Отже, результати другого блоку підтверджують актуальність створення уніфікованого скринінгового інструменту, який би поєднував діагностичну точність, зручність у використанні та можливість стандартизованого оцінювання функціонального стану артикуляційного апарату.

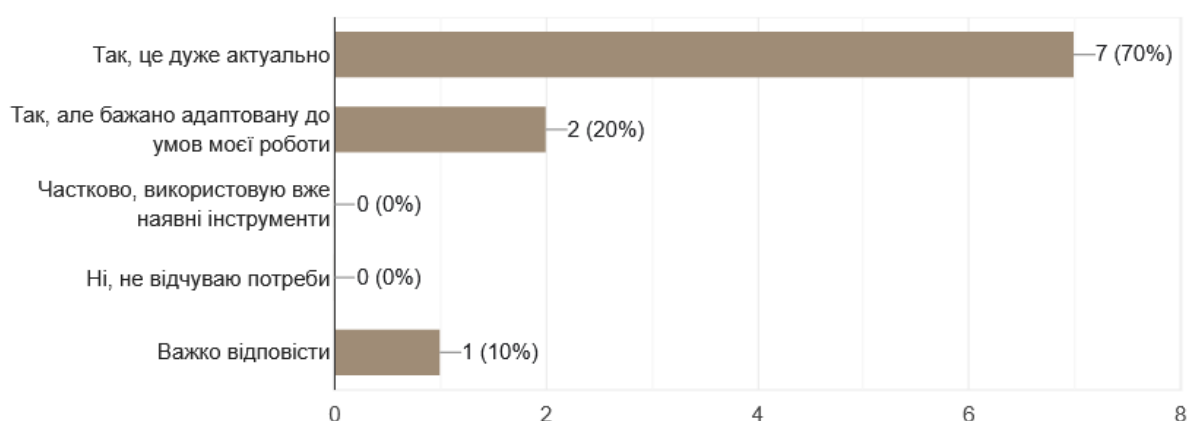


Рис. 2.11. Оцінка потреби у новій скринінговій методиці

Результати опитування демонструють надзвичайно високий рівень усвідомленої потреби практикуючих логопедів у розробці та впровадженні ефективної скринінгової методики для обстеження артикуляційної моторики дітей молодшого шкільного віку.

Абсолютна більшість респондентів (90%) підтвердили актуальність такої розробки. При цьому варто деталізувати структуру цієї потреби:

70% фахівців однозначно вважають це питання дуже актуальним. Ця переважна більшість свідчить про наявність чіткого соціального запиту на принципово новий або значно вдосконалений інструмент, що дозволяє проводити швидко та ефективно обстеження.

Ще 20% також підтримують потребу, але з важливою приміткою – вони бажають, щоб методика була адаптована до умов їхньої конкретної професійної практики. Це вказує на те, що при розробці необхідно враховувати різноманіття закладів (загальноосвітні школи, інклюзивно-ресурсні центри, приватні практики тощо) та забезпечити гнучкість застосування інструменту.

Лише 10% респондентів не змогли дати однозначної відповіді («Важко відповісти»).

Важливо відзначити, що жоден із опитаних фахівців не заперечив наявність потреби, а варіант «Ні, не відчуваю потреби» не набрав жодного голосу (0%).

Отримані дані є вагомим обґрунтуванням для проведення дослідно-експериментальної роботи з метою розробки такої скринінгової методики. Вони свідчать не лише про її теоретичну корисність, але й про готовність практиків до її майбутнього застосування за умови відповідності реальним умовам роботи.

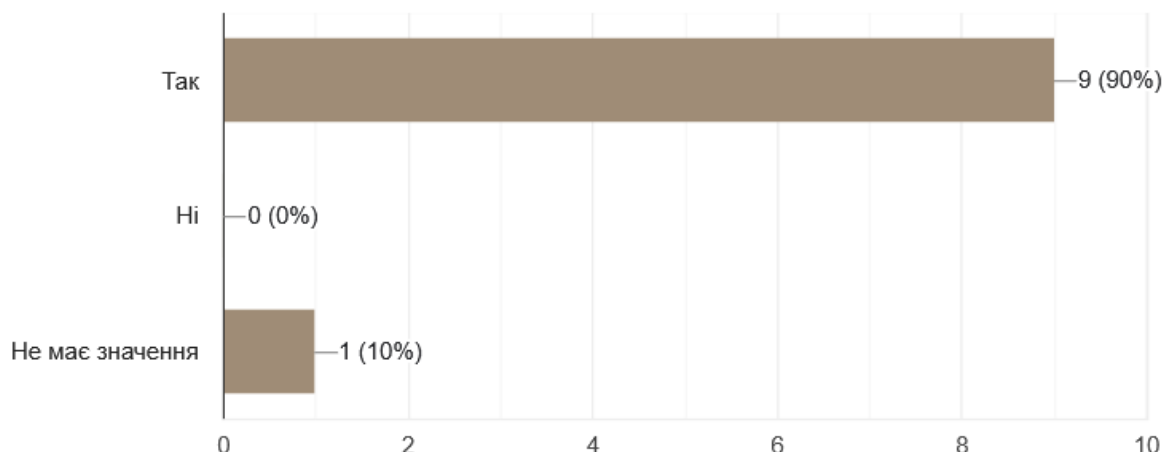


Рис. 2.11. Оцінка необхідності візуальної шкали для діагностики артикуляційної моторики

Одним з ключових результатів дослідження є категорична позиція практикуючих логопедів щодо необхідності формалізованого інструменту оцінки.

Переважна більшість респондентів (90%) вважають обов'язковим наявність візуальної шкали або описової градації для оцінки кожного показника артикуляційної моторики.

Цей результат має принципове значення для розробки нового діагностичного інструментарію. Він однозначно вказує на те, що фахівці усвідомлюють обмеження суто якісних, суб'єктивних описів стану моторної функції та потребують стандартизованого підходу. Запропонований у питанні приклад градації («норма – помірне порушення – виражене порушення») відповідає потребі у створенні єдиних, зрозумілих критеріїв, які дозволять:

- уніфікувати діагностичний процес та забезпечити однакові підходи до оцінки різними фахівцями;

- підвищити об'єктивність та зменшити вплив суб'єктивного фактора при визначенні ступеня порушення;

- спростити фіксацію результатів та надати зручний інструмент для чіткої та наочної записи спостережень;

- покращити моніторинг динаміки та дозволити точно відстежувати зміни в стані дитини в процесі корекційної роботи.

Те, що лише 10% респондентів вважають таку шкалу необов'язковою, ще раз підтверджує консенсус серед фахівців щодо цього питання. Варіант відповіді «Так» не отримав жодного голосу (0%), що може свідчити про те, що сама ідея потребує конкретного втілення в зручному форматі, а не лише абстрактної підтримки.

Таким чином, отримані дані є прямим методичним орієнтиром для подальшої розробки: будь-який новий скринінговий інструмент повинен обов'язково містити чітку, інтуїтивно зрозумілу та візуально підтримувану шкалу оцінки для кожного діагностичного параметра.

Аналіз відповідей логопедів показав, що під час обстеження артикуляційної моторики спеціалісти стикаються з рядом труднощів. Найчастіше зазначали складність адаптації завдань до вікових та індивідуальних особливостей дитини, обмеженість часу чи умов для проведення діагностики, а також проблеми з об'єктивним оцінюванням неврологічних аспектів. Додатково респонденти наголошували на відсутності зручного та уніфікованого інструменту, що ускладнює стандартизацію результатів.

Водночас аналіз застосовуваного інструментарію для оцінки моторики губ, язика, нижньої щелепи та м'якого піднебіння виявив значну варіативність у підходах. Спеціалісти використовують переважно прості й доступні артикуляційні завдання, проте їх набір, кількість та критерії оцінки відрізняються. Це створює ризик суб'єктивності результатів, знижує можливості для порівняння показників між дітьми та ускладнює відстеження динаміки у процесі корекційної роботи.

Разом з тим, виявлено відмінності у виборі способів обстеження, що свідчить про відсутність єдиної системи критеріїв. Це, у свою чергу, зумовлює певну суб'єктивність у діагностиці й підкреслює актуальність створення уніфікованого скринінгового інструменту, який би дозволив стандартизувати процес та підвищити його об'єктивність.

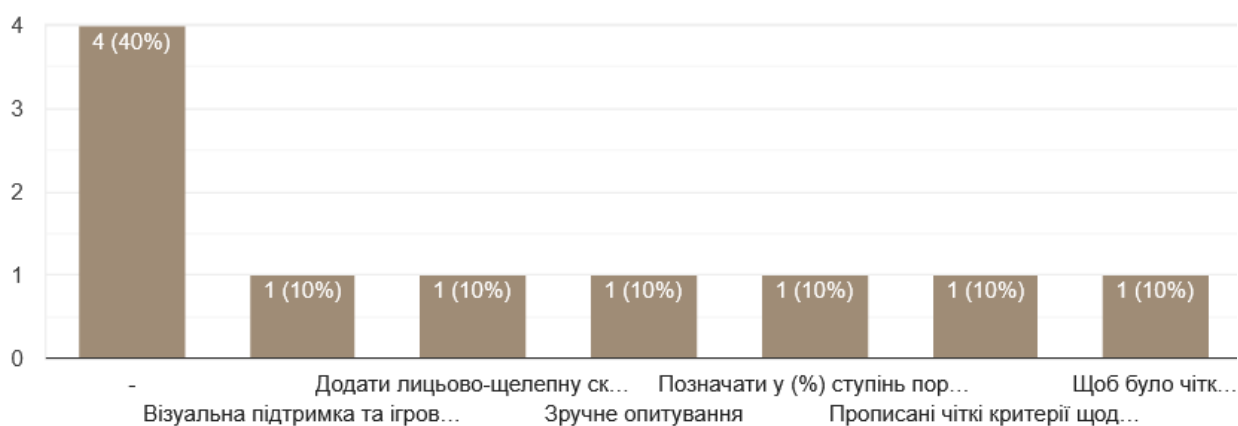


Рис. 2.13. Пропозиції респондентів щодо створення скринінгової методики

Результати Блоку 3 показали майже однотайну підтримку ідеї створення уніфікованої скринінгової методики: 90% респондентів вважають це питання актуальним, з них 70% – «дуже актуальним». Фахівці очікують, що новий інструмент буде коротким за часом проведення, міститиме чіткі інструкції, систему оцінювання, приклади вправ і зразки для демонстрації, а також дозволитиме проводити швидко, але достовірну діагностику.

Отримані від логопедів пропозиції дозволяють сформулювати конкретні вимоги до майбутнього скринінгового інструменту та структурувати їх за ключовими напрямками. Усі пропозиції (100%) є корисними та практично спрямованими, що підтверджує високий рівень зацікавленості фахівців у створенні ефективного діагностичного інструменту.

Структурований аналіз пропозицій.

1. Візуалізація та наочність (50% пропозицій).

«Додати лицьово-щелепну схему...» – 10% потреба в анатомічній схемі для точної фіксації спостережень за рухами артикуляційних органів.

«Візуальна підтримка та ігрові елементи...» – 10% необхідність візуальних матеріалів (зображення, схеми) та ігрового формату для підвищення мотивації дітей.

2. Чіткість критеріїв оцінки (40% пропозицій).

«Прописані чіткі критерії щодо...» – 10% вимагають конкретних, однозначних дескрипторів для оцінки кожного параметра.

«Щоб було чітко...» – 10% підкреслюють важливість однозначності та неухильного дотримання інструкцій.

«Позначати у (%) ступінь порушення...» – 10% потреба в кількісній або напівкількісній шкалі оцінювання.

3. Практичність та зручність 10% пропозицій.

«Зручне опитування...» – 10% акцент на ергономічності та зручності використання інструменту в щоденній роботі.

Висновки та методичні рекомендації.

На основі аналізу пропозицій можна сформулювати конкретні вимоги до майбутнього скринінгового інструменту:

1. Інструмент повинен бути комплексним та поєднувати:
 - анатомічну схему артикуляційного апарату;
 - візуальні матеріали для дитини;
 - ігрові елементи.
2. Система оцінювання має бути стандартизованою та включати:
 - чіткі критерії для кожної проби;
 - кількісну або напівкількісну шкалу оцінки;
 - градації ступеня порушення.
3. Формат має бути ергономічним:
 - зручний для швидкого заповнення;
 - адаптований до умов роботи логопеда;
 - зрозумілий без додаткового навчання.

Отримані результати свідчать про те, що розробка нового скринінгового інструменту має ґрунтуватися на принципах наочності, стандартизації та практичної зручності, що забезпечить його ефективне використання в щоденній роботі логопедів.

Загалом аналіз результатів опитування логопедів дав змогу виявити ключові тенденції та проблеми, пов'язані з діагностикою артикуляційної моторики у дітей молодшого шкільного віку з порушенням звуковимови.

По-перше, з'ясовано, що спеціалісти володіють достатнім рівнем професійної компетентності та застосовують у роботі різноманітні прийоми й методики, які дозволяють комплексно оцінити стан артикуляційного апарату.

По-друге, респонденти вказали на низку труднощів, з якими стикаються під час проведення обстеження: від обмежень часу та умов роботи до відсутності єдиних критеріїв оцінки та зручних інструментів для стандартизованої діагностики.

По-третє, встановлено, що хоча найбільш поширеними є прості артикуляційні вправи (на утримання позицій, переключення рухів, оцінку сили, симетрії та координації), їхній добір і система використання у різних фахівців відрізняються. Це свідчить про варіативність підходів та створює ризик суб'єктивності у визначенні результатів.

Отримані дані підкреслюють нагальну потребу у створенні та впровадженні уніфікованого скринінгового інструменту, який дозволив би підвищити об'єктивність, достовірність і зручність діагностики, а також сприяв би узгодженості у професійній діяльності логопедів.

Якісний аналіз результатів.

Опитування виявило низку ключових тенденцій у практиці логопедів щодо діагностики артикуляційної моторики.

Профіль респондентів та загальний підхід до діагностики: переважна більшість логопедів (80%) проводять обстеження артикуляційної моторики регулярно, що свідчить про визнання його важливості в корекційній роботі. Значну частину вибірки складають фахівці з досвідом роботи 1-5 років (70%), які працюють у спеціальних школах (50%) та закладах загальної середньої освіти (разом із ЗЗСО та ІРЦ – 30%). Це вказує на те, що проблема обстеження є актуальною саме для логопедів, які безпосередньо працюють з цільовою групою – дітьми з порушеннями мовлення в освітніх закладах.

Використання методик та виникнення труднощів: найпопулярнішим інструментом є власноруч розроблена картка обстеження (70%), що може свідчити про недостатню уніфікацію існуючих методик або про прагнення фахівців до індивідуалізації діагностичного процесу. Разом із тим, 60% респондентів

використовують посібник А. Малярчук, що засвідчує потребу в опорі на науково обґрунтовані джерела.

Основні труднощі, з якими стикаються логопеди, носять системний характер: відсутність зручного уніфікованого інструменту (80%) та складність адаптації завдань до індивідуальних особливостей дитини (80%). Це означає, що існуючі протоколи часто є незручними в практичному застосуванні та недостатньо гнучкими. Також значну проблему становить суб'єктивність оцінки, зокрема труднощі в об'єктивній оцінці неврологічних аспектів (60%).

Інструментарій та практика оцінки: аналіз інструментарію показує, що логопеди комплексно підходять до оцінки рухової функції різних артикуляційних органів. Для губ і язика переважає використання динамічних проб на переключення (80-90%) та статичних проб на утримання позиції (70-80%). Це логічно, оскільки саме ці нависки критично важливі для чіткої звуковимови. Для оцінки м'якого піднебіння найчастіше використовується аудіальна оцінка гнусавості (80%), що є цілком адекватним, хоча й непрямим, методом. Разом з тим, різноманіття використовуваних проб та їх поєднань (наприклад, для губ використовуються від 3 до 5 різних типів завдань) ще раз підкреслює відсутність єдиного стандарту.

Потреби та очікування фахівців: найважливішим результатом є чітко сформована потреба у вдосконаленні діагностичного інструментарію. Абсолютна більшість логопедів (90%) вважає обов'язковим наявність візуальної шкали або чіткої описової градації (на кшталт «норма – помірне порушення – виражене порушення») для підвищення об'єктивності оцінки. Крім того, 90% респондентів (7% - «дуже актуально», 20% - «бажано адаптовану») відчують потребу в новому скринінговому інструменті, що є прямим обґрунтуванням необхідності такої розробки.

Пропозиції логопедів щодо майбутнього інструменту. Запропоновані фахівцями побажання дозволяють сформулювати конкретні вимоги до скринінгової методики:

1. Орієнтація на дитину. Впровадження ігрових елементів та візуальної підтримки для підвищення мотивації та зрозумілості завдань.

2. Зручність для логопеда. Зручний (ймовірно, швидкий та структурований) опитувальник із чіткими критеріями оцінки, що усуває суб'єктивізм.

3. Наочність результатів. Можливість позначати ступінь порушення у відсотках або за ясною шкалою, що полегшить моніторинг динаміки.

4. Комплексність. Розробка лицьово-щелепної схеми для фіксації спостережень, що вказує на потребу в інструменті, який дозволяє оцінювати моторику комплексно, а не ізольовано.

Висновки

1. Наявність системної проблеми. Результати опитування підтверджують, що логопеди стикаються зі значними труднощами при обстеженні артикуляційної моторики, пов'язаними з відсутністю зручного, стандартизованого та об'єктивного інструменту, адаптованого до роботи з дітьми молодшого шкільного віку.

2. Запит на інновацію. Існує чіткий соціальний запит від практикуючих фахівців на розробку нового скринінгового інструменту, який має бути швидким, зручним, об'єктивним (завдяки візуальній шкалі) та захоплюючим для дитини.

3. Ключові принципи майбутньої розробки. Майбутній скринінговий інструмент повинен бути розроблений з урахуванням наступних принципів:

а) об'єктивність – включення чітких критеріїв оцінки та візуальної градації порушень;

б) ігрова форма – інтеграція ігрових моментів та візуальних підказок для залучення уваги дитини;

в) комплексність – оцінка всіх компонентів артикуляційного апарату (губи, язик, щелепа, м'яке піднебіння) з можливістю наочної фіксації результатів (наприклад, на схемі);

г) практичність – зручність та швидкість застосування в умовах обмеженого часу у освітніх закладах.

Результати анкетування логопедів, дозволили виявити не лише основні проблеми та запити сучасної логопедичної практики, але й окреслили ключові напрями для вдосконалення діагностичних інструментів. Вони підтверджують необхідність розробки уніфікованої скринінгової методики, яка має базуватися на

чіткій системі показників, зрозумілих критеріях і стандартизованих пробах, що відповідають запитам професійної спільноти.

На основі аналізу практичних даних були сформовані концептуальні засади для розробки скринінгового оцінювання артикуляційної моторики у дітей молодшого шкільного віку з порушенням звуковимови. Наступним кроком стало структурування основних параметрів оцінювання, які враховують як структурно-функціональний стан артикуляційного апарату, так і рівень якості й ефективності рухової активності мовленнєвих органів.

Ці параметри стали базою для створення уніфікованої системи скринінгового обстеження, яка забезпечує об'єктивність, можливість порівняння та достовірність отриманих результатів, а також дозволяє адаптувати процес оцінювання до практичних умов роботи логопеда.

Теоретичне обґрунтування методики скринінгу артикуляційної моторики ґрунтується на детальному аналізі її компонентів. Основними параметрами оцінювання виступають ті, що характеризують статичний стан і динамічні якості рухів І. Дмитрієнко, Л. Федорович, J. Chauvet [7;56]. Ці параметри включають:

1. *Статичні та тонічні показники:* стійкість артикуляційної пози (здатність фіксувати позицію протягом 5-7 секунд); симетричність (відсутність асиметрії у стані спокою); сила м'язів (здатність створювати та утримувати напруження) та м'язовий тонус (стан м'язів у спокої: норма, гіпертонус чи гіпотонус, дистонія) за статичними та динамічними показниками.

2. *Динамічні показники:* точність рухів (виконання цільового руху без побічних дій); симетричність рухів (під час виконання проб); координація рухів (злагодженість і плавність); амплітуда рухів (повнота виконання, наприклад, облизування губ); темп виконання (підтримання заданої швидкості); ритмічність (утримання заданого ритму під рахунок) та переключення між рухами (швидкість переходу між артикуляційними позами); ступінь змикання велофарингеального кільця.

3. *Дисфункціональні прояви:* тремор; синкінезії; гіперкінези; гіперсалівація; паретичні прояви.

Для комплексної перевірки цих показників доцільним є використання спеціальних коротких проб (діадохокінетичних та кінестетичних) для оцінки окремих груп артикуляційних м'язів у динаміці. Перелічені параметри слугують основою для розробки бальної або описової шкали оцінювання, що забезпечить об'єктивність оцінювання артикуляційної моторики у дітей.

Таким чином, виділення структурованих параметрів оцінювання створює основу для формування уніфікованої системи скринінгового обстеження, що може бути ефективно використана у практиці логопедичної діагностики дітей молодшого шкільного віку. Для наочності, основні параметри оцінювання артикуляційної моторики, їх характеристики, критерії оцінювання та приклади проб подано у таблиці «параметри оцінки артикуляційної моторики при скринінговому обстеженні дітей молодшого шкільного віку» (Таблиця Б. 1. Додаток Б).

2.2. Апробація розробленої методики скринінгу

Для практичної реалізації скринінгового обстеження артикуляційної моторики у дітей молодшого шкільного віку подано перелік вправ, структурований за органами артикуляційної моторики (губи, язик, нижня щелепа, м'яке піднебіння). Кожна вправа супроводжується коротким описом ходу виконання, інструкцією для дитини та параметрами, за якими здійснюється оцінювання. Узагальнено представлено нижче у Рис. 2.14., Рис. 2.15., Рис. 2.16., Рис. 2.17., детально розписано у Додатку В: Таблиця В.1., Таблиця В.2., Таблиця В.3., Таблиця В.4.

Запропонований комплекс вправ побудований з урахуванням принципів структурно-функціональної організації артикуляційної системи, відповідності завдань віковим можливостям дітей молодшого шкільного віку, а також критеріям простоти, наочності та стандартизації інструкцій. Кожна вправа дозволяє оцінити окремі параметри, які входять до загальної системи показників артикуляційної моторики — статичних, динамічних і дисфункціональних. Така структура забезпечує послідовність і комплексність обстеження, дозволяє логопеду за

короткий час отримати об'єктивну характеристику артикуляційної моторики дитини.

Блок 1 спрямований на вправи для оцінки моторики губ, щоб визначити силу, точність, симетричність і координацію їхніх рухів. Саме ці показники є ключовими для формування правильної артикуляційної бази губних [П], [Б], [М] та губно-зубних [Ф], [В] звуків. Завдання цього блоку дозволяють визначити стан кругових м'язів рота, їхню функціональну узгодженість із нижньою щелепою та щокми, а також здатність дитини до утримання артикуляційних пози в статичному та динамічному режимах.

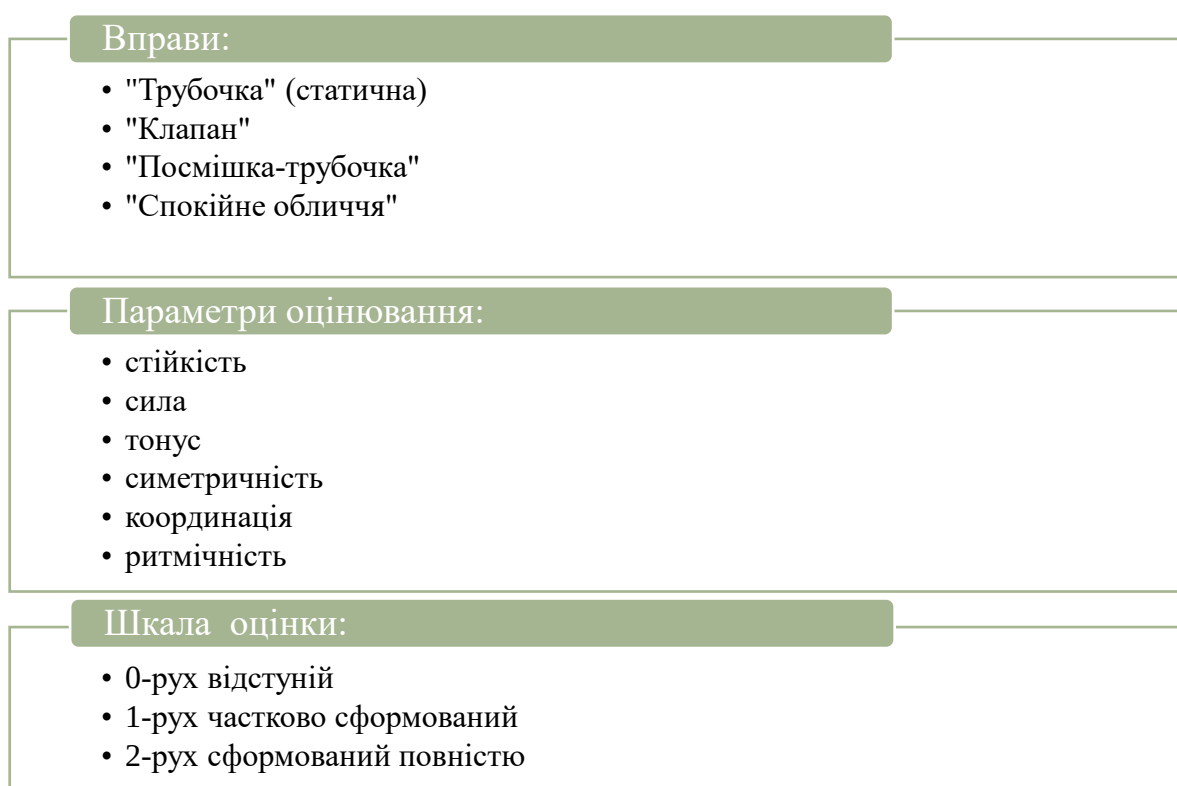


Рис. 2.14. Оцінювання артикуляційної моторики губ

Нижче подано приклади вправ, які використовуються для оцінювання артикуляційної моторики губ. Кожна вправа супроводжується коротким описом виконання та інструкцією для дитини.

Блок 1. Перелік вправ для оцінювання артикуляційної моторики губ:

1) Вправа «Трубочка (статична)»

Хід виконання: Дитина витягує губи вперед, формуючи трубочку, як для звука [У], при тому що щелепа не має напружуватись. Позиція утримується нерухомо протягом 7 секунд. Логопед рахує вголос до 7.

Інструкція: «Витягни губи «трубочкою» як я. Тримай до 7. Ти тримаєш, я рахую: «1,2,3,4,5,6,7».

2) Вправа «Трубочка (динамічна)»

Хід виконання: Дитина витягує губи вперед у «трубочку». Фіксуючи цю форму, та не рухаючи щелепою, плавно рухає губами за вказівкою логопеда в чотирьох напрямках: вгору, вниз, вліво, вправо.

Інструкція: «Зроби губи трубочкою, ось так як я, і тепер повільно поведи губки вгору (до носа), вниз (до підборіддя), до лівого вуха, до правого вуха, поглянь, як роблю я і повтори за мною. Рухаються лише губи».

3) Вправа «Клапан»

Хід виконання: Дитина складає губи всередину, щільно стискаючи їх, ніби закриваючи «клапан». Позиція утримується з легким напруженням протягом 5 секунд, після чого губи повністю розслаблюються. Вправа повторюється 3 рази.

Інструкція: «Сховай губки всередину, міцно стисни їх, тримай поки я рахую до 7: «1,2,3,4,5,6,7». А тепер – розслаб!».

5) Вправа «Посмішка - трубочка»

Хід виконання: На рахунок 1 робити «посмішку», на 2 – «трубочку». Логопед рахує, дитина робить.

Інструкція: «Коли я кажу «один» робиш «посмішку», коли кажу «два» – «трубочку», поглянь як я роблю, я рахую, ти робиш. «1-2-1-2-1-2», чудово!»

6) Вправа: «Спокійне обличчя» (губи, щоки)

Хід виконання: Дитина сідає зручно, обличчя повністю розслаблене, губи зімкнені. Щоки розслаблені, не втягнуті і не напружені.

Інструкція: «Сідай зручно, повністю розслаб обличчя, губи зімкни, тримай таке розслаблене обличчя, поки я рахую до 7, «1,2,3,4,5,6,7».

Для зручності узагальнення результатів виконання вправ Блок 1 створено таблицю (Таблиця В.1, Додаток В), у якій систематизовано параметри оцінювання, критерії їх визначення та рівні прояву порушень.

Таблиця дозволяє здійснити об'єктивне бальне оцінювання стану артикуляційної моторики губ дитини.

Блок 2 зосереджений на дослідженні моторики язика — ключового органа артикуляційної моторики, що відповідає за точність, силу та координацію більшості артикуляційних рухів і відіграє важливу роль у створенні звуків мовлення. Основною метою блоку є оцінка рівня розвитку тону, сили, координації, симетрії, амплітуди та точності рухів язика.

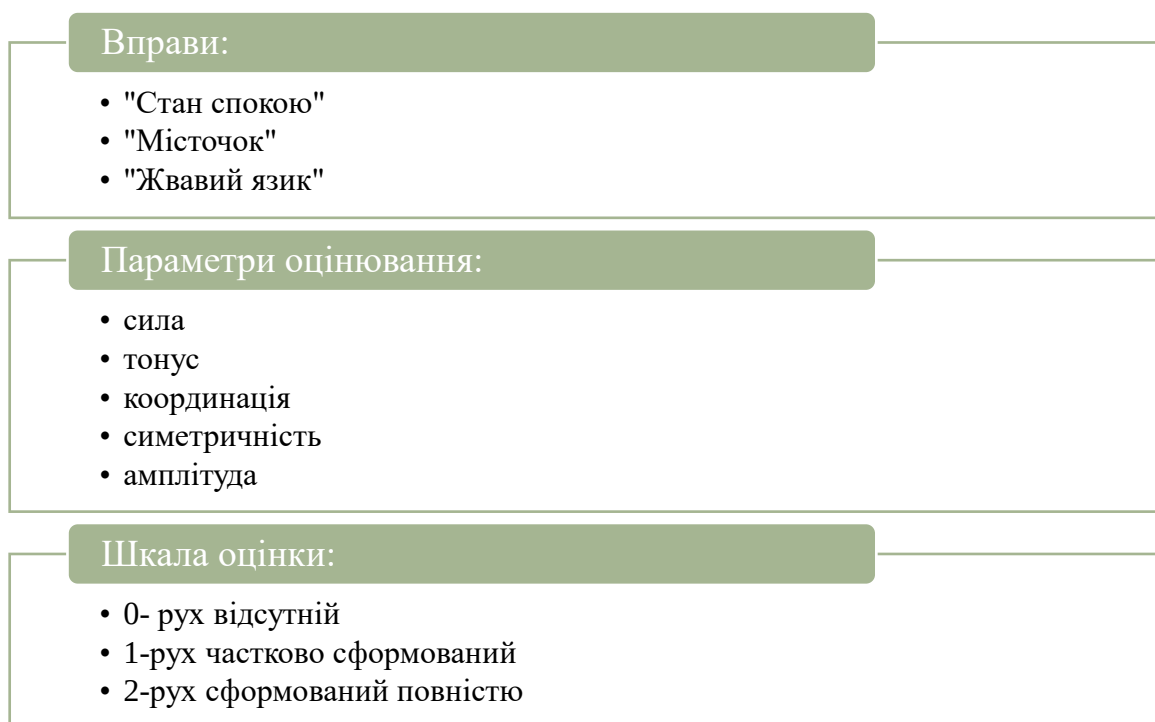


Рис. 2.15. Оцінювання артикуляційної моторики язика

Спочатку представлено стисле теоретичне обґрунтування діагностичної мети, що пояснює важливість кожного параметра для розвитку звуковимови. Далі наведено перелік вправ, які охоплюють ключові аспекти рухової активності язика — від нерухомого положення до виконання динамічних дій. Кожна вправа детально описана, включно з порядком її виконання та рекомендаціями для дитини, що сприяє уніфікації процедури і мінімізує вплив суб'єктивних факторів під час обстеження.

Блок 2. Перелік вправ для оцінювання артикуляційної моторики язика:

1) Вправа «Стан спокою»

Хід виконання: Широкий язик вільно лежить на нижній губі. Дитина утримує позицію 5-7 секунд, не напружуючи щелепу.

Інструкція: «Поклади широкий язик на нижню губу, ніби відпочивати, супер, а тепер замри, тримай так до 7: «1,2,3,4,5,6,7». Чудово!»

2) Вправа «Місточок»

Хід виконання: Дитина широко відкриває рот, кінчиком язика вона упирається в альвеоли (горбики за верхніми зубами). Логопед просить дитину утримувати цю позу протягом 7 секунд.

Інструкція: «Доторкнися кінчиком язика за верхні зубки, і тримай, поки я рахую до 7, «1,2,3,4,5,6,7».

3) Вправа «Жвавий язик»

Хід виконання: Дитина висовує язик вверх-вниз, вліво-вправо, плавно змінюючи напрямки. Дитина виконує вправу за інструкцією логопеда.

Інструкція: «Покажи язичок, підними вгору, опусти вниз, доторкнись до лівого куточка рота, тепер до правого. Роби повільно і обережно».

Після опису вправ подано таблицю (Таблиця В.2, Додаток В) з чіткими критеріями оцінювання кожного параметра, що забезпечує перехід від якісного аналізу спостережень до кількісної обробки отриманих даних.

Така структура забезпечує можливість об'єктивного порівняння показників, визначення вираженості рухових труднощів і формування висновку про потребу в подальшому логопедичному втручанні.

Блок 3 спрямований на оцінку рухової активності нижньої щелепи, яка є ключовим елементом артикуляційного апарату. Саме від її злагодженої роботи залежить точність, плавність і чіткість мовлення. Нижня щелепа забезпечує опору для взаємодії язика та губ, а недостатня її координація або слабкість можуть стати причиною порушень звуковимови, обмеження амплітуди артикуляційних рухів і швидкого виснаження мовленнєвої моторики.

Основною метою цього блоку є визначення рівня розвитку сили, тону, амплітуди, симетричності та координації рухів нижньої щелепи. Також він включає перевірку здатності дитини утримувати стабільний ритм і сталість артикуляційної позиції під час виконання вправ.

Вступна частина блоку включає стислий опис його діагностичної мети. У подальшому наводиться набір вправ, які охоплюють як рухи нижньої щелепи в статичному положенні, так і її динамічні переміщення. Кожна вправа містить детальний опис процесу виконання та приклад інструкції для дитини, що сприяє стандартизації умов проведення обстеження і забезпечує високий рівень точності спостережень.

Вправи: • "Бегемотик" • "Гойдалка" • "Ліфт"
Параметри оцінювання: • сила • тонус • стійкість • симетричність • координація
Шкала оцінки: • 0-рух відсутній • 1-рух частково сформований • 2-рух сформований повністю

Рис. 2.16. Оцінювання артикуляційної моторики нижньої щелепи

Блок 3. Перелік вправ для оцінювання артикуляційної моторики нижньої щелепи:

1) Вправа «Бегемотик»

Хід виконання: Дитина повільно на половину відкриває рот, як «бегемотик», і утримує це положення 5-7 секунд. Губи розслаблені, язик спокійно лежить унизу, плечі не напружені.

Інструкція: «Відкрий на половину рот, ось поглянь як я і повтори за мною, тримай, поки я рахую до 7: «1,2,3,4,5,6,7». Чудово!»

2) Вправа «Гойдалка»

Хід виконання: Логопед пояснює, що нижня щелепа буде «гойдалкою», яка плавно рухається вгору-вниз. Логопед задає стабільний ритм, рахуючи: «Один» – рот плавно відкривається до середньої ширини (не максимально), «Два» – рот плавно закривається. Рухи повинні бути без ривків.

Інструкція: «Уяви, що твоя щелепа – гойдалка. На «один» ротик плавно відкривається вниз, на «два» – плавно закривається. Я рахую ти робиш: «1-2,1-2,1-2».

3) Вправа «Ліфт»

Хід виконання: Логопед пояснює, що нижня щелепа – це ліфт, який їздить між поверхами. 1-й поверх: Рот закритий, зуби зімкнуті. 2-й поверх: Рот наполовину відкритий. 3-й поверх: Рот відкритий широко. Логопед показує приклад дитині і вербально подає сигнали: («Перший!», «Другий!», «Третій!»), а дитина плавно переміщує щелепу між вказаними «поверхами».

Інструкція: «Уяви, що твоя щелепа – ліфт. «Перший поверх» – ротик закритий, «Другий поверх» – трохи відкритий, «Третій поверх» – широко відкрий рот. Я кажу, ти робиш!»

Після опису вправ подано таблицю (Таблиця В.3, Додаток В) з критеріями оцінювання, що визначають основні параметри артикуляційної моторики нижньої щелепи.

Така структура забезпечує можливість швидкого аналізу даних, порівняння результатів між різними дітьми та визначення потреби у подальшому логопедичному обстеженні.

Після оцінки артикуляційної моторики губ, щік та язика слід перейти до аналізу функціонального стану м'якого піднебіння. Блок 4 спрямований на виявлення порушень у роботі велофарингеального кільця, які можуть проявлятися під час фонування та рухів артикуляційних органів, впливаючи на якість звуковимови та спричиняючи носовий резонанс.

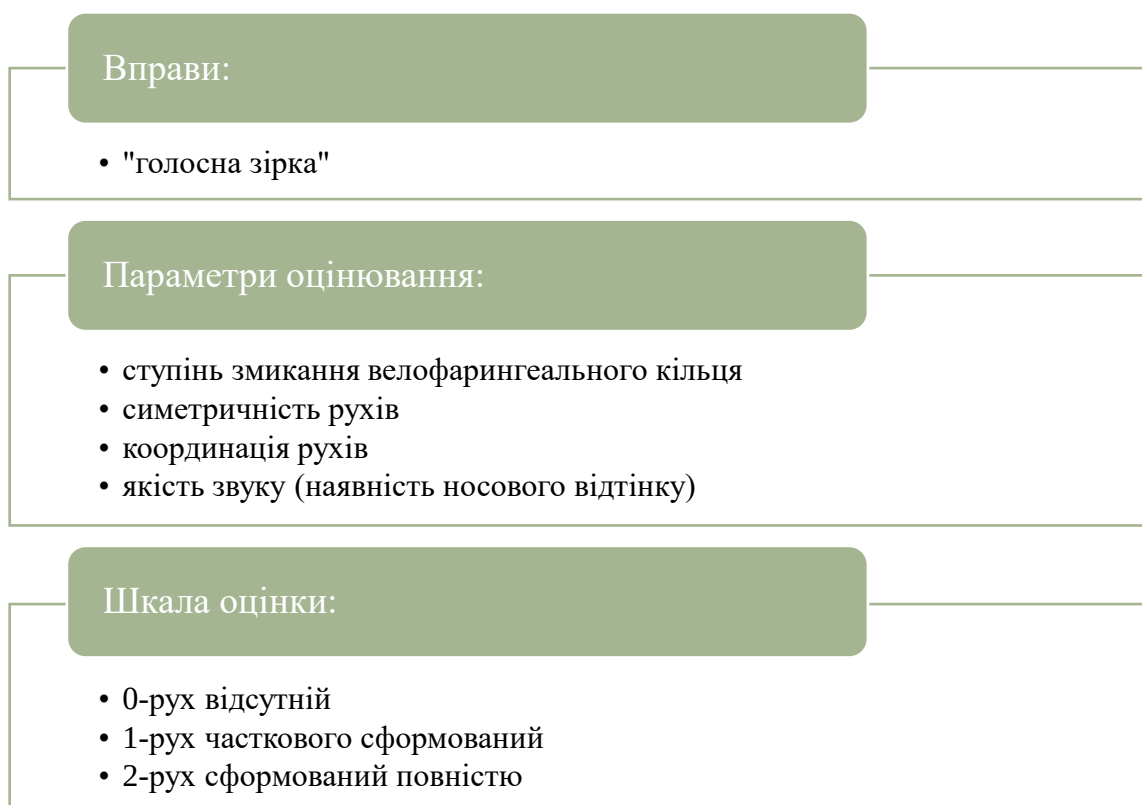


Рис. 2.17. Оцінка артикуляційної моторики м'якого піднебіння

Для проведення оцінки використовується вправа «Голосна зірка», що дає можливість спостерігати підйом м'якого піднебіння при вимові голосного звуку та визначати ознаки дисфункції. Рекомендується повторювати вправу 2–3 рази, аби отримати точніші результати.

Блок 4. Перелік вправ для оцінювання артикуляційної моторики для м'якого піднебіння:

1) Вправа «Голосна зірка»

Хід виконання: Логопед просить дитину широко відкрити рот. За допомогою ліхтарика (або дзеркальця) спостерігає за положенням м'якого піднебіння та язичка у стані спокою. Потім дитина голосно вимовляє тривалий звук «А-А-А...» (5–7 секунд). Логопед спостерігає за підйомом м'якого піднебіння. Для точного результату вправу можна повторити 2–3 рази.

Інструкція: «Уяви, що ти співаєш на сцені, широко відкрий ротик, і скажи довге «А-А-А-А!», поки я рахую до 7, «1,2,3,4,5,6,7» Чудово!»

Після опису вправ наведено таблицю (Таблиця В.4, Додаток В) з критеріями оцінювання, що дозволяє систематично фіксувати основні параметри

артикуляційної моторики м'якого піднебіння. Така організація даних забезпечує швидкий та наочний аналіз результатів, порівняння спостережень між дітьми та визначення, чи потрібне подальше комплексне логопедичне обстеження.

Отже, кожен блок включає стандартизовані вправи з чіткими інструкціями для дитини та детальними поясненнями щодо їх виконання. Наглядний приклад оцінки результату виконання показані у таблицях оцінювання з використанням бальної шкали, що забезпечує можливість об'єктивного порівняння показників між дітьми, аналізу ступеня вираженості порушень та визначення потреби в подальшому логопедичному втручанні.

З метою підвищення ефективності процесу оцінювання та забезпечення оперативного отримання комплексного результату, всі блоки було об'єднано в єдину таблицю скринінгового бланка (Таблиця Д.1. Додаток Д). Ця таблиця є інтегрованим інструментом для скринінгового оцінювання артикуляційної моторики дитини та охоплює чотири ключові блоки, що дозволяють оцінити стан губ, язика, нижньої щелепи та м'якого піднебіння. Таблиця передбачає бальну оцінку кожного параметра за шкалою 0–2 та фіксацію дисфункціональних проявів.

Вона дає змогу логопеду одночасно фіксувати показники функціонування губ, язика, нижньої щелепи і м'якого піднебіння, а також зазначати наявність дисфункціональних проявів, таких як тремор, синкінезії, гіперкінези, гіперсаливація чи паретичні порушення.

Практичні рекомендації для логопеда:

1. Бланк слід заповнювати під час безпосереднього спостереження за дитиною, дотримуючись стандартизованих інструкцій до вправ, аби мінімізувати суб'єктивність оцінок.

2. Для якісного та точного заповнення документа логопеду необхідно пройти навчання за відповідними методичними рекомендаціями й опрацювати практичні вправи.

3. Таблиця забезпечує можливість швидкого скринінгу та оперативного визначення потреби у поглибленому логопедичному обстеженні.

4. Підготовка до проведення обстеження. Логопеду потрібно ретельно вивчити всі вправи та методи їх виконання. Рекомендується організувати тренувальні заняття чи спостереження разом із колегами, аби відпрацювати стандартизовані правила оцінювання й інструкції. Забезпечте наявність необхідних інструментів: дзеркальця, ліхтарика, таймера або секундоміра.

5. Заповнення бланку здійснюється наступним чином.

Кожна вправа або проба позначена у колонці під назвою «Назва вправи/проби».

За кожним параметром, таким як сила, тонус, симетрія, координація та інші, визначається (обводиться) відповідний бал від 0 до 2.

Система оцінювання виглядає таким чином:

0 балів — нормативний рівень, відсутність будь-яких порушень;

1 бал — наявність часткових змін або незначних відхилень;

2 бали — виражені порушення або дисфункція.

У випадку дисфункціональних проявів, серед яких можуть бути тремор, синкінезії, гіперкінези, гіперсалівація чи паретичні ознаки, проставляється позначка «+» за умови виявлення хоча б одного такого прояву.

Блок 1 – артикуляційна моторика губ:

- Параметри оцінюються під час виконання вправ «Трубочка (статична)», «Трубочка (динамічна)», «Посмішка-трубочка» та інших вправ.

- Оцінюються стійкість артикуляційної пози, сила м'язів, м'язовий тонус, симетрія, координація, амплітуда рухів, ритмічність та переключення між рухами.

- Результати сумуються для визначення загальної кількості балів за БЛОК 1.

Блок 2 – артикуляційна моторика язика:

- Виконується оцінка вправ «Стан спокою», «Місточок», «Жвавий язик».

- Параметри: стійкість пози, сила м'язів, координація, амплітуда рухів, ритмічність, симетричність та точність рухів.

- Підсумковий бал за блок дозволяє визначити рівень функціонування язика та його готовність до артикуляційних навантажень.

- Результати сумуються для визначення загальної кількості балів за БЛОК 2.

Блок 3 – артикуляційна моторика нижньої щелепи:

- Вправи: «Бегемотик», «Гойдалка», «Ліфт».
- Оцінюються сила, тонус, координація, амплітуда, симетрія, точність та ритмічність рухів.

- Підсумковий бал за блок відображає стан нижньої щелепи, її здатність до стабільної артикуляції та взаємодії з губами та язиком.

- Результати сумуються для визначення загальної кількості балів за БЛОК 3.

Блок 4 – артикуляційна моторика м'якого піднебіння:

- Використовується вправа «Голосна зірка».
- Оцінюються ступінь змикання велофарингеального кільця та симетричність рухів.

- Підсумковий бал дозволяє визначити ризик носового резонансу та необхідність додаткового втручання.

- Результати сумуються для визначення загальної кількості балів за БЛОК 4.

Дисфункціональні прояви:

- Логопед відмічає наявність тремору, синкінезій, гіперкінезів, гіперсаливації або паретичних проявів.

- Навіть один із проявів є сигналом до додаткового логопедичного обстеження.

Інтерпретація результатів.

За результатами БЛОКІВ 1, 2, 3 (губи, язик, нижня щелепа):

0–3 бали – не потребує додаткового логопедичного обстеження;

більше 3 балів – рекомендовано звернутись до логопеда і пройти комплексне логопедичне обстеження.

За результатами БЛОКУ 4 (м'яке піднебіння):

0–1 бал – не потребує додаткового логопедичного обстеження;

більше 2 балів – рекомендовано звернутись до логопеда і пройти комплексне логопедичне обстеження.

Загальна кількість балів. Після заповнення всіх розділів обчислюються сукупні бали, тобто, якщо загальна кількість балів набере більше 3-х, це означає, що потребується подальше детальніше логопедичне обстеження.

Мета апробації перевірити на практиці бланк скринінгової методики обстеження артикуляційної моторики, визначити середній час, необхідний для проведення діагностики однієї дитини, та зробити висновки щодо її ефективності.

Вибірка: у апробації взяли участь 5 дітей молодшого шкільного віку (6-7 років).

Апробація проходила на базі власної практичної діяльності. Обстеження проводили індивідуально в спокійному та добре освітленому кабінеті, переважно в першій половині дня. Для кожної дитини виділявся окремий часовий інтервал, щоб уникнути перевтоми та підтримати їхню концентрацію.

Процес апробації відбувався таким чином, спочатку з кожною дитиною окремо, логопед встановлював контакт з дитиною, з метою зменшення можливого напруження та створення приємної та довірливої атмосфери. Після цього дитині пояснювали, що зараз вони будуть робити цікаві справи. Логопед чітко, повільно та доступно, пояснював дитині порядок виконання кожної справи. Кожна інструкція: («дивись як я роблю», «а тепер повтори за мною») супроводжувалась наочним прикладом. Ключові моменти виконання демонструвалися та підкреслювалися для кращого засвоєння.

Етап проведення вправ та оцінювання результатів: Дитина виконувала вправи поступово, згідно з розділами бланка (губи, язик, щелепа, м'яке піднебіння). Логопед одночасно спостерігав за процесом і, не відволікаючи дитину, записував оцінки за кожним параметром (стійкість, сила, точність тощо) у бланк. Одночасно реєструвалися виявлені дисфункціональні прояви (тремор, синкінезії, гіперкінези,

салівація). У випадку непорозуміння із завданням інструкцію додатково пояснювали або демонстрували повторно.

Час вимірювався секундоміром на телефоні, починаючи з моменту старту інструктажу перед першою вправою («Трубочка») і до завершення останньої вправи («Голосна зірка»), включаючи фіксацію дисфункціональних проявів. Час, витрачений на встановлення контакту і розмову, до обліку не брався.

Проведення апробації за поданою методикою сприяло не лише ознайомленню дітей із завданнями у формі гри, але й дозволило отримати точні та об'єктивні дані про стан їхньої артикуляційної моторики та час, необхідний для її оцінки. Ці результати стали основою для ретельного аналізу ефективності самого скринінгового інструменту та особливостей виявлених у дітей порушень.

2.3. Аналіз результатів апробації методики скринінгу артикуляційної моторики у дітей молодшого шкільного віку з порушеннями звуковимови

Результати, отримані в процесі апробації, дозволяють оцінити ефективність скринінгової методики за двома основними параметрами. Перший аспект стосується її практичної цінності, що включає економію часу та зручність у застосуванні. Другий аспект охоплює діагностичну спрямованість методики, тобто її здатність виявляти та диференціювати порушення артикуляційної моторики, які лежать в основі порушень звуковимови. Аналіз був проведений шляхом систематизації хронометражних даних і порівняння результатів обстеження дітей з різним рівнем мовленнєвого розвитку.

Ефективність будь-якого скринінгового інструменту безпосередньо залежить від часу, який потрібно на його проведення. Апробація запропонованого бланку на вибірці з 5 дітей дозволила отримати наступні дані щодо тривалості діагностики представлені у таблиці 2.1.

**Узагальнені показники тривалості обстеження залежно від рівня
мовленнєвого розвитку дітей**

Категорія	Тривалість обстеження (хвилини)	Середній показник (хвилини)
Без порушень артикуляційної моторики	7-8 хвилин	7,5
Із поодинокими (ізольованими) фонетичними порушеннями	9-10 хвилин	9,5
Із системними мовленнєвими порушеннями	14 хвилин	14

Середній показник тривалості одного скринінгового обстеження за вибіркою становить: $(7+8+9+10+14)/5 = 9,6$ хвилини.

Аналіз результатів скринінгового обстеження артикуляційної моторики показав, що тривалість виконання завдань і загальний темп роботи дітей під час оцінювання безпосередньо залежать від ступеня сформованості мовленнєвих і когнітивних функцій. Середній час обстеження за даними п'яти випадків становив 9,6 хвилин, при чому тривалість варіювалася від 7 до 14 хвилин. Ці показники свідчать про те, що швидкість і ефективність виконання завдань можуть слугувати важливими непрямыми критеріями рівня розвитку артикуляційної моторики та загальної мовленнєвої організації.

Категорія дітей без порушень артикуляційної моторики відзначається найшвидшим проходженням обстеження, яке зазвичай займає 7–8 хвилин. Діти цієї групи демонструють впевнені та скоординовані рухи з достатньою амплітудою і точністю. Вони легко засвоюють інструкції логопеда без необхідності додаткових пояснень чи повторень, а також швидко переключаються між завданнями.

У більшості представників цієї категорії спостерігається стабільний темп виконання завдань, стійкість артикуляційних поз та збережена точність моторики в усіх блоках обстеження. Лише у поодиноких випадках дітям був потрібен

короткий візуальний супровід логопеда під час виконання вправ, що потребують ритмічності чи чергування рухів, таких як «Посмішка – трубочка» або «Гойдалка». Подібна потреба не виходить за межі норми і пояснюється індивідуальними особливостями організації рухової активності.

Таким чином, методика виявилася швидкою і ефективною для підтвердження норми артикуляційного розвитку у дітей без виражених моторних труднощів. Короткий час обстеження (7–8 хвилин) свідчить про високий рівень сформованості артикуляційної моторики, хороше розуміння інструкцій і належну здатність до саморегуляції рухів.

Категорія дітей із ізольованими фонетичними порушеннями. У дітей з окремими фонетичними порушеннями процес обстеження тривав близько 9–10 хвилин. Таке незначне збільшення часу порівняно з нормою є цілком закономірним, оскільки потребувало більш ретельного спостереження під час виконання складніших завдань. У цій групі виявлено труднощі з вправами, спрямованими на зміцнення та точність артикуляційних рухів, особливо в завданнях типу «Місточок» та «Голосна зірка». Спостерігалася знижена стійкість артикуляційних поз, помірна втомлюваність м'язів язика або м'якого піднебіння, що часто потребувало повторення окремих дій.

Під час виконання вправ відзначалася легка напруженість та нерівномірність рухів, а також необхідність додаткової стимуляції уваги. Незважаючи на це, загальний рівень виконання залишався задовільним, а інструкції засвоювалися вже після 1–2 повторень.

Отже, збільшення тривалості скринінгу в цій категорії свідчить про наявність ізольованих артикуляційних труднощів, які хоч і не є системними, потребують корекційної роботи. Це дозволить розвинути силу, координацію та точність артикуляційних рухів, необхідних для подолання цих порушень.

Категорія дітей із системними мовленнєвими порушеннями потребує особливої уваги під час діагностики. У дітей із такими складними порушеннями мовлення тривалість обстеження може досягати 14 хвилин, що майже вдвічі

більше, ніж у дітей без подібних труднощів. У процесі виконання завдань вони стикаються із суттєвими проблемами практично у всіх аспектах оцінювання.

Характерними ознаками є знижений м'язовий тонус, млявість і недостатня точність артикуляційних рухів, порушення координації, зменшення амплітуди рухів та нестабільність пози. Часто рух язиком супроводжується синкінезіями — мимовільними додатковими рухами губ, щелепи чи голови.

Діти цієї групи також швидко втомлюються, втрачають увагу, потребують багатократного пояснення інструкцій чи демонстрації завдань з боку логопеда. Затримки у виконанні завдань та зниження якості рухів змушують збільшувати час для спостереження, оцінювання і занесення результатів.

Тривалість виконання завдань у цьому випадку визначається сукупністю факторів: зниженим м'язовим тонусом, уповільненою моторикою, порушеннями координації, необхідністю повторних пояснень та труднощами із концентрацією уваги. Саме цей показник стає важливим діагностичним критерієм, який дозволяє логопеду оцінити ступінь мовленнєвих порушень і визначити необхідність детальнішого аналізу.

Порівняльний аналіз засвідчив, що тривалість скринінгового обстеження напряму залежить від рівня сформованості артикуляційної моторики.

Найменша тривалість (7–8 хвилин) фіксується у дітей без порушень артикуляційного розвитку.

Помірне збільшення часу (9–10 хвилин) спостерігається у дітей з ізольованими фонетичними порушеннями.

Найвищий показник тривалості (до 14 хвилин) характерний для дітей із системними мовленнєвими розладами.

Відтак середній час одного обстеження, який становить 9,6 хвилини, можна розглядати як оптимальний орієнтир для роботи логопедів у шкільних умовах. Водночас варіативність цього показника (від 7 до 14 хвилин) має значну діагностичну цінність, адже дозволяє не лише оцінити загальний рівень артикуляційної моторики, але і прогнозувати необхідність у більш детальному логопедичному обстеженні.

Методика виконує не лише діагностичну функцію, а й скринінгову та прогностичну. Вона дає логопеду змогу оперативно й достовірно визначати групи дітей з різним рівнем мовленнєвого ризику. Її ефективність полягає у можливості раціонально планувати подальшу корекційну роботу, визначати пріоритетні напрями розвитку артикуляційної моторики і визначати необхідність у детальнішому аналізі мовленнєвої системи дитини.

Висновки до другого розділу

У другому розділі розглянуто теоретичні основи й представлено результати практичної апробації методики скринінгового обстеження артикуляційної моторики учнів молодших класів.

Теоретична база методики побудована на структурно-функціональному підході, що включає три групи параметрів: статичні й тонічні, динамічні та дисфункціональні. Такий поділ забезпечив системний підхід до оцінки стану артикуляційного апарату й дає змогу перейти від суб'єктивного аналізу до структурованого та об'єктивного аналізу, охоплюючи м'язовий тонус, координацію та точність рухів.

Практична апробація підтвердила дієвість та зручність запропонованої методики. Завдяки стандартизованому підходу, чітко сформульованим інструкціям, візуально зрозумілим матеріалам і шкалі оцінювання від 0 до 2 вдалося істотно знизити рівень суб'єктивності під час обстеження, спрощуючи роботу логопеда.

Інтеграція всіх параметрів у єдиний скринінговий бланк (Додаток Г) сприяла швидкому отриманню повної інформації про стан губ, язика, нижньої щелепи, м'якого піднебіння та дозволила виявляти супутні порушення. Середній час проведення скринінгу становив 9,6 хвилини, що є оптимальним для шкільних умов. Методика орієнтована не лише на виявлення порушень, але й на прогнозування: вона допомагає розподіляти дітей за групами ризику. Критерій подальшого ширшого обстеження (сумарний бал понад 3) суттєво спрощує процес визначення потреби у детальній діагностичній роботі.

ВИСНОВКИ

Проведене теоретичне і практичне дослідження дало змогу комплексно обґрунтувати та реалізувати підходи до діагностики артикуляційної моторики у дітей молодшого шкільного віку із порушеннями звуковимови.

По-перше, аналіз науково-методичної літератури підтвердив, що артикуляційна моторика є ключовою складовою формування звуковимови, а її порушення пов'язані як із організацією рухових програм, нейрофізіологічними механізмами управління рухами мовленнєвих органів, так і з особливостями структурно-функціонального стану артикуляційного апарату. Виявлено, що своєчасна діагностика моторних компонентів мовлення є необхідною передумовою для раннього виявлення ризиків, прогнозування труднощів опанування мовлення та письма, а також своєчасного початку корекційної роботи.

По-друге, розроблений інструментарій для визначення стану артикуляційної моторики дозволив об'єктивізувати процес обстеження завдяки чітко визначеним параметрам (обсяг, точність, тонус, темп, координація та перемикання рухів), стандартизованим інструкціям та зрозумілим критеріям оцінювання. Комплекс завдань охоплює оцінку губ, язика, нижньої щелепи та м'якого піднебіння, а також характеристику динамічних та статичних показників рухів.

По-третє, апробація методики скринінгу підтвердила її практичну ефективність, надійність та зручність використання в умовах закладу освіти. Середній час обстеження однієї дитини (приблизно 9–10 хвилин) дозволяє застосовувати скринінг для масової діагностики, що є особливо важливим для вчителів-логопедів. Виявлено, що тривалість виконання завдань та характер рухових труднощів можуть виступати додатковими діагностичними ознаками рівня сформованості мовленнєвої моторики.

По-четверте, розроблені методичні рекомендації окреслюють алгоритм організації скринінгового обстеження в умовах загальної середньої освіти, визначають критерії розподілу дітей на групи ризику та пропонують підходи до подальшого планування корекційної роботи. Це забезпечує наступність

діагностики й терапії, а також сприяє підвищенню якості логопедичного супроводу учнів.

Отже, результати дослідження підтверджують, що запропонований підхід до скринінгу артикуляційної моторики є науково обґрунтованим, практично доцільним і може бути ефективно впроваджений у логопедичну практику закладів загальної середньої освіти для своєчасного виявлення порушень звуковимови у дітей молодшого шкільного віку.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Андрусьова І. В. Розвиток мовлення дітей 6-річного віку з загальним недорозвиненням мовлення в процесі ознайомлення з природою : автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.03 / Одеський національний університет імені І. І. Мечникова. Одеса, 2010. 21 с.
2. Бабич Н. М. Артикуляційна диспраксія у дітей з порушеннями мовлення: логопедичні та медичні аспекти. *Science and education a new dimension. Pedagogy and psychology..* 2018. Т. І. VI (74), Issue 180. С. 7–11.
3. Гаврилова Н. Особливості порушення моторного розвитку периферійних органів мовлення у дітей з дислалією, дизартрією і ринолалією. *Теорія і практика сучасної логопедії* : зб. наук. праць. 2007. Вип. 4. С. 113–136.
4. Гаврилова Н. *Порушення фонетичного боку мовлення у дітей*: монографія. Кам'янець – Подільський: ТОВ «Друк-Сервіс». 2011. 200 с.
5. Гаврилова Н. С. Класифікація порушень артикуляційної моторики. Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки) : зб. наук. праць. 2016. Вип. 7. Т. 1. С. 49–61.
6. Гаврилова Н. С. Методика корекції порушення артикуляційної моторики рухового обмежуючого типу. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки)*. 2018. Вип. 11. С. 58-69.
7. Дмитрієнко І. Г., Федорович Л. О. Карта логопедичного обстеження дитини дошкільного віку з порушеннями мовлення: навч.-метод. посіб. П.: Видавництво «ЛПРС», 2006. 33 с.
8. Звекова, В. К. Дислалія як вид мовного порушення. *Інновації в освіті: перспективи розвитку* : Матеріали І Міжнар. наук.-практ. конф. (Тернопіль, 20 трав. 2021 р.). Тернопіль : ЗУНУ, 2021. С. 252-255.
9. Конопляста С. Ю. Розвиток сенсомоторного рівня мовленнєво-рухової організації у дітей старшого дошкільного віку зі стертою дизартрією. *Науково-методичний журнал «Логопедія»*. 2013. № 4. С. 43-49.
10. Малярчук А. Я. Обстеження мовлення дітей: дидактичний матеріал. Київ : Літера ЛТД, 2002. 104 с.

11. Мартиненко І. В. Диспраксія в структурі мовленнєвого дизонтогенезу дітей. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2021. Вип. 40. С. 65–70.
12. Мельник В.С., Зомбор К.В., Горзов Л.Ф. Ортодонтія: методичні рекомендації до практичних занять для студентів 3 курсу. Ужгород : ФОП Данило С. І., 2019. 128 с.
13. Мартиненко І. В., Пиляєва Н. С. Формування орального праксису в онтогенезі. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2023. Вип. 44. С. 29–38.
14. Рібцун Ю. В. Інноваційний підхід до організації та проведення артикуляційної гімнастики в логопедичній групі. *Дошкільна освіта*. 2011. № 3 (33). С. 31–43.
15. Рібцун Ю. Формування фонологічного компоненту мовленнєвої діяльності у дітей за умов нормального та порушеного онтогенезу. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова: зб. наук. пр.* Київ : НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2012. № 22. С. 219–222.
16. Рібцун Ю. Корекційна робота з розвитку мовлення дітей п'ятого року життя із фонетико-фонематичним недорозвитком мовлення: програмно-методичний комплекс / за ред. Ю. В. Рібцун. м. Київ., 2012. 258 с.
17. Савченко О. Я. Діагностика і дидактичні умови формування у молодших школярів мотивації уміння вчитися. *Український педагогічний журнал*. 2015. № 1. С. 85-98.
18. Тарасун В. В. Логодидактика : навч. посіб. 2-ге вид. Київ : Слово, 2011. – 388 с.
19. Фомічова Л. І. Педагогічні технології корекції порушень у сприйманні дошкільників з вадами слуху. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2016. Вип. 31. С. 191-197.

20. Наказ Міністерства освіти і науки України від 01 жовтня 2010 р. № 912 «Про затвердження Концепції розвитку інклюзивного навчання». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0912290-10#Text>.

21. Ackerman, P. L. New developments in understanding skilled performance. *Current Directions in Psychological Science*, 16(5), 2007. 235–239. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2007.00515.x>

22. Aristotle. History of Animals. Translated by D'Arcy Wentworth Thompson, with an Introduction and Notes by Jonathan Barnes. Oxford: Oxford University Press, 2009. CTS URN: urn:cts:greekLit:tlg0086.tlg014.

23. Baker E., McLeod S. Evidence-based practice for children with speech sound disorders: Part 1 narrative review. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*. Vol. 42, No. 2. 2011. P. 102–139. USA. URL: [https://doi.org/10.1044/0161-1461\(2010/09-0075\)](https://doi.org/10.1044/0161-1461(2010/09-0075)).

24. Bernthal, J. E., Bankson, N. W., & Flipsen, P., Jr. Articulation and Phonological Disorders: Speech Sound Disorders in Children. 9th ed. Pearson, 2017.

25. Bloom, J. D., Lichtenstein, R., et al. Directory of developmental screening devices: *Project SEARCH*. Minneapolis, MN : Minneapolis Public Schools, 1977.

26. Carlton J., Griffiths H. J., Horwood A. M., Mazzone P. P., Walker R., Simonsz H. J. Acceptability of childhood screening: A systematic narrative review. *Public Health*. Vol. 194. 2021. P. 185–195. URL: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.02.005>.

27. Childs-Fegredo J., Burn A.-M., Duschinsky R., Humphrey A., Ford T., Jones P. B., Howarth E. Acceptability and feasibility of early identification of mental health difficulties in primary schools: A qualitative exploration of UK school staff and parents' perceptions. *School Mental Health: A Multidisciplinary Research and Practice Journal*. Vol. 13, No. 1. 2021. P. 143–159. URL: <https://doi.org/10.1007/s12310-020-09398-3>.

28. Cmejla R., Novotny M., Ruz J., Tykalova T., Vimr J., Hlavnicka J. The automated screening of speech motor development in children based on the sequential motion rate. *Computers in Biology and Medicine*. Vol. 162. 2023. 107086 p. URL: <https://doi.org/10.1016/j.compbiomed.2023.107086>.

29. Chauvet J. Chapter 3: Form to Articulation // Design and Expression in Modern Architecture / edited by Mark Leland. London: Routledge, 2021. P. 45–67. URL: https://bookdown.org/v_piai_research/speaking/CognitiveArchitectureII.html.

30. Duffy, J. R. Motor speech disorders: Substrates, differential diagnosis, and management. 4th ed. Elsevier. 2019. URL: <https://shop.elsevier.com/books/motor-speech-disorders/duffy/978-0-323-53054-5>.

32. Darley F., Aronson A., Brown J. Motor Speech Disorders. Philadelphia: WB Saunders, 1975. URL: <https://www.logoclub.com.ua/zvukovimova/postanovka-zvukiv/87-budova-artikulyatsijnogo-aparatu>.

32. Ebert K. D., Ochoa-Lubinoff C., Holmes M. P. Screening school-age children for developmental language disorder in primary care. *International Journal of Speech-Language Pathology*. Vol. 21, No. 6. 2019. P. 605–613. URL: <https://doi.org/10.1080/17549507.2019.1632931>.

33. Federal Register. Implementation of Part B of the Education of the Handicapped Act (P.L. 94-142). August 23, 1977.

34. Felsenfeld S., Broen P. A., McGue M. A 28-year follow-up of adults with a history of moderate phonological disorder: Educational and occupational results. *Journal of Speech and Hearing Research*. Vol. 37. 1994. P. 1341-1353.

35. Fudala J. B., Arizona Articulation Proficiency Scale: Third Revision (AZ-3) Los Angeles, CA: Western Psychological Services, 2000. 54 c.

36. Golding-Kushner K. J. Therapy Techniques for Cleft Palate Speech and Related Disorders. San Diego, CA: Singular, 2001.

37. Haynes, W. O., Moran, M. J., Pindzola, R. H. Communication disorders in educational and medical settings. Burlington, MA : Jones & Bartlett Publishers, 2010. 462 p.

38. Heyse K. W. L. System der Sprachwissenschaft. H. Steinthal (Ed.). Berlin: De Gruyter. (Reprint of the original 1856 edition). 2012. P. 64-65.

39. Illingworth R. S. The clumsy child: *Clinical Pediatrics*. 1968. Vol. 7, No. 9. P. 539-543.

40. Ingram D. Articulation testing versus conversational speech sampling: A response to Morrison & Shriberg. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. Vol. 37, No. 4. 1994. P. 935-936.
41. Kent R. D., Weismer G., Kent J. F., Rosenbek J. C. Toward phonetic intelligibility testing in dysarthria. *J Speech Hear Disord*. Vol. 54. 1989. P. 482-499.
42. Karłowska I. Prevention and health education. Outline of Contemporary Orthodontics. Warsaw, 2008. P. 314-319.
43. Łuszczuk M. The Influence of Oral Motor Disorders on the Quality of Articulation in Children aged 5 to 7 Years. *Journal of Otolaryngology Research*. Vol. 2. No 1. 2018. P. 1-8. URL: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj7LjgzfXuAhVBl4sKHfTdDgkQFjAAegQIARAD&url=https%3A%2F%2Fwww.scientificliterature.org%2FOtolaryngology%2FOtolaryngology-18-118.pdf&usg=AOvVaw3h-Yy9b4SEPKNLzGL_JLKO
44. Maas E. Speech and nonspeech: What are we talking about? *International Journal of Speech-Language Pathology*. Vol. 19, No. 4. 2016. P. 345-359. DOI: doi:10.1080/17549507.2016.1221
45. McLeod S., Verdon S., International Expert Panel on Multilingual Children's Speech. Tutorial: Speech assessment for multilingual children who do not speak the same language(s) as the speech-language pathologist. *American Journal of Speech-Language Pathology*. Vol. 26, No. 3. 2017. P. 691-708.
46. Morley M. E., Fox J. Disorders of Articulation: Theory and Therapy. *International Journal of Language & Communication Disorders*. Vol. 4, No. 2. 1969. P. 151-165.
47. Orton S. Reading, Writing and Speech Problems in Children. New York: Norton, 1937. P.215.
48. Pluta-Wojciechowska D. Disorders of primary and articulation activities. – Bytom, 2013. P. 97-107.
49. Pluta-Wojciechowska D. Swallowing as one of the non-verbal activities of the oral-facial complex. *Logopedia*. Vol. 38. 2009. P. 119-148.

50. Raitano N. A., Pennington B. F., Tunick R. A., Boada R., Shriberg L. D. Pre-literacy skills of subgroups of children with speech sound disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Vol. 45. 2004. P. 821-835.
51. Schöfl M., Steinmair G., Weber C. Using an app-based screening tool to predict deficits in written word spelling at school entry. *Frontiers in Education*. Vol. 9. 2024. 1378493 p. URL: <https://doi.org/10.3389/feduc.2024.1378493>.
52. Sievers E. Grundzüge der Phonetik: Zur Einführung in das Studium der Lautlehre der indogermanischen Sprachen. Weidler Buchverlag. (reprint of the 5th edition, 1901). 224 p.
53. Techmer, F. Zur vergleichenden Physiologie der Stimme und Sprache. Phonetik. Leipzig, Germany: Engelmann Verlag. Berlin: De Gruyter Mouton (reprint of the original 1880 edition), 2011. 232 p.
54. Tuomi S. Screening of Speech and Language Disorders: International Perspective. *Paper presented to World Congress on the Future Special Education*. First, Stirling, Scotland, 1978.
55. Templin M. C., Darley F. L. The Templin-Darley Tests of Articulation. *A manual and discussion of the screening and diagnostic tests*. Iowa City: Bureau of Educational Research and Service, University of Iowa, 1960. 114 p.
56. Uberti L. B., Portalete C. R., Pagliarin K., Keske-Soares M. Speech articulation assessment tools: A systematic review. *Journal of Speech Sciences*. Vol. 8, No. 1. 2020. P. 1-35. URL: <https://doi.org/10.20396/joss.v8i1.14992>.
57. Van Hattum R. New dimensions for the speech and hearing program in the schools: language and the retarded child. *Speech and Language Programs for Exceptional Children with Language Disorders*. Sacramento, California: California Department of Education, 1971. 128 p.
58. Van Riper C., Ericksen R. Cross-Validation of a Predictive Screening Test for Children with Articulatory Speech Defects. Office of Education, D.C. U.S. Dept. of Health, Education, and Welfare, 1968. 47 p.

59. Van Lieshout P. H. H. M. Neufeld C. Speech motor coordination and control: From the past to the future. *Speech Motor Control in Normal and Disordered Speech* / B. Maassen, P. Van Lieshout, Eds. Oxford: *Oxford University Press*, 2014. 455 p.
60. Wędrychowska-Szulc B. Etiology of malocclusion. *Outline of Modern Orthodontics*. I. Karłowska, Ed. Warsaw, 2008. P. 59-72.
61. Walton J. N., Ellis E., Court S. D. M. Clumsy children: a study of developmental apraxia and agnosia. *Brain*. Vol. 85. №3 1962. P. 603-612. DOI: 10.1093/brain/85.3.603.
62. Whitney W. D. What Is Articulation? *The American Journal of Philology*. Vol. 2, No. 7. 1881. 345 p. URL: <https://www.jstor.org/stable/287029>

ДОДАТКИ

Додаток А

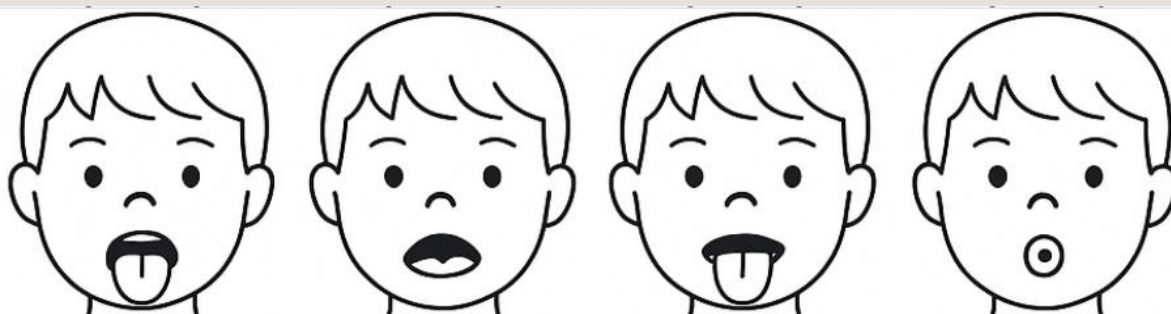
**Анкета для логопедів щодо обстеження артикуляційної моторики у дітей
молодшого шкільного віку з порушенням звуковимови**

Таблиця А.1

Анкета

Блок	№ питання	Формулювання питання
1. Професійна компетентність фахівця	1	У якому типі закладу Ви працюєте?
	2	Який Ваш педагогічний (логопедичний) стаж?
	3	Чи проводите Ви обстеження артикуляційної моторики дітей молодшого шкільного віку з порушенням звуковимови?
2. Практика оцінювання артикуляційної моторики	4	За якими матеріалами або методиками Ви здійснюєте обстеження артикуляційної моторики?
	5	Які труднощі Ви відчуваєте при обстеженні артикуляційної моторики?
	6	Який інструментарій Ви використовуєте для оцінки моторики губ?
	7	Який інструментарій Ви використовуєте для оцінки моторики язика?
	8	Який інструментарій Ви використовуєте для оцінки моторики нижньої щелепи?
	9	Як Ви зазвичай оцінюєте функціональний стан м'якого піднебіння?
	10	Які, на Вашу думку, є найдієвішими способами для обстеження артикуляційної моторики?
3. Потреба в скринінговому інструменті	11	Чи відчуваєте Ви потребу в ефективній скринінговій методиці для швидкого

		обстеження артикуляційної моторики?
	12	Як Ви вважаєте, чи повинна бути візуальна шкала або описова градація для оцінки кожного показника?
	13	Ваші пропозиції або побажання щодо створення скринінгового інструменту для первинного виявлення труднощів в артикуляційній моториці



Опитування логопедів

В **I** **U** **↩** **✕**

Шановні колеги!

Запрошуємо Вас взяти участь в **анонімному** опитуванні, яке проводиться в межах **магістерського дослідження**, спрямованого на розроблення **уніфікованого скринінгового інструменту** для первинного виявлення труднощів в артикуляційній моториці у дітей молодшого шкільного віку з порушеннями звуковимови.

Метою опитування є зібрати актуальні дані про **практику логопедів, які працюють із цією віковою категорією**, незалежно від типу закладу чи форми організації допомоги. **Досвід практикуючих фахівців є надзвичайно важливим** для створення ефективного, зручного та надійного інструменту скринінгу.

Результати опитування **анонімні** та будуть використані в **узагальненому вигляді**!

Додаток Б

Параметри оцінки артикуляційної моторики при скринінговому обстеженні дітей молодшого шкільного віку

Таблиця Б.1

Параметри оцінки

Параметр оцінки	Характеристика показника	Оцінювання	Приклад проби (орган артикуляції)
Стійкість артикуляційної пози	Здатність утримувати задану артикуляційну позу протягом 5–7 секунд без зміни положення	0-дитина вільно утримує задану артикуляційну позу протягом 5-7 секунд 1-утримує позицію лише 3–5 секунд АБО присутній дрібний тремор/легка асиметрія під час утримання 2-не може утримувати позицію або утримує менше 3 секунд	«Трубочка(статична)» (губи) «Стан спокою» (язик) «Бегемотик» (нижня щелепа)
Симетричність у стані спокою	Відсутність асиметрії губ, куточків рота, язика, щік під час спокою	0-всі органи (губи, куточки рота, язик, щоки) симетрично розташовані, без перекосів та напруження. 1-легка асиметрія одного або декількох органів (наприклад, один куточок рота трохи піднятий, легке зміщення кінчика язика, незначне втягування щічки). 2-явна асиметрія одного або декількох органів, перекося губ/куточків рота, помітне зміщення язика або щік, що порушує природну форму обличчя.	«Спокійне обличчя» (губи, щоки) «Стан спокою» (язик)
Сила м'язів	Здатність створювати та утримувати напруження м'язів артикуляційного апарату	0- дитина утримує позицію протягом 5-7 секунд, або виконує рухи з достатньою силою, без додаткових зусиль чи допомоги. 1- утримує позицію протягом 3-5 секунд або виконує рухи, але з помітним напруженням, тремтінням або потребує легкої допомоги. 2- не може утримати позицію більше 3-х секунд або виконати рух.	Вправа «Трубочка (статична)» (губи) Вправа «Місточок» (язик) Вправа «Бегемотик» (нижня щелепа)

М'язовий тонус	Стан напруження м'язів у спокої: норма, гіпертонус, гіпотонус або дистонія	0-м'язи розслаблені у спокої, рухи плавні, без напруження чи в'ялості. Після виконання вправи обличчя швидко повертається у спокійний стан. 1-легка напруга або млявість м'язів у спокої чи під час руху, спостерігається незначний гіпертонус або гіпотонус. М'язи важче розслабляються після усмішки. 2-виражений гіпертонус (постійна напруга) або гіпотонус (мляві губи). Можливий тремор чи асиметрія під час скорочення	«Трубочка(статична)» (губи) «Стан спокою» (язик) «Бегемотик» (нижня щелепа) «Голосна зірка» (м'яке піднебіння)
Точність рухів	Виконання руху без побічних рухів, чіткість кінцевої пози	0-рух виконується точно без допоміжних рухів. Кінцева позиція чітка, стабільна. 1-є незначні неточності: легкі допоміжні рухи (наприклад, щелепи чи голови). 2-рухи нечіткі, неточні, супроводжуються допоміжними або хаотичними рухами інших частин обличчя.	«Трубочка (динамічна)» (губи) «Жвавий язик» (язик) «Ліфт» (нижня щелепа)
Симетричність рухів	Однакова амплітуда і напрямок рухів обох сторін (наприклад, при усмішці)	0-рухи виконуються симетрично, амплітуда і напрямок однакові з обох сторін. 1-симетрія порушена незначно, помітна лише при детальному спостереженні або під час втоми. 2-асиметрія чітко виражена, рух з одного боку значно обмежений або спотворений, виконується з великими труднощами.	«Трубочка (статична)» «Жвавий язик» (язик) «Ліфт» (нижня щелепа) «Голосна зірка» (м'яке піднебіння)
Координація рухів	Злагодженість, плавність, відсутність різких, ривкових рухів	0-виконує рухи плавно, злагоджено . 1-рухи ривкові/неплавні АБО помітна синкінезія (допоміжні рухи щелепою/головою) АБО порушується утримання форми губ («трубочка») розпадається) 2-рухи хаотичні, дитина не може утримувати позицію або напрямок	«Трубочка (динамічна)» (губи) «Жвавий язик» (язик) «Бегемотик» (нижня щелепа)
Амплітуда рухів	Повнота виконання руху (максимальний	0-рухи виконуються в повному обсязі, амплітуда максимальна, без обмежень.	«Трубочка (динамічна)» (язик)

	обсяг артикуляційного зусилля)	1-рухи виконуються не повністю (амплітуда зменшена), спостерігається легке обмеження або нерівномірність обсягу руху. 2-рухи різко обмежені, амплітуда мінімальна або майже відсутня, спостерігається скутість чи труднощі у виконанні.	«Жвавий язык» (язык) «Бегемотик» (нижня щелепа)
Темп виконання	Здатність підтримувати задану швидкість рухів без порушення якості	0-підтримує заданий темп, рухи точні, злагоджені. 1-періодично сповільнює або прискорює рухи, але загалом утримує ритм. 2-не може підтримати темп, рухи розсинхронізовані, збивається або зупиняється.	«Посмішка - трубочка» (губи) «Жвавий язык» (язык) «Гойдалка» (нижня щелепа)»
Ритмічність (утримання заданого ритму під рахунок)	Здатність артикуляційного органу виконувати рухи у заданому темпі та ритмі	0-рухи виконуються чітко у заданому ритмі, без пауз, ривків або порушень. 1-незначні порушення ритму: ривки, затримки або прискорення в окремих рухах, але основний ритм зберігається. 2-рухи хаотичні, ритм порушений повністю, дитина не може підтримувати задану послідовність рухів.	«Посмішка – трубочка» (губи) «Жвавий язык» (язык) «Гойдалка» (нижня щелепа) «Ліфт» (нижня щелепа)
Переключення між рухами	Швидкість переходу з однієї артикуляційної пози в іншу	0-дитина швидко і плавно переходить між рухами, форма та контроль збережені; 1-переходи іноді затримуються, спостерігається незначна втрата контролю або дрібна асиметрія; 2-переходи хаотичні, рухи ривкові, дитина не може утримати позицію чи напрямок, значна втрата контролю.	«Посмішка-трубочка» (губи) «Жвавий язык» (язык) «Гойдалка» (нижня щелепа)
Ступінь змикання велофарингеального кільця	Здатність до повного змикання м'якого піднебіння з задньою стінкою глотки	0- м'яке піднебіння піднімається повністю та симетрично, велофарингеальне кільце замикається ефективно, звук виходить чистий, без носового резонансу. 1- підйом неповний або асиметричний, частковий просвіт між піднебінням і задньою стінкою глотки, можливий легкий носовий відтінок звуків;	Вправа «Голосна зірка» (м'яке піднебіння)

		2- піднебіння майже не піднімається або піднімається ривком, велофарингеальне кільце не змикається, спостерігається виражений носовий резонанс.	
ДИСФУНКЦІОНАЛЬНІ ПРОЯВИ			
Тремор	Мимовільне дрібне тремтіння язика, губ під час або після руху	0-тремор відсутній, рухи плавні, контрольовані; 1-спостерігається легкий, нестійкий дрібний тремор одного або декількох органів під час виконання вправ. 2-виражений або постійний тремор, що впливає на точність рухів, форму позицій або утримання артикуляційної пози.	Під час виконання будь-якої заданої логопедом проби
Синкінезії	Супутні, зайві рухи інших частин обличчя або тіла при виконанні артикуляційної дії	0-допоміжні рухи відсутні; артикуляційні органи рухаються ізольовано та контрольовано. 1-легкі або часткові допоміжні рухи (наприклад, рухи щелепою, плечима, головою під час виконання вправ). 2-виражені або постійні допоміжні рухи при кожному виконанні рухів, що порушують точність артикуляції.	Спостерігається під час будь-якої заданої логопедом динамічної проби.
Гіперкінези	Різкі, надмірні, мимовільні рухи артикуляційних органів	0-рухи органів плавні, контрольовані, без мимовільних спазмів або ривків. 1-поодинокі або помірні мимовільні рухи (неритмічні скорочення м'язів, легкі ривки). 2-постійні, різкі або неконтрольовані мимовільні рухи, що значно порушують виконання завдання.	Під час виконання будь-якої заданої логопедом проби
Гіперсаливація	Надмірне слиновиділення під час артикуляційних дій	0-слиновиділення відсутнє або у межах норми, не заважає виконанню вправи. 1-помірне слиновиділення, що незначно заважає виконанню руху. 2-надмірне слиновиділення, що ускладнює виконання артикуляційної дії.	Оцінюється логопедом візуально під час проб.
Паретичні прояви	Ослаблення сили та обмеження рухливості окремих м'язів	0-сила і рухливість м'язів у межах норми, рухи виконуються повністю та плавно. 1-часткове обмеження рухливості або зниження сили м'язів, рухи виконуються неповністю або з труднощами.	Під час виконання будь-якої заданої логопедом проби

		2-значне обмеження рухливості, слабкість м'язів, неможливість виконати рух у повному обсязі.	
--	--	--	--

Додаток В

Оцінювання артикуляційної моторики губ у дітей молодшого шкільного віку

Таблиця В.1

Оцінювання артикуляційної моторики губ

Назва проби	Назва параметру	0 балів (Норма)	1 бал (Часткове порушення)	2 бали (Значне порушення)
Блок 1. Оцінювання артикуляційної моторики губ				
«Трубочка (статична)»	Стійкість артикуляційної пози	утримання позиції протягом 7 секунд	утримання позиції 3–5 секунд	не утримує позицію або утримує менше 3 секунд
	Бали	0	1	2
	Сила м'язів	утримання позиції і напруження без додаткових зусиль протягом 7 секунд	здатність утримувати позицію, але з помітним напруженням/тремтінням або необхідністю легкої підтримки (наприклад, пальцем) для збереження пози ¹	позиція не фіксується через слабкість м'язів або форма губ постійно змінюється ¹
	Бали	0	1	2
	М'язовий тонус	відсутність тремтіння губ (тонус нормальний) ¹	спостерігається дрібний, нестійкий тремор губ при утриманні пози	спостерігається виражений тремор або ознаки дистонії/гіпотонусу, що призводить до руйнування пози
	Бали	0	1	2
	Симетрія	рівномірне витягування обох половин губ, відсутність асиметрії	помітна легка асиметрія (наприклад, куточок рота трохи зміщений) під час утримання пози	значна асиметрія губ, що спотворює задану форму
	Бали	0	1	2
«Трубочка (динамічна)»	Координація рухів	рухи плавні, злагоджені, без допоміжних рухів головою чи щелепою, форма губ зберігається	рухи ривкові/неплавні АБО помітна синкінезія (допоміжні рухи щелепою/головою) АБО часткове порушення форми губ	рухи хаотичні, не відповідають інструкції, губи втрачають форму «трубочки», рухи безконтрольні
	Бали	0	1	2

	Амплітуда рухів	рухи виконуються в повному обсязі, амплітуда максимальна, без обмежень	рухи виконуються не повністю (амплітуда зменшена), спостерігається легке обмеження або нерівномірність обсягу руху	рухи різко обмежені, амплітуда мінімальна або майже відсутня, спостерігається скутість чи труднощі у виконанні
	Бали	0	1	2
	Точність рухів	рух точний, без допоміжних рухів, позиція чітка	легкі допоміжні рухи щелепи або голови	рухи нечіткі, хаотичні, з допоміжними рухами
	Бали	0	1	2
	Синкінезії (допоміжні рухи)	відсутні допоміжні рухи голови, плечей, щелепи	легкі допоміжні рухи щелепи або голови під час окремих напрямків руху	виражені допоміжні рухи голови, плечей або всього корпусу при кожному русі
	Бали	0	1	2
«Посмішка-трубочка»	Ритмічність (утримання заданого ритму під рахунок)	чітко чергує «посмішка – трубочка» під рахунок	іноді ривки або затримки, основний ритм зберігається	рухи хаотичні, ритм порушений, губи не утримують позицію
	Бали	0	1	2
	Темп виконання	підтримує заданий темп, рухи точні, злагоджені	періодично сповільнює або прискорює рухи	не може підтримати темп, рухи збиваються або зупиняються
	Бали	0	1	2
	Переключення між рухами	плавно і швидко переходить між позиціями, форма губ зберігається	перехід іноді затримується, легка втрата контролю	перехід хаотичний, губи втрачають форму, контроль порушений
	Бали	0	1	2
Всього балів за БЛОК 1				балів
Дисфункціональні прояви		тремор синкінезії гіперкінези гіперсаливація паретичні прояви		За наявності поставити відмітку

Додаток В

Оцінювання артикуляційної моторики язика

Таблиця В.2

Критерії оцінювання

Назва проби	Назва параметру	0 балів (Норма)	1 бал (Часткове порушення)	2 бали (Значне порушення)
Блок 2. Оцінювання артикуляційної моторики язика				
«Стан спокою»	Стійкість артикуляційної пози	язик лежить спокійно на нижній губі, утримує позицію 5–7 секунд	утримує 3–5 секунд або спостерігається легкий тремор, напруження кінчика язика	не може утримати позицію або язик напружений, втягується, губи допомагають
	Бали	0	1	2
	Симетричність у стані спокою	язик лежить рівно, кінчик по центру	кінчик трохи зміщений убік	помітне зміщення, асиметрія, язик відводиться убік
	Бали	0	1	2
«Місточок»	М'язовий тонус	м'язи язика розслаблені, рухи плавні, без в'ялості чи гіпертонусу	спостерігається легка млявість або напруга язика	виражений гіпертонус (язик «дерев'яний») або гіпотонус (в'ялий, не втримує форму)
	Сила м'язів	утримує кінчик язика біля альвеол 5–7 секунд без зусиль	утримує 3–4 секунди або помітна втома	не може втримати положення, язик сповзає
	Бали	0	1	2
	Точність рухів	кінчик язика точно доторкається до альвеол, без побічних рухів	є незначна допомога щелепою або головою	рухи нечіткі, супроводжуються допоміжними рухами
«Жвавий язик»	Бали	0	1	2
	Координація рухів	виконує плавно, послідовно, без ривків і допоміжних рухів	є незначні ривки або синкінезії (допомагає щелепою чи головою)	рухи хаотичні, втрачає напрямок або не може виконати послідовно
	Бали	0	1	2
«Жвавий язик»	Амплітуда рухів	рухи повні — язик доходить до	рухи зменшеної амплітуди, не доходить до країв рота	дуже обмежені рухи або язик майже не рухається

		всіх крайніх точок		
	Бали	0	1	2
	Ритмічність (утримання заданого ритму під рахунок)	виконує рухи у заданому ритмі під рахунок логопеда	незначні порушення ритму (зупинки, прискорення)	рухи хаотичні, ритм не підтримується
	Бали	0	1	2
	Переключення між рухами	швидко та плавно переходить з одного напрямку на інший	є незначна затримка або втрата плавності	перехід різкий, хаотичний, язик «застрягає» або губиться у напрямку
	Бали	0	1	2
Всього балів за БЛОК 2				балів
Дисфункціональні прояви		тремор синкінезії гіперкінези гіперсаливація паретичні прояви		За наявності поставити відмітку

Додаток В
Оцінювання артикуляційної моторики нижньої щелепи

Таблиця В.3.

Критерії оцінювання

Назва проби	Назва параметру	0 балів (Норма)	1 бал (Часткове порушення)	2 бали (Значне порушення)
Блок 3. Оцінювання артикуляційної моторики нижньої щелепи				
«Бегемотик»	Стійкість артикуляційної пози	утримання позиції протягом 7 секунд	утримання позиції 3–6 секунд	не утримує позицію або утримує менше 3 секунд
	Бали	0	1	2
	Сила м'язів	утримує напіввідкриту позицію без додаткових зусиль, щелепа стабільна.	утримує з напруженням або незначною втомою, з'являється тремтіння.	не може втримати положення, щелепа спадає або рухи дуже слабкі.
	Бали	0	1	2
	М'язовий тонус	тонус нормальний: щелепа рухається плавно, без в'ялості чи напруги.	спостерігається легка напруга або в'ялість нижньої щелепи, обмежена плавність руху.	спостерігається виражений гіпертонус (скутість) або гіпотонус (млявість).
	Бали	0	1	2
	Симетричність у стані спокою	під час виконання рот відкривається рівномірно, без перекосу вбік.	легка асиметрія (щелепа трохи зміщується).	виражений перекус або асиметрія під час відкриття рота.
	Бали	0	1	2
«Гойдалка»	Координація рухів	виконує рухи плавно, рівномірно, без ривків і допоміжних рухів головою.	іноді спостерігаються ривки, незначна допомога м'язами шиї чи голови.	рухи хаотичні, порушена узгодженість, дитина не може зберегти ритм.
	Бали	0	1	2
	Амплітуда рухів	рухи повні, рот відкривається на середню ширину, закривається повністю.	рухи зменшені, рот відкривається неповністю.	дуже мала амплітуда або рот майже не відкривається.
	Бали	0	1	2
	Ритмічність (утримання заданого)	рухи чітко виконуються у заданому ритмі	є незначні збої у ритмі (затримки або прискорення).	ритм не підтримується, рухи хаотичні

	ритму під рахунок)	«1-2, 1-2» без збоїв.		
	Бали	0	1	2
	Переключення між рухами	плавно переходить з відкриття на закриття рота, без пауз.	іноді спостерігаються короткі затримки або легка втрата плавності.	перехід різкий або хаотичний, дитина не може узгодити рухи.
	Бали	0	1	2
«Ліфт»	Точність рухів	чітко змінює положення щелепи за вказівками («1-й», «2-й», «3-й поверх»), без зайвих рухів.	іноколи помиляється або виконує рух із невеликим запізненням.	рухи нечіткі, дитина плутає послідовність або не дотримується інструкцій.
	Амплітуда рухів	повна амплітуда між «поверхами» – від закритого до широко відкритого рота.	амплітуда частково зменшена (рот не відкривається повністю).	дуже обмежена амплітуда або рухи ривкові.
	Бали	0	1	2
	Ритмічність (утримання заданого ритму під рахунок)	виконує рухи синхронно з командами логопеда, без порушень ритму.	незначне запізнення або прискорення під час переходів.	ритм повністю порушений, рухи несинхронні з інструкціями.
	Бали	0	1	2
	Симетричність рухів	нижня щелепа відкривається рівномірно, без перекосу, рухи симетричні.	легка асиметрія під час відкриття (один бік нижче/вище).	виражена асиметрія або перекош при русі щелепи.
	Бали	0	1	2
Всього балів за БЛОК 3				балів
Дисфункціональні прояви		тремор синкінезії гіперкінези гіперсаливація паретичні прояви		За наявності поставити відмітку

Додаток В

Оцінювання артикуляційної моторики м'якого піднебіння

Таблиця В.4

Критерії оцінювання

Назва проби	Назва параметру	0 балів (Норма)	1 бал (Часткове порушення)	2 бали (Значне порушення)
Блок 4. Оцінювання артикуляційної моторики м'якого піднебіння				
«Голосна зірка»	Ступінь змикання велофарингеального кільця	повне, симетричне змикання, звук чистий, без носового відтінку	часткове змикання, легкий носовий призвук	змикання відсутнє, виражений носовий резонанс
	Бали	0	1	2
	Симетричність рухів	м'яке піднебіння піднімається рівномірно, без відхилення вбік	легке відхилення язичка або однієї половини піднебіння	виражена асиметрія підйому, одна сторона рухається слабше або не піднімається
	Бали	0	1	2
Всього балів за БЛОК 4				балів
Дисфункціональні прояви		тремор синкінезії гіперкінези гіперсалівація паретичні прояви		За наявності поставити відмітку

Додаток Д

**Бланк скринінгової методики обстеження артикуляційної моторики у дітей
молодшого шкільного віку з порушенням звуковимови**

Таблиця Д.1

Бланк

Загальна інформація про дитину:

Прізвище, ім'я: _____

Вік: _____

Дата обстеження: _____

Назва вправи/проби	Параметри			
Блок 1. Оцінювання артикуляційної моторики губ				
«Трубочка (статична)»	Стійкість артикуляційної пози	Сила м'язів	М'язовий тонус	Симетрія
Бали (обведіть необхідний бал)	0-1-2	0-1-2	0-1-2	0-1-2
Трубочка (динамічна)	Координація рухів	Амплітуда рухів	Точність рухів	Синкінезії (допоміжні рухи)
Бали	0-1-2	0-1-2	0-1-2	0-1-2
«Посмішка- трубочка»	Ритмічність	Темп виконання	Переключення між рухами	
Бали	0-1-2	0-1-2	0-1-2	
Всього балів за БЛОК 1				балів
Блок 2. Оцінювання артикуляційної моторики язика				
«Стан спокою»	Стійкість артикуляційної пози	Симетричність у стані спокою	М'язовий тонус	
Бали (обведіть необхідний бал)	0-1-2	0-1-2	0-1-2	
«Місточок»	Сила м'язів	Точність рухів		
Бали	0-1-2	0-1-2		
«Жвавий язик»	Координація рухів	Амплітуда рухів	Ритмічність	Переключення між рухами
Бали	0-1-2	0-1-2	0-1-2	0-1-2
Всього балів за БЛОК 2				балів
Блок 3. Оцінювання артикуляційної моторики нижньої щелепи				
«Бегемотик»	Стійкість артикуляційної пози	Сила м'язів	М'язовий тонус	Симетричність у стані спокою
Бали	0-1-2	0-1-2	0-1-2	0-1-2
«Гойдалка»	Координація рухів	Амплітуда рухів	Ритмічність	Переключення між рухами
Бали	0-1-2	0-1-2	0-1-2	0-1-2
«Ліфт»	Точність рухів	Амплітуда рухів	Ритмічність	Симетричність рухів

Бали	0-1-2	0-1-2	0-1-2	0-1-2
Всього балів за БЛОК 3				балів
Блок. 4 Оцінювання артикуляційної моторики м'якого піднебіння				
«Голосна зірка»	Ступінь змикання велофарингеально го кільця	Симетричність рухів		
Бали	0-1-2	0-1-2		
Всього балів за БЛОК 4				балів
Дисфункціональ ні прояви	тремор синкінезії гіперкінези гіперсалівація паретичні прояви		За наявності поставити відмітку	
Загальна кількість балів за блоки				балів