

Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка  
Факультет спеціальної освіти, психології і соціальної роботи  
Кафедра логопедії та спеціальних методик

**Кваліфікаційна робота  
на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»**

з теми: Логопедичний супровід дитини раннього віку з церебральним паралічем

Виконала: здобувачка вищої освіти  
освітньої програми Спеціальна освіта (Логопедія)  
спеціальності 016 Спеціальна освіта  
спеціалізації 016.01 Логопедія  
заочної форми здобуття вищої освіти  
**Таїсія ШЕВЕЛЕНКО**

Керівник: **Олена БЄЛОВА**, доктор педагогічних  
наук, професор, завідувач кафедри логопедії та  
спеціальних методик

Рецензент:  
**Світлана МИХАЛЬСЬКА**, доктор психологічних  
наук, професор, завідувач кафедри спеціальної та  
інклюзивної освіти

Кам'янець-Подільський, 2025 р.

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПРОБЛЕМИ МОВЛЕННЄВИХ ПОРУШЕНЬ У ДІТЕЙ РАННЬОГО ВІКУ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ.....	7
1.1. Дитячий церебральний параліч у контексті медичних, психологічних і логопедичних викликів.....	7
1.2. Порівняльний аналіз мовленнєвого онтогенезу у дітей раннього віку: нормативні показники у нормі та при церебральному паралічі.....	13
Висновки до першого розділу.....	18
РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ ЛОГОПЕДИЧНОГО СУПРОВОДУ ДІТЕЙ РАННЬОГО ВІКУ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ .....	20
2.1. Рівень обізнаності та активності батьків у реалізації корекційно-розвивальної роботи з дітьми раннього віку, які мають церебральний параліч.....	20
2.2. Аналіз та оцінка міждисциплінарної взаємодії фахівців в організації логопедичного супроводу дітей раннього віку з ДЦП.....	31
2.3. Методичне забезпечення логопедичної допомоги дітям раннього віку з церебральним паралічем .....	41
Висновки до другого розділу.....	49
ВИСНОВКИ.....	51
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....	55

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Сучасна демократизація та гуманізація освітнього середовища висуває на передній план питання підвищеної уваги до дітей з особливими освітніми потребами (ООП). Особливо актуальним це стає в умовах кризових ситуацій у країні, що потребує переосмислення ролі освіти у подоланні наслідків несприятливих життєвих обставин та визнання важливості абілітаційного і реабілітаційного аспектів як ключових для забезпечення гармонійного розвитку кожної дитини та якісної соціалізації. Одним із пріоритетних завдань суспільства є недопущення соціальної ізоляції дітей з ООП та створення умов для їхньої інтеграції в освітній простір без бар'єрів, що відображено у Національній стратегії розвитку освіти України.

Особливу увагу приділено дітям із церебральним паралічем (ЦП), які складають значну групу (за даними World Cerebral Palsy Day, у світі понад 17 мільйонів людей з ЦП) і потребують не лише міждисциплінарного, а й міжгалузевого підходу. Це дозволяє комплексно розуміти особливості розвитку таких дітей та забезпечувати ефективну інтеграцію у навчальне середовище. Одним із ефективних напрямів є логопедичний супровід дитини з ЦП, що має розпочинатися з раннього віку.

При роботі з дітьми раннього віку з ЦП важливо враховувати особливості мозку, зокрема його нейропластичність — здатність нервової системи змінюватися під впливом досвіду на клітинному, метаболічному чи анатомічному рівні (K. Nelson). Ця здатність з віком зменшується, що обмежує сензитивність раннього періоду та сповільнює або унеможлиблює процеси гармонійного розвитку.

Ранній вік є критично важливим для всебічного розвитку дитини, проте у цей період клінічна абілітація та реабілітація переважають, тоді як психолого-педагогічний супровід, зокрема логопедична робота, часто залишається недостатньо опрацьованою.

Запровадження логопедичного супроводу для дітей раннього віку з ЦП на високому рівні та під контролем державних структур як обов'язкового освітнього напрямку дозволяє ефективно вирішувати низку проблем: поєднання гуманістичних пріоритетів освіти з вихованням дітей з ООП; нестачу кваліфікованих фахівців для безперервного логопедичного супроводу; потребу раннього превентивного навчання та низьку логопсихологічну обізнаність батьків; відсутність достатньої кількості корекційних і психолого-педагогічних технологій, нормативних програм та індикаторів розвитку для дітей із ЦП; необхідність міжгалузевої командної роботи та відсутність державних програм, що регламентують цей процес.

Нині відсутні наукові дослідження, які б комплексно досліджували теоретичні та методичні засади логопедичного супроводу дітей раннього віку з ЦП для забезпечення гармонійного розвитку їхніх психомовленнєвих можливостей з урахуванням нейропластичності мозку та сензитивності віку. Таким чином, актуальність проблеми, її соціальна значущість, складність та міжгалузевий характер розвитку дітей раннього віку з ЦП зумовили вибір теми дослідження кваліфікаційної роботи «Логопедичний супровід дитини раннього віку з церебральним паралічем».

**Об'єктом дослідження є:** процес логопедичного супроводу дітей раннього віку з церебральним паралічем у системі корекційно-розвивальної роботи.

**Предметом дослідження є:** взаємозв'язок між організаційними умовами міжгалузевої взаємодії, рівнем активності батьків та методичним інструментарієм логопеда як чинниками підвищення ефективності корекційно-розвивальної роботи з дітьми раннього віку з церебральним паралічем.

**Гіпотеза.** Ефективність логопедичного супроводу дітей раннього віку з церебральним паралічем буде суттєво підвищена за умови забезпечення комплексу педагогічних та організаційних умов, основними з яких є:

1. Активізація та підвищення компетентності батьків у реалізації корекційно-розвивальної роботи в домашніх умовах.

2. Оптимізація та систематизація міжгалузевої взаємодії фахівців (логопедів, реабілітологів, педіатрів) через створення чітких алгоритмів та єдиного індивідуального маршруту супроводу.

3. Удосконалення методичного інструментарію логопеда шляхом впровадження сучасних, адаптованих до раннього віку та рухових порушень, діагностичних і корекційних методів.

**Мета дослідження:** теоретично обґрунтувати та експериментально дослідити стан логопедичного супроводу дітей раннього віку з церебральним паралічем, проаналізувати його ефективність, виявити ключові проблеми взаємодії міжгалузевої команди та розробити практичні рекомендації щодо оптимізації корекційно-розвивальної роботи.

Для досягнення поставленої мети нами визначені наступні *завдання* дослідження:

1. Проаналізувати сучасні теоретичні підходи щодо етіології, патогенезу та класифікації дитячого церебрального паралічу (ДЦП) у контексті медичних, психологічних та логопедичних викликів.

2. Здійснити порівняльний аналіз нормативного мовленнєвого онтогенезу та особливостей мовленнєвих порушень у дітей раннього віку з ДЦП.

3. Визначити рівень обізнаності та активності батьків у реалізації корекційно-розвивальної роботи з дітьми раннього віку, які мають ДЦП, та виявити їхні потреби у психолого-педагогічній підтримці.

4. Дослідити та оцінити рівень взаємодії та координації діяльності міжгалузевої команди фахівців (логопедів, реабілітологів, педіатрів, психологів) в організації комплексного логопедичного супроводу дитини раннього віку з ДЦП.

5. Систематизувати та проаналізувати методичний інструментарій, що використовується логопедами при супроводі дітей раннього віку з ДЦП, та визначити його відповідність сучасним корекційним вимогам.

**Методи дослідження.** *Теоретичні:* аналіз та узагальнення науково-теоретичних джерел у сферах загальної та корекційної педагогіки, а також

загальної та спеціальної психології з метою визначення теоретико-методологічних основ дослідження, оцінки рівня розробленості проблеми в сучасній логопедії та визначення перспективних шляхів її вирішення.

*Емпіричні:* застосування анкетування, аналізу психолого-педагогічної та медичної документації, проведення бесід та опитувань батьків і логопедів, вивчення результатів тестувань, а також педагогічний експеримент констатувального та формувального типу для виявлення особливостей розвитку дітей раннього віку з ЦП, оцінки взаємодії родини та фахівців-логопедів, а також перевірки ефективності розробленої комплексної програми логопедичного супроводу дітей з ЦП та їхніх сімей.

*Статистичні:* якісна та кількісна обробка отриманих результатів для забезпечення достовірності та об'єктивності дослідження.

**Наукова новизна отриманих результатів.** Визначено рівень готовності батьків дітей із церебральним паралічем до співпраці з фахівцями міжгалузевої команди; окреслено основні напрями, зміст та способи організації логопедичного супроводу дітей раннього віку та їхніх родин у діяльність закладів різної підпорядкованості (лікувальних та освітніх).

**Теоретичне та практичне значення одержаних результатів.** Результати дослідження можуть бути застосовані у викладанні освітніх компонентів у закладах вищої освіти за освітніми програмами «Спеціальна освіта», «Спеціальна психологія» та «Логопедія», а також для підготовки здобувачами вищої освіти кваліфікаційних робіт і проведення наукових досліджень.

**Структура роботи.** Кваліфікаційна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел (62 найменування).

# **РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПРОБЛЕМИ МОВЛЕННЄВИХ ПОРУШЕНЬ У ДІТЕЙ РАННЬОГО ВІКУ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ**

## **1.1. Дитячий церебральний параліч у контексті медичних, психологічних і логопедичних викликів**

Дитячий церебральний параліч (ДЦП) є однією з найпоширеніших неврологічних патологій раннього дитячого віку, що проявляється стійкими порушеннями рухових функцій та супутніми розладами психічного, мовленнєвого й когнітивного розвитку. У сучасних умовах проблема ДЦП набуває особливої актуальності через складність клінічних проявів, багатофакторну етіологію та значний вплив на якість життя дитини і її родини. Багатовимірний характер цього порушення вимагає комплексного, міждисциплінарного підходу до його вивчення, що включає медичні, психологічні та логопедичні аспекти.

ДЦП залишається однією з провідних неврологічних патологій дитячого віку як у світі, так і в Україні. Воно призводить до суттєвої інвалідизації дитини, адже охоплює не лише моторну сферу, а й часто супроводжується порушеннями інтелектуального та мовленнєвого розвитку. Захворювання виникає внаслідок ураження головного мозку в перинатальний або ранній неонатальний період і залишається однією з ключових проблем дитячої неврології [22].

Через різноманіття наукових підходів до пояснення причин ДЦП на сьогодні не існує єдиної загальноприйнятої концепції його етіології. Водночас загальновизнано, що його виникнення має мультифакторний характер, а поєднання несприятливих впливів на організм дитини значно порушує її розвиток із раннього віку. Аналіз сучасних вітчизняних і західноєвропейських наукових джерел дозволяє виділити широкий спектр етіологічних чинників

перинатального та інтранатального періодів, які можуть призводити до розвитку ДЦП [4].

**Преперинатальні та передвагітні фактори ризику.** Дослідження показують, що ризик народження дитини з ДЦП зростає у жінок із тривалими або нерегулярними менструальними циклами, а також при надто коротких (менше трьох місяців) або надто тривалих (понад три роки) інтервалах між вагітностями. У таких матерів частіше трапляються спонтанні аборти та випадки мертвонародження. Наявність у родинному анамнезі ранніх непрогресуючих рухових порушень, пов'язаних із хромосомними, метаболічними або морфологічними аномаліями, може свідчити про генетичну природу певних випадків ДЦП. Будь-які негативні впливи на організм жінки до вагітності значно підвищують ймовірність розвитку церебрального паралічу у майбутньої дитини [44].

**Несприятливі фактори під час вагітності.** До них відносять вроджені вади розвитку плода, низьку масу тіла при народженні (менше 2 кг), а також зменшену окружність голови. Такі особливості найчастіше зустрічаються у недоношених дітей, які схильні до розвитку спастичної диплегії, а також у доношених новонароджених із ризиком інших форм ДЦП. Підвищений ризик спостерігається у двійнят і близнюків, що пов'язано з гестаційними ускладненнями та затримкою внутрішньоутробного розвитку. Відомо, що діти жінок із гіпертиреозом під час вагітності або тих, хто отримував гормональні препарати щитоподібної залози чи естрогени, також частіше народжуються з ДЦП [44].

**Фактори перинатального періоду.** Важливе значення мають запальні процеси плодових оболонок (хоріоніт), які часто призводять до передчасних пологів, амніоніту та перивентрикулярної лейкомаляції — уражень, що прямо асоціюються з ДЦП. Неправильне положення плода під час пологів розглядається як маркер можливих ускладнень, що можуть сприяти розвитку церебрального паралічу [45].

**Фактори інтранатального періоду.** Літературні дані вказують на помірний, проте наявний зв'язок між асфіксією під час пологів і формуванням ДЦП. Зазвичай оцінюють непрямі показники: брадикардію плода, виділення меконію, низькі бали за шкалою Апгар або енцефалопатію новонароджених. Специфічним маркером асфіксії є ацидоз, значення якого інформативні для прогнозування можливих порушень рухової сфери дитини [45].

Сьогодні ДЦП розглядають як багатокomпонентний синдром, що відображає дизонтогенетичні ураження центральної нервової системи. Порушення нормального онтогенезу можуть виникати на перинатальному, інтранатальному етапах або в ранньому дитячому віці [15].

В Україні відзначається зростання кількості передчасно народжених дітей, що пов'язано з тривалим воєнним станом та високим рівнем стресових факторів у вагітних. Такі діти автоматично відносяться до «групи ризику», а їхній стан тісно пов'язаний із неврологічним та психоемоційним здоров'ям матері. Це свідчить про те, що до класичних етіологічних чинників ДЦП додаються фонові фактори, які створюють сприятливі умови для дії інших несприятливих впливів і підвищують ймовірність органічного ураження ЦНС.

Більшість наукових досліджень присвячено вивченню моторних порушень у дітей з ДЦП, що досліджувалися фахівцями медичної галузі (В. Азарський, В. Зінченко, В. Козявкін, В. Мартинюк та ін.) [45]. Як зазначає К. Семенова [18], саме порушення моторного розвитку є ключовою проблемою дітей із церебральним паралічем, оскільки вони обумовлені ураженням моторних зон кори головного мозку.

О. Мастюкова [35] підкреслює, що у дітей із ДЦП відзначається уповільнене або порушене формування всіх рухових функцій, яке спостерігається від народження або з моменту виникнення патології. Моторні труднощі зумовлені патологічними змінами м'язового тону (спастичність, гіпотонія, дистонія), порушеннями рівноваги та координації (атаксія), а також наявністю або появою патологічних рефлексів.

Проблема патологічних та позотонічних рефлексів у дітей з ДЦП детально висвітлена у працях вітчизняних дослідників — В. Зінченка [12], В. Козявкіна [32], В. Мартинюка [19] та інших. Науковці зазначають, що наявність патологічних рефлексів і підвищеного м'язового тону формує специфічну патологічну пропріоцептивну аферентацію, яка надсилає до мозку дитини сигнали про неправильні положення тіла та рухи. Це призводить до затримки та порушення розвитку моторики, психічних процесів і мовлення. Іншими словами, дисфункції рухової сфери провокують відставання та порушення психічних функцій, включно з мовленнєвими.

Сучасні дослідження наголошують, що недостатня сформованість вищих кіркових функцій у поєднанні з руховими порушеннями негативно впливає на природний розвиток психічної діяльності. Це проявляється у різному ступені порушень пізнавальної сфери, ускладненні формування схеми тіла, а також у труднощах генерації та реалізації мовлення. Такі порушення супроводжуються дефіцитом просторових і часових уявлень, а також проблемами конструктивного й побутового праксису та стереогнозу (О. Майструк та С. Зінченко) [55].

Ретроспективний аналіз психофізичних порушень при ДЦП звертає увагу на недорозвиток вищих кіркових функцій, пов'язаний із порушеннями зору, слуху та м'язово-суглобової чутливості. Ці дефіцити спричиняють сенсорну дезінтеграцію, знижують якість сприймання, обмежують обсяг доступної інформації та проявляються у вигляді сенсорної депривації, що ускладнює інтелектуальну діяльність. Наслідком цього є негативний вплив на формування пізнавальних процесів, що підтверджено дослідженнями М. Іпполітової, Е. Кіріченко, С. Коноваленко [59].

Інтелектуальний розвиток дітей із ДЦП варіює: у деяких дітей зі значними руховими та мовленнєвими порушеннями інтелект може залишатися відносно збереженим, тоді як у дітей із незначними моторними розладами нерідко спостерігаються суттєві когнітивні та мовленнєві труднощі.

Психічні порушення проявляються у відхиленнях емоційно-вольової сфери, когнітивної діяльності та структури особистості [19]. Порушення пізнавальної діяльності включають зниження інтересу до навчальної діяльності, труднощі з пам'яттю, мисленням, увагою, недорозвинений конструктивний праксис та різні форми когнітивної недостатності — від затримки психофізичного та мовленнєвого розвитку до олігофренії легкої, помірної або тяжкої ступеня. Емоційно-вольові порушення проявляються підвищеною емоційною збудливістю, вегетативними розладами та загальним пригніченням функцій ЦНС. Особистісні розлади у дітей із ДЦП можуть виявлятися психічним інфантилізмом, труднощами у становленні особистості та адаптації до нових умов довкілля.

Щодо мовленнєвого розвитку, більшість українських дослідників (В. Галущенко, А. Голуб, Е. Данілавічюте, С. Конопляста, Н. Пахомова, О. Романенко, В. Тищенко, В. Тарасун, Л. Ханзерук, М. Шеремет [44] та ін.) відзначають його складний та багаторівневий характер. Зокрема, А. Голуб, Г. Гуровець і С. Конопляста [49] зазначають, що кожна форма ДЦП має специфічні мовленнєві прояви, пов'язані з руховими порушеннями та часто супроводжуються труднощами дихання, недостатнім формуванням голосу і порушенням координації між диханням, фонацією та артикуляцією.

У 80 % дітей із ДЦП виявляють мовленнєві порушення, які залежать від локалізації та тяжкості ураження мовленнєвих зон головного мозку та проявляються як у сприйманні мовлення, так і в моторних мовленнєвих функціях [17]. Окрім цього, мовленнєві розлади характеризуються лексичними, граматичними та фонетико-фонематичними труднощами.

З огляду на те, що розвиток дитини з ДЦП є комплексною міждисциплінарною проблемою, в Україні на державному рівні розроблено методичні рекомендації щодо визначення рівнів підтримки та подолання освітніх труднощів у дітей з особливими освітніми потребами, зокрема у дітей із церебральним паралічем. Рівні підтримки визначаються відповідно до характеру та ступеня освітніх труднощів, які проявляються вже з раннього

віку, на підставі методичних рекомендацій (наказ МОН від 17.01.2022 р. № 29). Освітні труднощі розглядаються як ті, що впливають на процес здобуття дошкільної освіти та на рівень навчальних результатів дітей певного віку у відповідному закладі освіти [11].

Рівні підтримки в інклюзивному освітньому середовищі для дітей з ООП, зокрема для вихованців з ДЦП, які відвідують інклюзивні групи, визначають обсяг тимчасової або постійної допомоги, що надається відповідно до індивідуальних потреб дитини (зміни, затверджені постановою Кабінету Міністрів України від 28 липня 2021 року № 769, щодо оновлення постанови від 10 квітня 2019 р. № 530).

Оновлений Порядок організації інклюзивного навчання у закладах дошкільної освіти спрямований на максимальну індивідуалізацію освітнього процесу для дітей з ООП, зокрема для дітей з ДЦП, та забезпечення їм необхідної підтримки [31].

Визначення рівня підтримки ґрунтується на використанні діагностичного інструментарію, представленого у методичних рекомендаціях щодо оцінювання освітніх труднощів дітей раннього та дошкільного віку, розроблених Міністерством освіти і науки України спільно з Інститутом спеціальної педагогіки і психології ім. М. Ярмаченка НАПН України у межах пункту 2 Оперативного плану МОН на 2022 рік (наказ МОН від 17.01.2022 р. № 29) [22].

Підсумовуючи проведений теоретичний аналіз розвитку дітей із ДЦП, можна стверджувати, що вивчення цієї категорії дітей залишається незавершеним і надалі зберігає свою актуальність. Історичний огляд наукових підходів до етіології та особливостей розвитку дітей з ДЦП з клінічної і педагогічної перспектив показує наявність значних труднощів, які ускладнюють їх гармонійний розвиток. У роботі висвітлено медичні, педагогічні та соціально-психологічні чинники, що вплинули на формування наукових уявлень про фізичний, психічний і мовленнєвий розвиток дітей із ДЦП, зокрема у ранньому віці. Ґрунтовний аналіз клінічної та педагогічної

літератури підтверджує, що й сьогодні тривають наукові пошуки найбільш ефективної класифікації форм ДЦП, а також оптимальних клінічних і логопсихологічних підходів до забезпечення успішної соціалізації таких дітей від найранішого періоду життя.

## **1.2. Порівняльний аналіз мовленнєвого онтогенезу у дітей раннього віку: нормативні показники у нормі та при церебральному паралічі**

Мовленнєвий розвиток у ранньому віці є одним із ключових показників загального онтогенезу дитини, оскільки саме в цей період закладаються фундаментальні механізми комунікації, пізнання та соціальної взаємодії. Формування звуковимови, розвиток пасивного й активного словника, оволодіння елементарними граматичними структурами відбуваються інтенсивно та демонструють чіткі вікові нормативи, що відображаються у сучасних моделях онтогенезу мовлення. Дослідження нормативного мовленнєвого розвитку дозволяють визначити основні етапи становлення мовлення та виокремити типові показники, притаманні дітям раннього віку з нормотиповим розвитком.

Разом із тим, у дітей із церебральним паралічем мовленнєвий онтогенез має суттєві відмінності, що зумовлені органічними ураженнями центральної нервової системи, порушеннями моторики, сенсорної інтеграції, координації дихання, фонації та артикуляції. Ці фактори призводять до значних затримок або якісних відхилень у формуванні мовленнєвих функцій, що проявляються вже на ранніх етапах життя.

Саме тому порівняльний аналіз нормативного мовленнєвого розвитку та мовленнєвих показників дітей із церебральним паралічем є важливим для глибшого розуміння специфіки їхнього онтогенезу, ранньої діагностики та вибору ефективних корекційних стратегій.

Розвиток мовлення є ключовим компонентом загального психомовленнєвого онтогенезу. З метою ґрунтовного розкриття особливостей

мовленнєвого розвитку дітей раннього віку з церебральним паралічем доцільно аналізувати цю проблему крізь призму фізіології, психолінгвістики та нейропсихології, спираючись на наукові напрацювання О. Боряк, В. Галущенко, А. Голуб, Е. Данілавічюте, С. Коноплястої, Н. Манько, Є. Соботович, В. Тарасун, В. Тищенко, М. Шеремет та інших дослідників.

Для глибокого осмислення сутності та механізмів мовленнєвого недорозвитку — як у межах нормального онтогенезу, так і при ДЦП — особливе значення має чітке розуміння базових понять: мова, мовлення та мовленнєва діяльність.

Згідно з нейропсихологічними дослідженнями Є. Соботович, мова є системою умовно-символічних знаків, створених певною соціальною групою для ефективного спілкування. Мова виступає соціальним явищем і слугує засобом вираження понять [3].

На думку Є. Соботович, «мовленнєва діяльність має психофізіологічну природу, що базується передусім на роботі мозку і спрямована на застосування мови у комунікації». У визначенні автора, мовлення є результатом вищої психічної діяльності — це певна послідовність мовних одиниць, що регулюється законами мови та свідомістю і формує конкретну думку [3].

Наукові пошуки Є. Соботович підкреслюють, що лише детальний аналіз і розмежування цих понять дозволяє по-новому оцінити мовленнєві труднощі у дітей, визначити ланку, де виникають порушення, та спрямувати корекційну роботу на відновлення або компенсацію необхідного елемента мовленнєвого процесу [3].

У дітей раннього віку розвиток мовлення відбувається індивідуально, у визначені часові проміжки, при цьому виділяються загальні специфічні ознаки, що свідчать про відповідність мовленнєвому розвитку нормам, прийнятим у певному мовному середовищі.

Слід підкреслити, що мовленнєва діяльність є формою соціальної взаємодії, у якій мовлення слугує засобом передачі та сприймання інформації. За даними О. Корнєва, мовленнєва діяльність охоплює домовленнєвий період

розвитку дитини від народження до року та власне мовленнєвий розвиток у період від одного року. Формування мовленнєвої діяльності відбувається у межах провідної діяльності, що визначається соціальною ситуацією розвитку дитини [23].

Формування мовленнєвого етапу розвитку комунікативно-мовленнєвої діяльності починається з розвитку когнітивних та сенсомоторних основ мовленнєвих актів. Завдяки цьому дитина оволодіває умовними формами звукової комунікації, використовуючи як супрасегментарні, просодичні, так і сегментарні мовленнєві засоби. Саме у період домовленнєвого розвитку закладаються основи комунікативно-мовленнєвого формування дитини [15].

Відомий лінгвіст М. Хеллідей дослідив процес становлення вокалізацій у дітей раннього віку (від 9 до 24 місяців) та виділив сім мовленнєвих функцій, які дитина засвоює у домовленнєвому періоді:

1. Інструментальна функція – забезпечує задоволення життєво важливих потреб;
2. Регуляторна функція – контролює дії інших людей;
3. Функція взаємодії – сприяє встановленню та підтриманню контакту з важливими для дитини особами;
4. Особистісна функція – відображає прояв індивідуальності дитини у використанні мовленнєвих сигналів;
5. Евристична функція – забезпечує розвиток пізнавальної сфери;
6. Когнітивна функція – формує первинні уявлення про навколишній світ на основі мовленнєвих сигналів;
7. Інформативна функція – спрямована на дослідження довкілля та соціальних контактів з близькими й родиною [12].

У віці від 2 до 8 місяців усі мовленнєві функції активно розвиваються, при цьому першочергово формуються інформативна, регуляторна та інструментальна функції. У період від 12 до 18 місяців особливо інтенсивно розвивається евристична функція: немовля привертає увагу дорослих, утримує її та стимулює до виконання певних дій. Завдяки мовленнєвим сигналам дитина

раннього віку починає розуміти їх конкретне комунікативне значення, наприклад: ствердження, заперечення, згода, прохання, вимога.

На довербальному етапі розвитку маля засвоює значення мовленнєвих сигналів, формуючи розуміння понять, пов'язаних із просторовим та причинно-наслідковим контекстом, відчуттями, подіями, належністю, запереченням та ідентифікацією. Це слугує основою для подальшого формування граматичних категорій мовлення [22].

Наукові дослідження М. Лісіної демонструють, що у дітей, які розвиваються нормально, вже у віці 2-4 місяців спостерігаються інтонаційні відмінності гуління під час емоційного спілкування з дорослими. У дітей з ЦП зазвичай переважає крик або своєрідні вигуки (гукання). Через несформованість або порушення дозрівання мозкових структур не відбувається достатнє вдосконалення рухливості органів артикуляції, що призводить до специфічності формування лепету та його спотворення відповідно до індивідуальних можливостей дитини [18].

С. Конопляста визначила певний зв'язок між розвитком ранніх психомоторних функцій дітей із комплексними порушеннями, зокрема дітей з ЦП, та їх антропометричними показниками, зокрема масою тіла. Зокрема, встановлено взаємозв'язок між розвитком рухів, що забезпечують повзання (утримання голови, перевертання з животика на спинку, перекочування, «пластунське» повзання), та етапами домовленнєвого і раннього мовленнєвого розвитку дитини [58].

Домовленнєвий період розвитку дітей з ЦП має низку специфічних проявів. Часто відзначають патологічну будову артикуляційного апарату: аномалії твердого піднебіння [16], недорозвинення нижньої щелепи, масивний язик, асиметрію обличчя, порушення симетрії носо-губних складок, патологічне розташування язика.

Порушення тону м'язів артикуляційного апарату негативно впливають на його функціонування, що проявляється труднощами вживання їжі (порушення жування, ковтання, гіперсалівація, спастичність м'язів глотки та

гортані), ускладненнями голосоподачі, просодичними порушеннями та диханням, які закріплюються з розвитком дитини. Це зумовлено тривалим проявом патологічних рефлексів і їхнім впливом на м'язовий тонус [18].

За нормального онтогенезу, як зазначає О. Корнев, комунікативно-мовленнєва діяльність формується від 10-12 місяців до 6 років і проходить кілька етапів. Перший етап – ініціальний (10-18 місяців), коли дитина засвоює прості мовленнєві навички через неструктуровані фрази (голофрази). Другий – ранній (18-30 місяців), коли формується мовленнєва система та удосконалюються навички спілкування. Третій – середній (30 місяців–6 років), коли завершується формування мовленнєвої діяльності та комунікативної компетентності, а також починається розвиток метамовленнєвих навичок [17].

Більшість дітей з ЦП не мають можливості природного розвитку мовлення. Уже в домовленнєвий період вони стикаються зі значними труднощами, що затримує подальший розвиток. Нормальний дитячий онтогенез передбачає розуміння коротких речень до одного року, активне наслідування інтонацій дорослих, використання дво- та трислівних фраз до двох років та формування простих речень до трьох років [12].

У дітей з ЦП спостерігаються порушення всіх компонентів мовлення: фонетико-фонематичні, лексичні та граматичні [55]. Дослідники встановили взаємозв'язок між моторними розладами та патологічним формуванням артикуляційних укладів, а також труднощі у сприйманні та відтворенні звуків, формуванні словника та граматики.

Сучасні підходи до корекції дизартрії у дітей з ЦП (В. Галущенко, С. Конопляста, Н. Манько та ін.) передбачають комплексну роботу, що включає три блоки:

1. *Медичний* – призначення медикаментозної терапії, ЛФК, масаж, фізіотерапія;

2. *Психолого-педагогічний* – розвиток сенсорних функцій, слухового та зорового сприймання, просторових уявлень, мислення, пам'яті, графічних навичок;

3. *Логопедичний* – індивідуальна робота над загальною, артикуляційною та дрібною моторикою, дихальними та голосовими вправами [34].

Проте ця система має тимчасовий ефект і часто починається пізно, що обмежує її ефективність. Незважаючи на значну увагу до проблеми в медичній та педагогічній площині, досі залишається актуальним питання надання системної, комплексної та безперервної корекційно-розвиткової підтримки дітям з ЦП з раннього віку. Аналіз сучасних досліджень показує, що мовленнєвий розвиток дітей з ЦП є недосконалим і потребує постійного науково обґрунтованого супроводу для забезпечення гармонійної траєкторії розвитку.

### **Висновки до першого розділу**

Системний теоретичний аналіз проблеми у медичній, логопедичній та психологічній площині дозволяє виявити передумови формування наукових уявлень про фізичний, психічний та мовленнєвий розвиток дітей з ЦП, зокрема раннього віку.

Діти раннього віку з ЦП характеризуються складними порушеннями, насамперед у руховій сфері, що зумовлює стійкі непрогресуючі стани розвитку організму та позначається на психомовленнєвій сфері. Це проявляється у стійких порушеннях моторної, психічної та мовленнєвої складових особистості, спричинених ураженнями центральної нервової системи в ранні періоди її формування. Причини розвитку ДЦП є мультифакторними та можуть впливати на дитячий організм на різних етапах раннього розвитку. Незважаючи на численні дослідження, єдиної концепції визначення причин ДЦП досі не сформовано.

Теоретичний аналіз мовленнєвого онтогенезу дітей раннього віку у нормі та при ЦП показав, що всі діти з ЦП з самого початку стикаються з труднощами розвитку мовлення. Виявлено значну недостатність системних медико-психолого-педагогічних досліджень, спрямованих на організацію комплексного

безперервного супроводу дітей з ЦП саме з раннього віку. Міжгалузева неузгодженість та дисбаланс у роботі медичних та педагогічних установ значно ускладнюють ранню логоінтервенцію в освітньому просторі України.

Таким чином, системно-динамічний аналіз сучасних підходів до організації медико-логопсихологічного простору розвитку дітей раннього віку з ЦП у сучасних освітніх умовах демонструє, що залишаються невикористані резерви міжгалузевого забезпечення повноцінного логопедичного супроводу. Дитина раннього віку з ЦП з самого початку розвитку стикається з комплексом медичних, мовленнєво-комунікативних, когнітивних, соматопсихологічних та соціально-адаптаційних проблем.

## РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ ЛОГОПЕДИЧНОГО СУПРОВОДУ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ

### 2.1. Рівень обізнаності та активності батьків у реалізації корекційно-розвивальної роботи з дітьми раннього віку, які мають церебральний параліч

За роки незалежності України у закладах освіти сформувалися певні тенденції у роботі фахівців із батьками дітей з особливими освітніми потребами, зокрема з дітьми з ЦП. Найпоширенішими формами такої взаємодії залишаються батьківські збори, індивідуальні консультації та відкриті заняття. У періоди карантину, пов'язаного з Covid-19, а також під час повномасштабної війни, активно застосовуються цифрові ресурси — відеоконференції, електронна кореспонденція та інші онлайн-інструменти.

Аналіз даних клініко-логопсихологічного скринінгу показав, що діти з ЦП першочергово отримують медичну допомогу та лікування. Наступним етапом є часткова абілітація чи реабілітація у соціально-реабілітаційних центрах, яка, на жаль, проводиться нерегулярно та зазвичай розпочинається після другого року життя дитини. Лише у дошкільному віці дитина потрапляє в поле зору педагогічної команди, як правило, у 6 років, коли вже сформований певний базис навичок і вмінь, який часто не відповідає педагогічним вимогам і характеризується відхиленнями у розвитку.

При визначенні стану логопедичного супроводу дітей раннього віку з ЦП важливо було залучити до дослідження їхніх батьків. По-перше, це обумовлено тим, що дитина раннього віку перебуває переважно під постійним наглядом та в активній взаємодії з батьками. Тому важливим було оцінити рівень педагогічної культури батьків, їх обізнаність щодо закономірностей розвитку дитини у нормі та при ЦП, а також рівень розуміння проблем розвитку дітей з ЦП. По-друге, дослідження мало на меті визначити готовність батьків до взаємодії з логопедом та іншими фахівцями міжгалузевої команди.

Для дослідження було створено спеціальні діагностичні опитувальники для батьків, за результатами яких зроблено висновки щодо їхнього ставлення до проблем розвитку дітей із ЦП.

У констатувальному експерименті взяли участь батьки дітей із ЦП (26 осіб), самі діти з ЦП (26 осіб, у тому числі 14 дітей раннього віку), логопеди (14 осіб), психологи (12 осіб) та медичні працівники (10 осіб). Географія дослідження охоплювала м. Хмельницький, м. Кам'янець-Подільський, м. Чернівці та відповідні області. Наукове дослідження проводилося у 2024–2025 рр. Незважаючи на складні обставини війни, дослідження набуло ще більшої значущості.

До окремих аспектів дослідження були залучені медичні фахівці пологових будинків і дитячих поліклінік, логопеди та психологи дитячих будинків, спеціальних дошкільних закладів, шкіл для дітей із тяжкими порушеннями мовлення, інклюзивно-ресурсних центрів, що працюють із дітьми з ЦП, а також діти раннього віку та їхні родини.

Питаннями сімейного виховання дітей із психофізичними порушеннями розвитку займалися В. Кисличенко, С. Конопляста, С. Миронова, Т. Піроженко, Л. Ханзерук, L. Shipitsyna та ін. [57]. Автори підкреслюють важливу роль найближчого оточення у процесі корекційно-абілітаційного впливу на дітей та вважають організацію сімейного виховання однією з умов створення сприятливого середовища розвитку.

На основі науково-методичного аналізу праць українських громадських діячів, письменників та педагогів — Є. Миропольського, І. Огієнка, С. Русової, Лесі Українки, І. Франка та ін. [51] — можна стверджувати, що вони прямо чи опосередковано підкреслювали доцільність спеціальної психолого-педагогічної підготовки батьків для реалізації корекційно-виховних завдань та наголошували на провідній ролі сім'ї у формуванні особистості дитини.

Педагогічна культура, відповідно до українського словника, визначається як рівень педагогічної підготовки батьків, який дозволяє перетворити сімейне виховання на цілеспрямований, ефективний процес, що

забезпечує повноцінний розвиток і виховання дитини у взаємодії зі школою [31].

У широкому соціально-педагогічному контексті педагогічна культура батьків розглядається як складова загальної культури людини, що відображає накопичений суспільством досвід сімейного виховання, а також рівень педагогічної спрямованості батьків, що демонструє їхню зрілість як вихователів і проявляється у процесі сімейного виховання [24]. Тобто педагогічна культура батьків, з одного боку, характеризує їхнє оволодіння суспільним соціально-педагогічним досвідом виховання, а з іншого — передбачає його практичну реалізацію у повсякденному житті сім'ї. Низький рівень педагогічної культури часто призводить до безвідповідального виконання виховних функцій, обмеженої мотивації щодо вирішення проблем розвитку дитини, формалізації батьківсько-дитячих стосунків, зменшення проявів тепла, уваги та поваги в сім'ї, що, у свою чергу, спричиняє низьку самооцінку дитини, невпевненість у власних силах та розвиток негативних моделей самоствердження в соціумі.

Спираючись на наукові здобутки зазначених дослідників у контексті організації логопедичного супроводу дітей раннього віку, у дослідженні розглядається рівень логокорекційно-просвітницької культури батьків дітей раннього віку з ЦП як один із аспектів педагогічної культури в цілому. Логокорекційно-просвітницьку культуру батьків визначаємо як будь-які педагогічні способи, методи впливу та взаємодії з дитиною раннього віку з ЦП, спрямовані на формування та розвиток її особистості завдяки володінню знаннями про закономірності психічного розвитку дитини, соціальну ситуацію її розвитку, специфіку мовленнєвого розвитку та взаємозв'язок фізичного, психічного і мовленнєвого розвитку.

Вважаємо, що ефективність логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП та повноцінний психічний і особистісний розвиток такої дитини значною мірою залежать від рівня логокорекційно-просвітницької культури батьків. Готовність батьків до участі у процесі логопедичного супроводу

оцінювалася за показниками логокорекційно-просвітницької культури: аксіологічним, мотиваційно-ціннісним, когнітивним, діяльнісним; а також за обсягом і точністю теоретичних і практичних знань та сформованістю мотиваційних потреб, визначених за результатами анкетування та опитування.

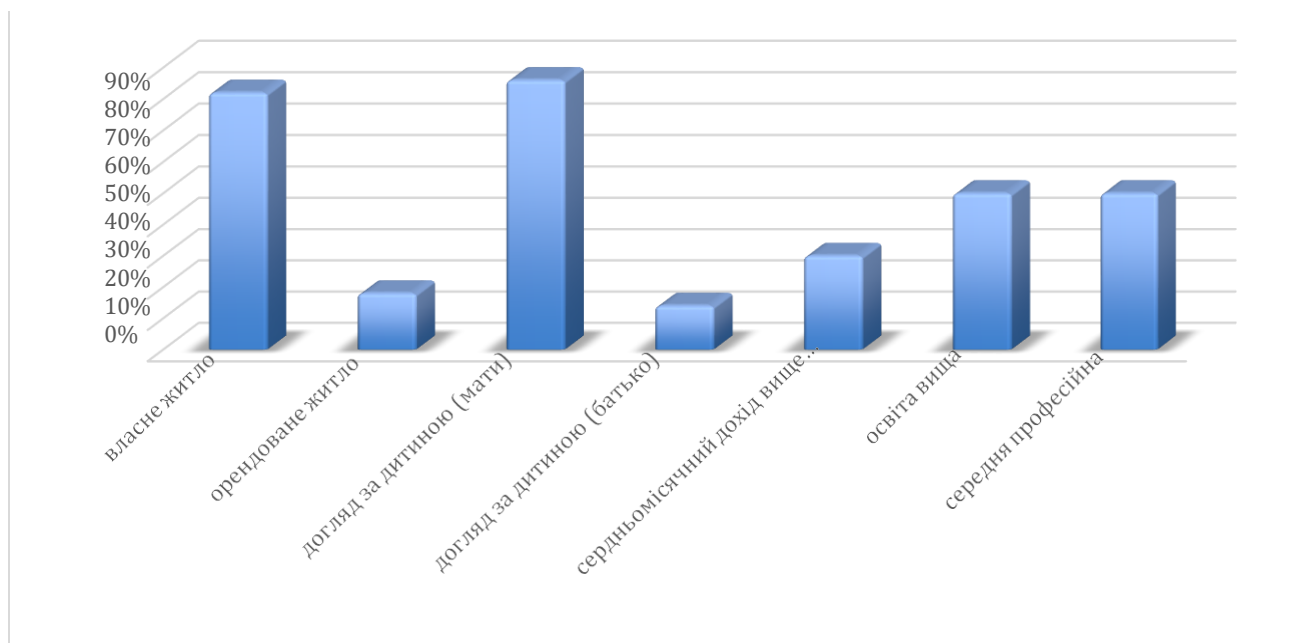
При визначенні рівня логокорекційно-просвітницької культури батьків особливу увагу приділяли вивченню характеристик родини дитини з ЦП. Зокрема, важливим компонентом вважався аксіологічний, що передбачав аналіз соціального статусу сім'ї та рівня освіченості батьків. Рівень розвитку цього показника впливав на обізнаність батьків щодо психофізичного розвитку дітей та їх готовність до взаємодії з міжгалузєвою командою фахівців. Для дослідження соціального статусу використовували спеціально розроблену освітню анкету для батьків із відповідним блоком питань.

Для визначення рівня логокорекційно-просвітницької культури застосовували освітні анкети, уточнювальні бесіди та інші методи збору інформації. Результати показали доволі неоднозначні відповіді, що свідчать про значну соціальну неоднорідність родин, у яких виховуються діти з ЦП. Значним показником для оцінки готовності батьків до пізнавальної активності та наявності освітнього кругозору був рівень освіти: 50 % батьків мали вищу освіту, ще 50 % — середню професійну.

Дослідження соціального статусу сімей дітей з ООП підтверджують, що нижчий соціальний статус ускладнює умови розвитку дітей, не лише з ЦП. Так, з'ясовано, що 60,4 % сімей мають власне житло, а 39,5 % — орендоване. Усі батьки були працевлаштовані, при цьому догляд за дитиною здійснюють переважно матері (86,04 %), тоді як батьки — лише 13,9 %. Щодо рівня доходу, лише 30,2 % сімей мають дохід, вищий за прожитковий мінімум, тоді як частина родин отримує менше прожиткового мінімуму.

Низький рівень матеріального забезпечення створює суттєві перепони для гармонійного розвитку дитини з ЦП, адже корекція, реабілітація та лікування потребують значних витрат, які держава покриває лише частково. Більшість

витрат несуть самі батьки, що робить соціально-економічний фактор ключовим для ефективності логопедичного супроводу та абілітаційного процесу (рис. 1).



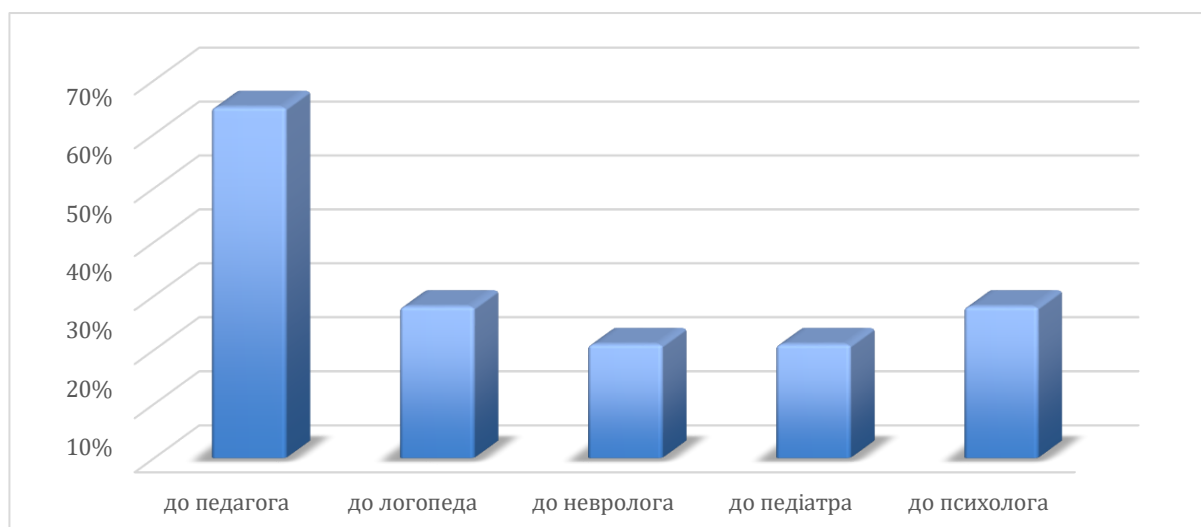
*Рис. 1. Показники аксіологічного компонента рівня лококорекційно-просвітницької культури батьків*

Важливим аспектом дослідження було визначення когнітивного компоненту лококорекційно-просвітницької культури батьків дітей з ЦП. Зокрема, аналізувалися знання батьків щодо особливостей розвитку дитини в ранньому віці. За результатами опитування, 74,4 % батьків зазначили, що обізнані про нормативні показники розвитку. Проте при розгляді конкретних питань щодо віку, коли дитина повинна утримувати голову, сидіти, стояти та вимовляти перші слова, отримані дані свідчать про недостатню обізнаність батьків стосовно нормотипових показників розвитку (табл. 1).

**Рівень обізнаності батьків щодо вікових норм розвитку  
дитини.**

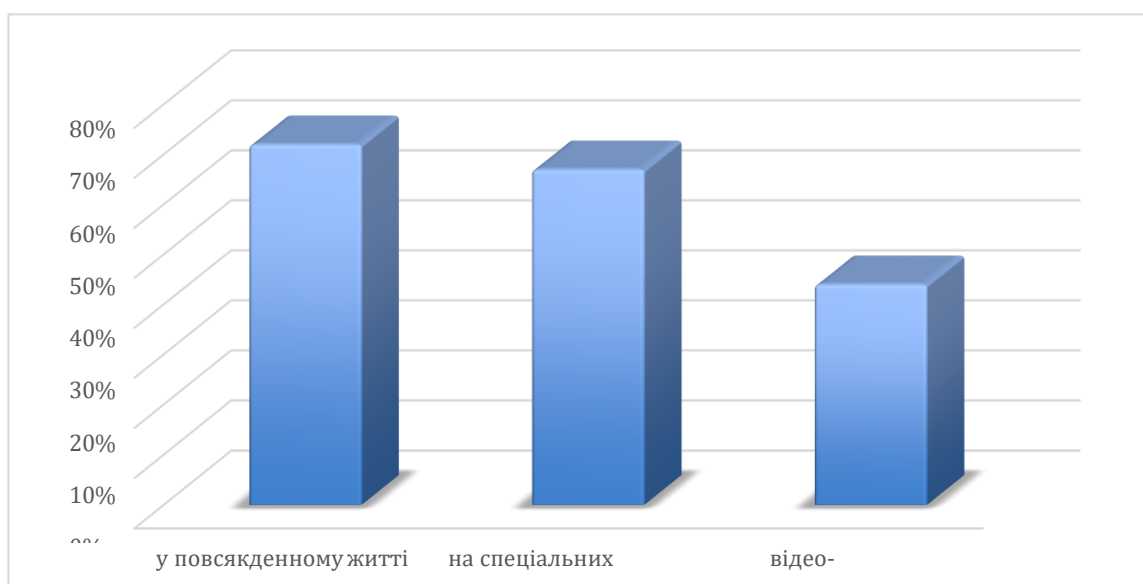
Запитання	1 місяць	3 місяці	6 місяці в	9 місяців	12 місяців	Цікаві відповіді
Коли немовля починає самостійно тримати голову?	16,2 %	53,4 %	-	-	-	25,5 % індивідуально, після року, з 4 місяців.
Коли, за нормою, дитина вчиться сидіти? .	-	-	65,1 %	-	-	34,8 % (30) індивідуально, 7 місяців
Коли очікується, що немовля зробить свої перші кроки?	-	-	-	39,5%	44,1%	18,6 % індивідуально
В якому віці очікується поява перших осмислених слів у дитини?	-	-	-	16,2%	44,1%	34,8 % 2 роки, індивідуально, до 3-х років

Діяльнісний компонент оцінювався через звернення батьків за порадою до фахівців. Зокрема, 65,1 % батьків консультувалися з педагогом щодо мовленнєвого розвитку дитини з ЦП, 27,9 % — із логопедом, 20,9 % — з неврологом, 20,9 % — з педіатром, 27,9 % — з психологом. Крім того, батьки зверталися до родичів або користувалися спеціальною літературою (рис. 2).



*Рис. 2. Звернення батьків до спеціалістів для отримання рекомендацій щодо мовленнєвого розвитку дитини, яка має ЦП.*

Щодо способів набуття нових знань дитиною, батьки зазначили наступне: 72,09 % вважають основним повсякденне життя, 67,4 % – спеціальні заняття, 44,1 % – відеозаняття. Крім того, батьки відзначали, що джерелом навчання для дітей з ЦП є також література, ігри, прогулянки, розмови та дитячі книжки. Це свідчить про зацікавленість більшості батьків у розвитку дитини та їхню готовність адаптуватися до сучасних умов. Водночас не всі усвідомлюють, що саме емоційний контакт, тактильні взаємодії, емоційне спілкування та повсякденні сімейні рутини мають найбільший вплив на розвиток дитини з ЦП (рис. 3).



*Рис. 3. Шляхи та методи засвоєння навчального матеріалу дітьми з ЦП (зі слів їхніх батьків).*

Мотиваційно-ціннісний компонент логокорекційно-просвітницької культури батьків оцінювався на основі аналізу відповідей анкети, що охоплювала знання батьків про взаємозв'язок фізичного та психічного розвитку дитини з ЦП, про необхідність занять із фахівцями та консультування спеціалістів. Результати показали, що 67,4 % батьків знають фактори, що негативно впливають на розвиток дитини, 51,1 % пов'язують мовленнєвий розвиток із фізичним станом дитини, 44,1 % усвідомлюють, що мовлення залежить також від психічного розвитку, а 30,2 % батьків обізнані про наслідки

порушень мовленнєвого розвитку.

Більшість батьків зазначили, що джерелами інформації є бесіди з лікарями, інтернет та пошукові системи (Google), поради педагогів, наукова література, а також спілкування з знайомими та спеціалізовані журнали про дитячий розвиток.

Констатовано, що 44,1 % батьків (переважно матері) від народження контролюють фізичний розвиток дитини з ЦП; 30,2 % – з 6 місяців. Щодо мовленнєвого розвитку, 20,9 % батьків слідкують з народження, 55,8 % – з 6 місяців, по 11,6 % – з 1-го та 2-го років; у деяких випадках спостереження за мовленням почалося з 3 років.

Усі батьки були ознайомлені з вимогами до вступу дитини до школи, при цьому 60,4 % відвідують заходи з розвитку дітей, здебільшого в лікувально-реабілітаційних закладах.

Щодо взаємодії з фахівцями, 72,09 % батьків отримали консультації щодо індивідуальних особливостей дитини, 83,7 % вважають, що поради мали позитивний ефект, причому більшість рекомендацій надавали лікарі та реабілітологи. 74,4 % батьків отримували поради стосовно мовленнєвого розвитку, позитивний ефект відзначили 48,8 %. На запитання «Яку допомогу щодо мовленнєвого розвитку Ви хотіли б отримувати?» батьки зазначали: консультації з мовленнєвого розвитку, навчання та виховання дітей у спеціалізованих закладах, письмові інструкції, відеоматеріали та участь у батьківських клубах. Водночас відзначено актуальну проблему відсутності відкритих консультативних центрів для молодих сімей.

Слід відзначити, що 72,09 % батьків усвідомлюють, що їхні дії можуть стимулювати як фізичний, так і мовленнєвий розвиток дитини. При цьому 44,1 % батьків проводили заняття з фізичного виховання вдома, а 55,8 % таких занять не здійснювали. Щодо розвитку мовлення, 72,09 % сімей не організовували відповідні заняття у ранньому віці. Це свідчить про певну неузгодженість у діяльності фахівців та організації міжгалузевої допомоги дітям.

Аналіз частоти консультацій показав, що 32,5 % батьків щомісяця відвідують лікаря, 37,2 % – дуже рідко, а 30,2 % – щотижня. Частота зустрічей з логопедом демонструє труднощі у взаємодії батьків і фахівців: лише 27,9 % батьків консультуються з логопедом щотижня або щомісяця. Батьки висловлюють бажання отримувати домашні завдання у вигляді письмових інструкцій (20,9 %) або відео-матеріалів (37,2 %), тоді як більшість утрималася від відповіді.

Основними турботами батьків є фізичні та мовленнєві труднощі дитини, що підкреслює необхідність ознайомлення їх з особливостями розвитку дітей з ЦП, комплексного впливу на дитину та активної участі у роботі міжгалузевої команди (лікарі, педагоги, логопеди, психологи тощо). Батьки прагнуть отримувати консультації від усіх фахівців, що свідчить про сформованість мотиваційно-ціннісного компоненту. Домашні завдання вони хотіли б бачити більш структурованими, поетапними та наочними, у формі інструкцій або відео-рекомендацій. Крім того, батьки висловлюють бажання створення клубу для сімей дітей з ЦП і можливості постійних консультацій за підтримки державних установ. Під час індивідуальних бесід спостерігається наявність мотивації до організації корекційно-реабілітаційної роботи вдома.

Важливим є також ставлення членів родини до дитини, яке переважно проявляється у вигляді гіперопіки, що негативно впливає на розвиток дітей. У родинях дітей з ЦП відзначаються психологічні труднощі: неприйняття дитини батьками, знецінення власних можливостей, образи на оточуючих, дефіцит спілкування між батьками та дитиною, погіршення взаємин між батьками, емоційні зриви, дезадаптація тощо. Це перешкоджає формуванню партнерських стосунків та ефективному проведенню корекційно-реабілітаційного процесу.

Згідно з отриманими даними, готовність батьків до участі у корекційно-реабілітаційному процесі є недостатньою, що підкреслює нагальну потребу вирішення цього питання. Одним із шляхів подолання цієї проблеми є підвищення рівня логокорекційно-просвітницької культури батьків та

покращення загальних соціально-психолого-педагогічних характеристик родини шляхом організації просвітницьких заходів. Такі заходи мають охоплювати педагогічну просвіту батьків щодо особливостей розвитку дітей з ЦП, специфіки раннього мовленнєвого розвитку, а також інформування вагітних жінок із груп ризику. Метою цього є попередження ускладнень у розвитку дитини, зокрема мовленнєвих труднощів, формування мотиваційних компонентів діяльності та підготовка до співпраці з фахівцями.

При оцінюванні рівня логокорекційно-просвітницької культури батьків дітей з ЦП було виокремлено два рівні: достатній та недостатній.

*Аксіологічний компонент* визначався за такими показниками: вік батьків, рівень освіти, соціальний статус родини (середньомісячний дохід, наявність житла, зайнятість тощо).

*Когнітивний компонент* оцінювався за рівнем знань батьків щодо норм і закономірностей психофізичного та раннього мовленнєвого розвитку дитини, факторів, що впливають на мовлення, взаємозв'язку фізичного, психічного та мовленнєвого розвитку, оцінки психофізичного та мовленнєвого розвитку дитини раннього віку з ЦП, а також знання необхідних навичок і вмінь для формування самостійності дитини.

*Діяльнісний компонент* визначався способами, якими дитина засвоює нові знання, використанням забавлянок, пісень, читання книжок, дидактичних та сенсорних ігор, пальчикових ігор, а також стилем виховання у сім'ї.

*Мотиваційно-ціннісний компонент* оцінювався за наявністю ініціативи у взаємодії з фахівцями, потребою у допомозі спеціалістів (зокрема логопеда), стійким бажанням подолати труднощі розвитку дитини та відповідальним ставленням до виконання домашніх завдань і обговорення результатів.

Достатній рівень компоненту визначався за наявності правильних або ствердних відповідей, недостатній – за відсутності відповіді або за неправильною, заперечною реакцією. Кількісне значення рівня кожної складової логокорекційно-просвітницької культури батьків було обчислено як середнє значення за відповідною формулою.

$$\bar{x} = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n x_i = \frac{1}{n} (x_1 + \dots + x_n).$$

Таблиця 2.

**Аналіз сформованості компонентів знань і діяльності батьків дітей з ЦП, пов'язаних із супроводом мовленнєвого розвитку**

<b>Показники</b>	<b>достатній</b>	<b>недостатній</b>
<i>Аксіологічний</i>	60,4%	39,5%
<i>Мотиваційний-ціннісний</i>	55,8%	44,1%
<i>Когнітивний</i>	32,5%	67,4%
<i>Діяльнісний</i>	37,2%	62,7%
<b>Середнє значення</b>	<b>46,5%</b>	<b>53,5%</b>

Незважаючи на наявність окремих відносно сформованих показників логокорекційно-просвітницької культури, загальний рівень знань батьків залишається низьким. Передусім це стосується недостатнього розуміння нормативів і закономірностей розвитку дитини раннього віку, взаємозв'язку фізичного, психічного та мовленнєвого розвитку, значення та необхідності раннього початку корекційної роботи, а також усвідомлення тривалості та складності процесу забезпечення високої якості життя дитини [22].

За результатами аналізу освітньої анкети визначено, що середній рівень логокорекційно-просвітницької культури батьків становить 46,5 %, що є критично недостатнім для забезпечення максимально можливого розвитку дитини раннього віку з ЦП.

## **2.2. Аналіз та оцінка міждисциплінарної взаємодії фахівців в організації**

## логопедичного супроводу дітей раннього віку з ДЦП

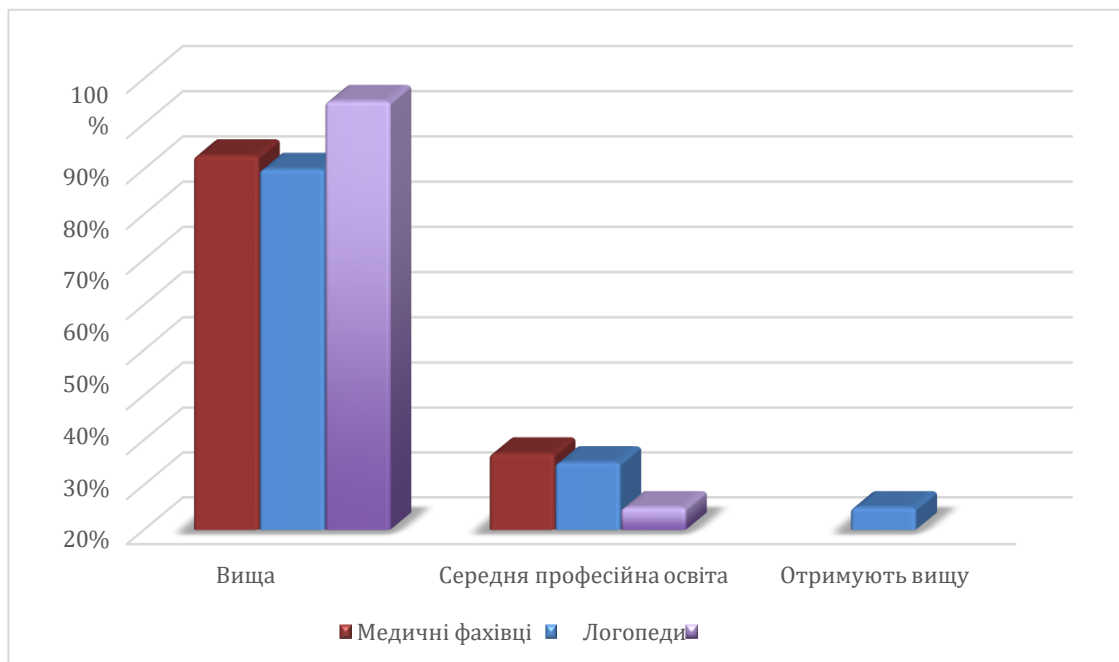
Широкий спектр проблем і труднощів, що супроводжують розвиток дитини раннього віку з ЦП від народження, потребує залучення міжгалузевої команди фахівців. Така командна робота забезпечує своєчасний вплив на ключові сфери розвитку особистості дитини, охоплюючи лікування, абілітацію/реабілітацію, розвиток, формування та корекцію навичок. Основними учасниками цього процесу визначено логопеда та спеціалістів з різних галузей: медичної (педіатр, невролог, неонатолог, ерготерапевт та ін.), психології (психолог) та інших професіоналів, які за потреби взаємодіють з дитиною (соціальний педагог, вихователь, вчитель тощо).

Для оцінки готовності фахівців до роботи у міжгалузевій команді з дітьми раннього віку з ЦП було створено модифіковані фахові анкети, розробка яких базувалася на наукових дослідженнях зарубіжних та вітчизняних авторів, зокрема на працях В. Кисличенко [26].

Мета цього етапу дослідження полягала у діагностиці рівня взаємодії міжгалузевої команди фахівців та оцінці їх готовності до співпраці з учасниками логопедичного супроводу. Основним завданням було вивчення професійних і особистісних якостей спеціалістів (логопедів, лікарів, психологів та інших), що працюють із батьками дітей раннього віку з ЦП, а також визначення їхнього впливу на формування педагогічної культури батьків та готовність до взаємодії з іншими фахівцями. Для цього застосовували методи фахового опитування, бесід із спеціалістами та консультацій.

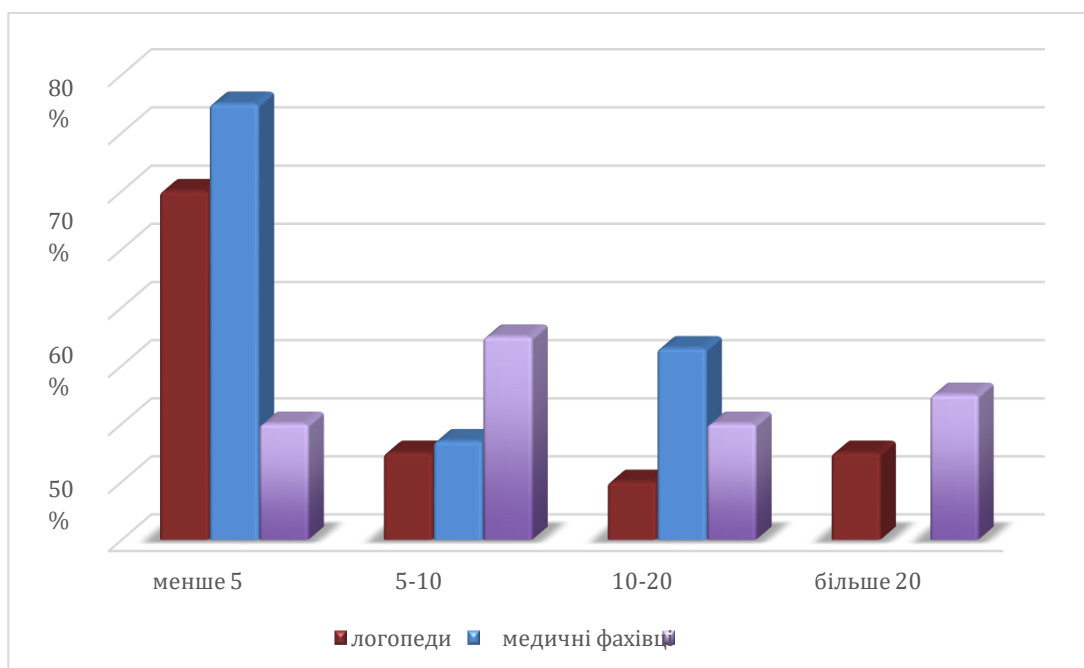
Оцінювалися ключові критерії взаємодії: особистісний, когнітивний, мотиваційно-ціннісний та діяльнісний компоненти. Аналіз анкет і бесід дозволив отримати узагальнені результати щодо рівня співпраці міжгалузевої команди при організації логопедичного супроводу дітей раннього віку з ЦП.

Щодо аксіологічного компоненту, було важливо визначити рівень освіти фахівців, які забезпечують логопедичний супровід. Практично всі учасники констатувального дослідження мали вищу освіту, що свідчить про високий базовий рівень професійної підготовки (рис. 4).



*Рис. 4. Професійна підготовка спеціалістів, які надають логопедичний супровід дітям раннього віку з церебральним паралічем (ЦП).*

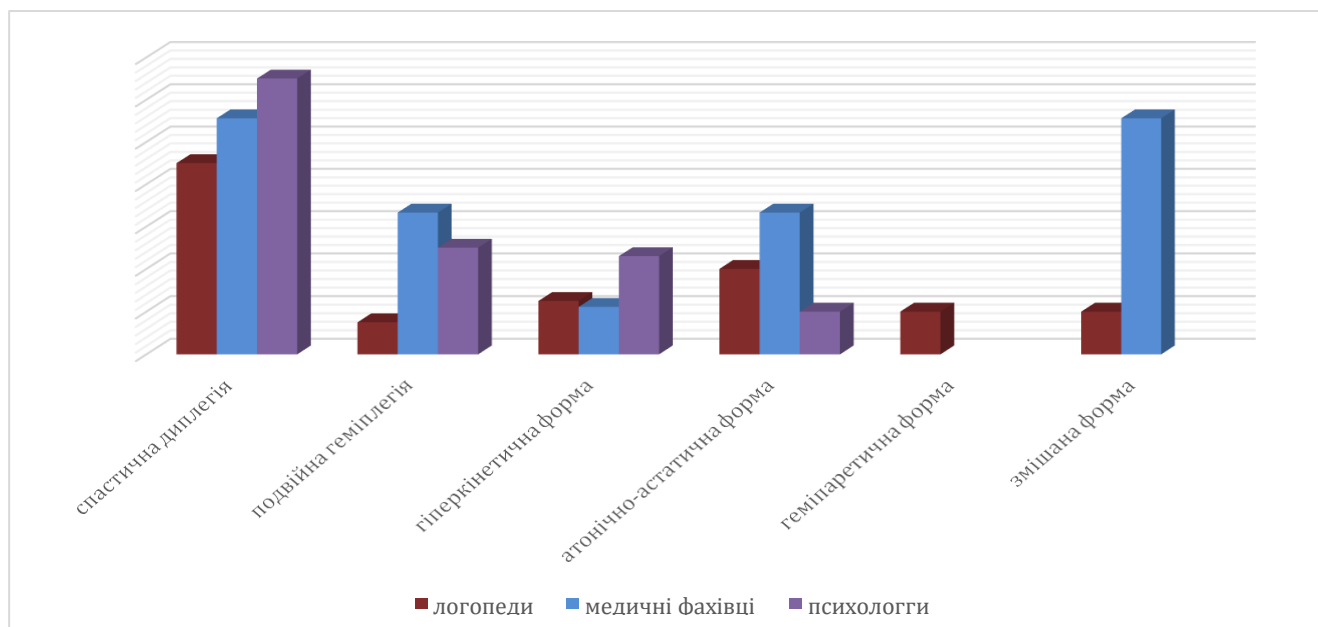
Цікавими є дані про професійний стаж роботи в данному напрямі фахівців, які працюють з ЦП (рис. 5).



*Рис. 5. Досвід роботи спеціалістів (логопедів, педагогів) з категорією дітей із ЦП (в роках).*

Згідно з отриманими даними, спеціалістів із стажем понад 10 років значно менше, ніж тих, хто працює до 10 років. Під час опитування фахівці зазначали низьку оплату праці, брак методичної літератури, недостатнє забезпечення умов праці та відсутність стимулів, що свідчить про недостатній рівень мотиваційно-ціннісного компоненту. Виявлено тривожну тенденцію до змін професії серед досвідчених спеціалістів через еміграцію або переселення з тимчасово окупованих територій.

Когнітивний компонент відображає рівень знань фахівців щодо форм ДЦП, супутніх порушень, а також самооцінку власних знань і навичок у роботі з дітьми раннього віку з ЦП. Спеціалісти майже одногосно зазначають, що найпоширенішою формою ДЦП у їхній практиці є спастична диплегія (G-80). У фахових анкетах на запитання «Батьки дітей із якими формами ДЦП найчастіше звертаються за допомогою?» логопеди, психологи та медичні працівники дали різні відповіді, що свідчить про міжгалузеву неузгодженість і низький рівень логокорекційно-просвітницької культури батьків (рис. 6).

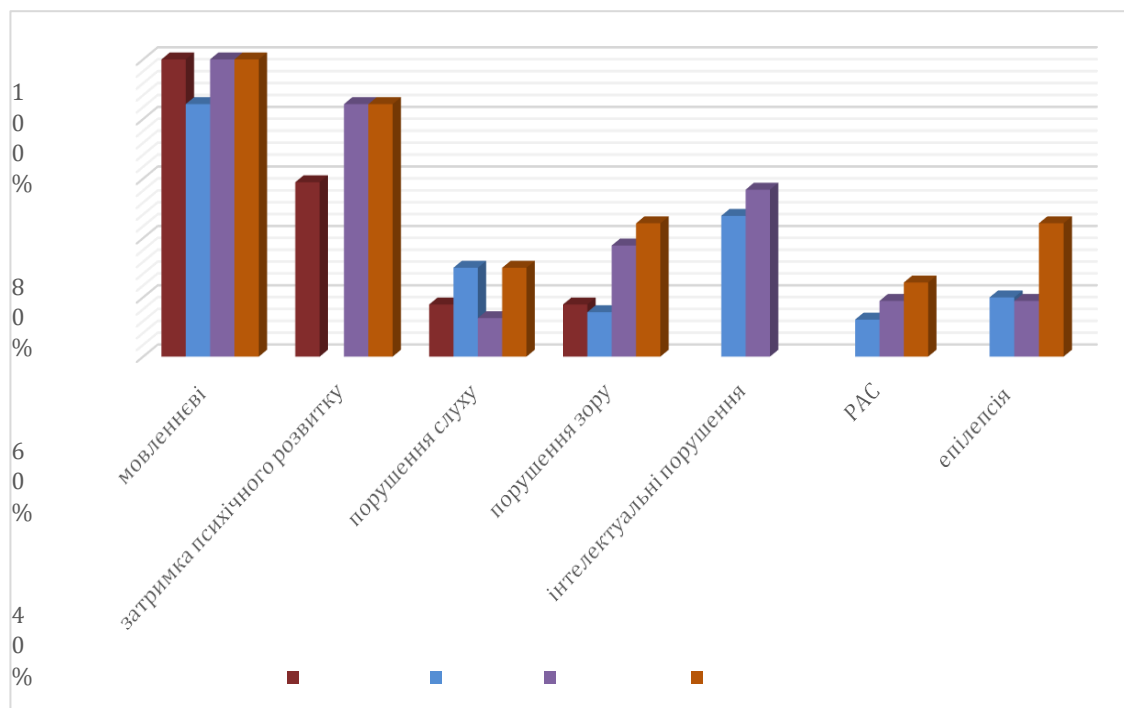


*Рис. 6. Клінічні характеристики дітей з ЦП, зафіксовані фахівцями міждисциплінарної команди*

У фахових анкетах важливим було питання щодо супутніх порушень у

розвитку дітей з ЦП, про які повідомляли фахівці (логопеди, лікарі, психологи). Усі респонденти підтвердили наявність у таких дітей різноманітних супутніх порушень, зокрема мовленнєвих, психологічних, сенсорних, а також РАС і епілепсії (як симптом або синдром залежно від форми ЦП). Виявлена неоднорідність та неузгодженість відповідей фахівців і батьків свідчить про різне розуміння психомовленнєвого статусу дитини з ЦП.

100 % опитаних спеціалістів зазначили наявність мовленнєвих порушень, які проявлялися такими симптомами: дисфункція периферичного артикуляційного апарату (порушення жування, ковтання, пиття), порушення дихання та відставання в психофізичному розвитку. Аналіз відповідей підтвердив попередні припущення про доцільність віднесення дітей з ЦП до «групи логопедичного ризику». За оцінкою фахівців, ці симптоми найчастіше свідчать про дизартрію, що підтверджено численними емпіричними дослідженнями (рис. 7).

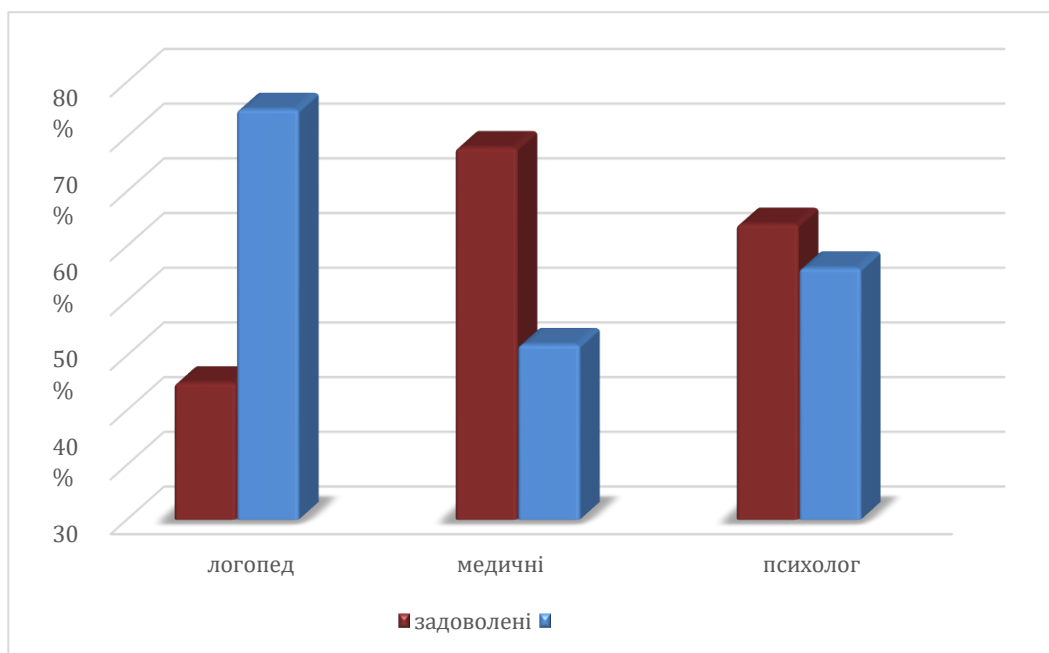


*Рис. 7. Спільна оцінка батьками та спеціалістами всіх видів порушень, що супроводжують церебральний параліч.*

Самооцінка знань фахівців стимулює подолання перешкод на шляху до повноцінного впровадження логопедичного супроводу, зокрема забезпечення належної професійної підготовки спеціалістів для командної роботи.

У професійних анкетах для фахівців було включено питання щодо самооцінки їхніх когнітивних навичок та вмінь (рис. 8). Респонденти зазначали, що їм бракує методичної літератури та вони не цілком задоволені власною підготовленістю до роботи з дітьми з ЦП. Особливо це стосується логопедів, які прагнуть постійно підвищувати рівень своїх професійних компетенцій та отримувати нові знання про особливості роботи з дітьми з ЦП.

Логопеди відзначають, що для підвищення ефективності своєї діяльності їм необхідні україномовні посібники та методичні матеріали, адаптовані програми та методики для роботи з дітьми раннього віку з ЦП, практично-методично обґрунтовані наукові матеріали для роботи з дітьми та їхніми родинами, а також відео-матеріали для практичної роботи. Подібні потреби були зафіксовані й у відповідях інших фахівців, що підтверджує актуальність цієї проблеми.



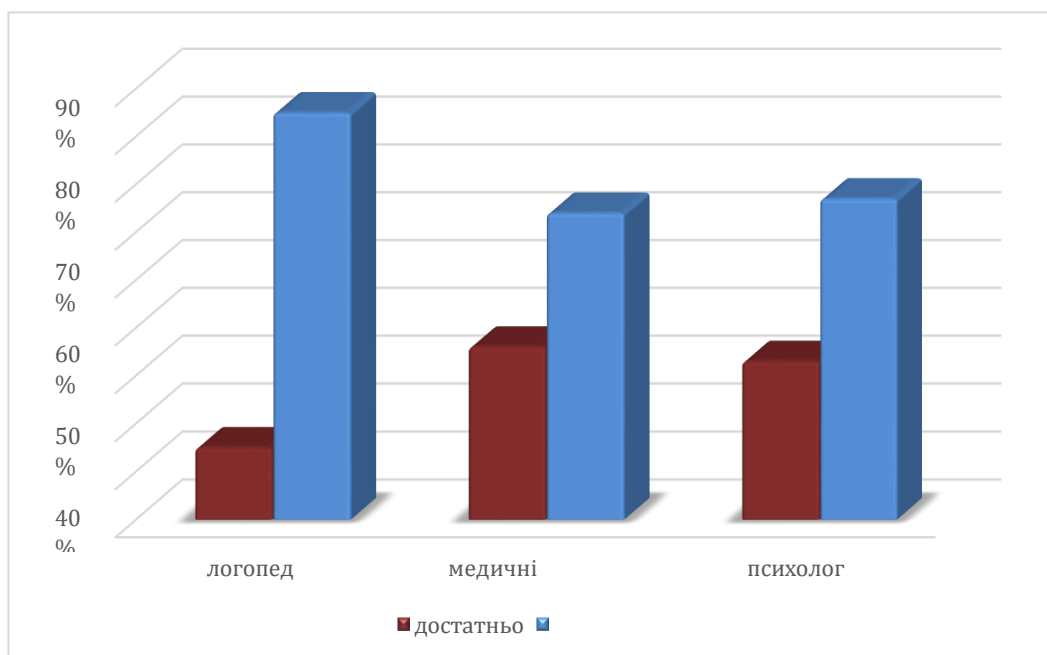
*Рис. 8. Визначення рівня підготовленості міждисциплінарної команди до взаємодії з дітьми з ЦП та їхніми батьками.*

Важливим завданням було з'ясувати, наскільки фахівці обізнані щодо мовленнєвих порушень у дітей з ЦП. Майже всі опитані відзначили, що найпоширенішими у дітей з ЦП є дизартрія, затримка мовленнєвого розвитку та

загальне недорозвинення мовлення; рідше зустрічаються моторна алалія, заїкання та інші мовленнєві порушення, а також комбіновані форми порушень. Особливу увагу привертає той факт, що медичні фахівці, керуючись постановою Національної служби здоров'я України (дані НСЗУ) [15], встановлюють мовленнєвий діагноз лише після 4 років, часто без участі логопеда та його висновку. У той же час загальновідомо, що мовленнєві порушення при ДЦП проявляються значно раніше. Внаслідок цього діти з ЦП до 4 років зазвичай не отримують належної логопедичної допомоги та супроводу. Водночас, з аналізу відповідей логопедів і психологів констатуємо, що вони вважають за необхідне починати корекційно-педагогічну, зокрема логопедичну, роботу вже з перших проявів ДЦП.

*Мотиваційно-ціннісний компонент.* Для дослідження було важливо визначити, наскільки фахівці (медичні працівники, логопеди, психологи) розуміють поняття «супровід». Аналіз відповідей показав, що уявлення про цей процес у повному обсязі практично не сформоване, проте спостерігається правильний хід думок. Це підкреслює необхідність ознайомлення фахівців із автентичним визначенням супроводу у системі міжгалузевих понять, а також здобуття знань щодо впровадження логопедичного супроводу у роботу з дітьми раннього віку з ЦП.

Реалізація комплексного підходу на місцях роботи виявилася надзвичайно обмеженою у роботі з дітьми з ЦП (рис. 9). Водночас є підстави стверджувати, що протягом останнього року кількість установ, які забезпечують комплексний підхід у роботі з дітьми раннього віку з ЦП, зростає. Це, передусім, пов'язано з активізацією реалізації концепції послуги раннього втручання [10].



*Рис.9. Здійснення комплексного підходу в роботі установ різного профілю.*

Відзначимо, що 100 % опитаних фахівців відчують труднощі при організації взаємодії з дитиною з ЦП та її родиною. Логопеди найбільше виділяють організаційні проблеми (56,8 %), змістові (36,7 %) та міжособистісні (18,6 %). Незважаючи на це, вони намагаються подолати труднощі шляхом проведення консультацій для батьків, бесід, залучення адміністрації закладів, використання ігрових методик для впливу на дитину, детального вивчення індивідуальних особливостей, планування корекційної роботи та співпраці з іншими спеціалістами, а також застосування альтернативних засобів комунікації.

Особливу увагу слід звернути на проблеми медичних фахівців. Основні труднощі під час лікування дітей з ЦП пов'язані з контролем м'язів, непорозуміннями з батьками, відсутністю системності впливу, психологічними та соціальними факторами, а також обмеженою доступністю допомоги. Лікарі відзначають, що батьки здебільшого відвідують спеціалістів лише у перший рік життя дитини, а до реабілітологів звертаються тільки на третьому році життя, що ускладнює досягнення результатів, адже втрачається критичний період нейропластичності. Це свідчить про низький рівень міжгалузевої взаємодії, яку

регулюють державні органи. Медичні фахівці виділяють основні фактори, що стримують розвиток дитини: порушення головного мозку, проблеми дихання, відсутність реабілітації, порушення кінестетичного та акустичного сприймання, серцево-судинні порушення. При цьому 35,4 % медичних працівників зазначають, що головною проблемою є недостатня участь батьків у процесі лікування, яка зумовлена їхнім нерозумінням складності порушення та інфантильним ставленням до лікування. Для подолання труднощів фахівці використовують індивідуальний підхід, проводять бесіди з батьками щодо специфіки порушень, залучають інших спеціалістів і перенаправляють дітей до більш адаптованих закладів, часто приватних.

За даними психологів, найбільше їх турбують організаційні проблеми (58,06 %), міжособистісні (54,8 %) та змістові (45,16 %). Це свідчить про необхідність не лише поглиблення знань щодо особливостей розвитку дітей з ЦП, а й розширення розуміння психологічних характеристик батьків. Нагальною залишається потреба у міжгалузевій системній підтримці та супроводі. Незважаючи на труднощі, психологи самостійно намагаються вирішувати проблеми: адаптують корекційний матеріал та середовище до потреб дитини, проводять тренінги для батьків з тем «Врегулювання міжособистих відносин» та «Попередження булінгу», залучають адміністрацію закладу та батьків до занять, беруть участь у супервізіях тощо. При цьому 59,6 % опитаних відзначають, що обов'язкова участь батьків є ключовою умовою ефективної роботи з дитиною з ЦП.

Згідно з отриманими даними, рівень організованої допомоги з боку фахівців різних установ щодо підтримки та консультування батьків дітей з ЦП у перші роки життя залишається недостатнім. Аналіз організації логопедичного супроводу показав, що допомога дітям з ЦП здебільшого спрямована на подолання клінічних проявів хвороби (медикаментозна терапія, лікувальна фізкультура, масаж, рефлексотерапія, бальнеотерапія, гальванічні ванни, електростимуляція м'язів, електрофорез, механотерапія тощо). Лише після стабілізації або зменшення вираженості симптомів церебрального паралічу до

корекційно-лікувального процесу залучають педагогічні методи, зокрема розвиток мовлення.

При цьому, допомога надається переважно частково (наприклад, протягом одного місяця), що не забезпечує підтримання досягнутого рівня розвитку дитини між заняттями. Це підкреслює необхідність активного залучення батьків у процес роботи з дитиною. Фахівці, взаємодіючи з дитиною, водночас повинні формувати у батьків знання, навички та вміння, які вони зможуть застосовувати у домашніх умовах.

Вказане свідчить про необхідність перегляду змісту корекційно-абілітаційної та реабілітаційної допомоги дітям з ЦП і їхнім родинам. Нагальною є потреба впровадження системного логопедичного супроводу таких дітей та їх сімей із підтримкою та регулюванням державних інстанцій у межах стійкої міжгалузевої взаємодії.

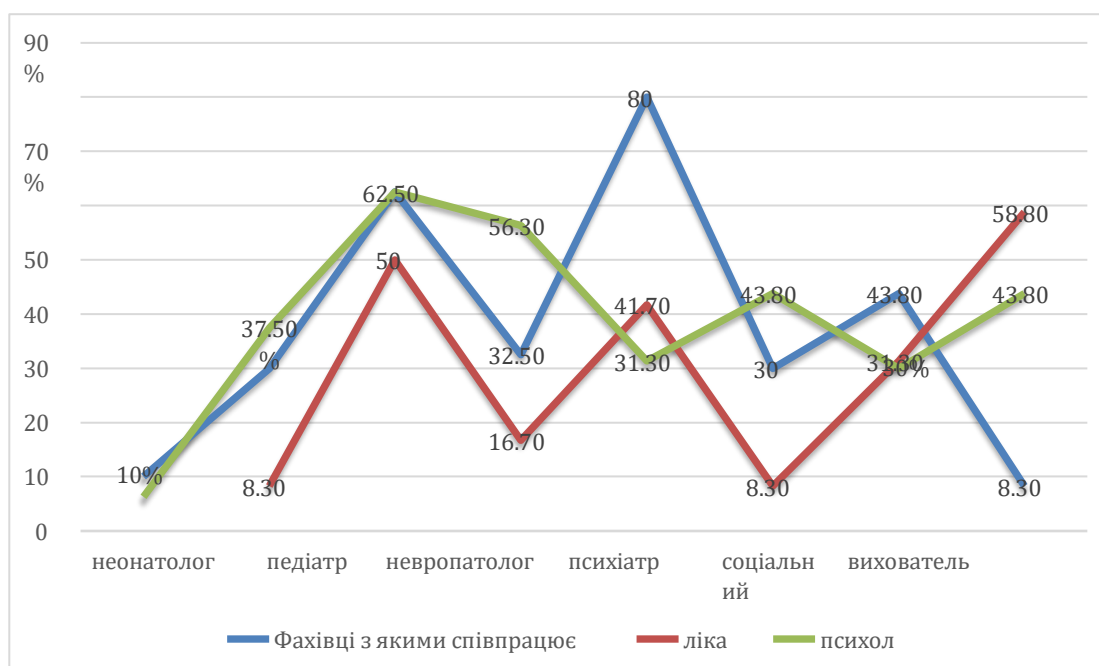


Рис. 10. Міждисциплінарна взаємодія професіоналів.

Аналіз діаграми міжгалузевої взаємодії (рис. 10) показав, що саме логопеди демонструють найбільшу зацікавленість у співпраці з фахівцями інших галузей, що свідчить про їхню усвідомлену мотивацію та готовність до

ефективної взаємодії навіть за складних умов.

Рівень міжгалузевої взаємодії фахівців у заходах щодо організації роботи з дітьми раннього віку з ЦП оцінювався за двома показниками: достатній та недостатній. Достатній рівень визначався у разі правильних відповідей, недостатній – якщо відповідь була відсутня або неправильною, заперечливою. Кількісне значення кожної складової рівня міжгалузевої взаємодії розраховувалося як середнє за відповідною формулою:

$$\bar{x} = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n x_i = \frac{1}{n} (x_1 + \dots + x_n).$$

Таблиця 3

### Оцінка структури та якості міждисциплінарної комунікації цих фахівців

	Логопеди		Медичні фахівці		Психологи	
	Достатній	Недостатній	Достатній	Недостатній	Достатній	Недостатній
<i>аксіологічний</i>	80,3 %	19,7 %	93,7 %	6,2 %	96,7 %	3,3 %
<i>мотиваційно-ціннісний</i>	51,9 %	48,1 %	70,8 %	26,04 %	59,6 %	40,3 %
<i>когнітивний</i>	62,7 %	37,3 %	81,2 %	18,7 %	82,2 %	17,7 %
<i>діяльнісний</i>	74,5 %	25,5 %	68,7 %	63,2 %	90,3 %	9,7 %
<b>Середнє значення</b>	<b>67,6 %</b>	<b>32,4 %</b>	<b>79,1%</b>	<b>20,8 %</b>	<b>82,2%</b>	<b>17,7%</b>

Узагальнені результати дослідження другого блоку підготовчого етапу свідчать про відсутність узгодженої міжгалузевої взаємодії фахівців, що потребує термінового перегляду підходів до організації лікувально-реабілітаційного та корекційно-розвиткового середовища для дітей з ЦП. Досягнення ефективності можливо лише за умови створення комплексного міжгалузевого логопедичного супроводу дітей раннього віку з ЦП із забезпеченням його впровадження та контролю на державному рівні.

### 2.3. Методичне забезпечення логопедичної допомоги дітям раннього віку з церебральним паралічем.

Методичний інструментарій забезпечує реалізацію логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП та сприяє розвитку таких сфер: дрібної моторики та праксису; рухової уваги та концентрації; домовленнєвого та мовленнєвого розвитку, а також комунікативної активності; емоційно-соціальної та когнітивної основи мовлення дитини раннього віку з ЦП.

Таблиця 4.

**Активізація дрібної моторики, праксичних здібностей, фокусування уваги та концентрації у дітей з ЦП на ранньому етапі розвитку.**

Віковий період	Вік дитини	Заходи для розвитку рухливості рук та тіла дитини з ЦП	Обладнання
Домовленнєвий період	1-3 місяці Розвиток вміння фіксувати погляд – розглядати іграшки.	Навколо дитини розміщуємо яскраві іграшки та предмети, що можуть видавати звучання. Предмети повинні бути безпечними та легко вкладатися дитині у руку.	Брязкальця, дзвіночок, ложка, кільце, стрічка, брязкальце-гірлянда тощо.
	4-9 місяців Розвиток та удосконалення вміння слідкувати за предметами.	Стимулюємо функцію активного мимовільного захвату предмету. Розміщуємо яскраві іграшки так, щоб дитина їх могла захопити. Пропонуємо дитині іграшки та предмети, різні за величиною, кольором, звучанням.	Різнокольорові іграшки, брязкальця (різні за величиною, фактурою, звучанням), стрічки (різної фактури, товщини).

Ініціальний період	<p><i>10-18 місяців</i> Розвиток активності руки та пальців.</p>	<p>Ігри: переливання води, використання втулок та вкладишів, а також завдання, що стимулюють рух великого пальця та інших фаланг руки. Активізація вказівного пальця: ігри з пластиліном та іншими предметами, що вимагають активної участі вказівного пальця — проштовхування помпона через отвір, розплющування горошини з пластиліну, ігри з поп-ітами, розмазування крапель кольорової води тощо.</p>	<p>Склянки, коробочки, іграшкові чашки, вкладиші, великі кришки тощо.  Пластилін, склянки для пензликів, поп-іт, помпони, силіконові долоньки, пальчиковий театр тощо.</p>
Ранній період розвитку ФСММ	<p><i>18-36 місяців</i> Удосконалення маніпулювання предметами та іграшками, активізація дворучної діяльності.</p>	<p>Ігри та ігрові ситуації на удосконалення рухів обох рук та пальців рук.</p>	<p>Кубики (дерев'яні, пластикові, м'які), сквіші, магнітні конструктори, Lego-duplo та інші види конструкторів; пісок, кінетичний пісок, гідрогелеві кульки; природні матеріали, такі як шишки, жолуді, каштани, мушлі та інші.</p>

	<p><i>3 роки</i></p> <p>Зорово-моторні навички: зорове сприймання цілого предмету. Увага до рухів рук при маніпулюванні предметами.</p>	<p>Ігрові вправи та завдання, спрямовані на розвиток гнозису та праксису, такі як застібання гудзиків, маніпуляції зі змійкою, конструювання простих схем і пірамід тощо.</p>	<p>Олівці, пластилін, будівельні кубики, конструктори, бізіборди, бізікуби, розвивальні планшети, ортопедичні килимки та сенсорні м'ячики..</p>
--	---	---	---

Примітки: заняття з дитиною слід починати з формування позитивного емоційного настрою. Спершу демонструємо необхідну дію, викликаючи можливу позитивну реакцію дитини, після чого пропонуємо дитині спробувати самостійно виконати завдання, спостерігаючи за успіхом та за потреби надаючи допомогу. Вправу повторюють кілька разів протягом дня, щодня протягом 2–3 днів, після чого завдання ускладнюють або переходять до іншої гри.

*Таблиця 5.*

**Заходи, спрямовані на розвиток комунікативних та мовленнєвих здібностей дітей раннього віку з ЦП, починаючи з домовленнєвого періоду.**

Віковий період	Вік дитини	Заходи для стимулювання, розвитку та корекції домовленнєвого та мовленнєвого розвитку дитини раннього віку з ЦП	Обладнання
Домовленнєвий період	<i>1-3 місяці</i>	Тактильний вплив на органи артикуляційного апарату, спрямований на підвищення рухливості губ. Корекція розміру отвору пустушки під час годування. Розвиток слухового сприймання та слухо-зорової уваги шляхом подавання звуків різної інтенсивності. Стимулювання появи гуління. Формування позитивної реакції дитини на усміхнене обличчя дорослого. Використання ігор на зразок «хованок» для викликання позитивних голосових реакцій. Застосування тактильного контакту в поєднанні з мовленнєвим супроводом для активізації позитивних реакцій	Ложка, шпатель, рука, лід, тепла серветка, дзвіночок, брязкальце, дзеркало та інші допоміжні засоби.

	дитини, зокрема вокалізацій та гуління.	
4-10 місяців	<p>Артикуляційна гімнастика включає пасивні рухи органів мовлення: розтягування та зведення губ, формування зморщок до появи легкого опору. Смоктальний рефлекс активізують, підносячи до вуст дитини пустушку чи їжу. Під час годування застосовують легке натиснення ложкою, пальцем або шпателем на кінчик язика. Жувальні рухи стимулюють, м'яко підштовхуючи нижню щелепу вгору у момент прийому їжі. Додатково використовують різні вправи на подолання опору. Паралельно активізують гуління та заохочують появу лопотливих звуків.</p>	Пустушка, харчові продукти, ложка, шпатель, різні брязкальця, дзеркало та інші допоміжні предмети.
Ініціальний період	<p>Відпрацювання навичок жування та ковтання. Здійснення пасивних підтримувальних рухів нижньої щелепи вгору та вниз. Застосування звукових іграшок для демонстрації та стимулювання вокалізації з метою розвитку зорово-рухової координації й ритмічності. Формування фонематичного та фонетичного слуху, а також слухової уваги. Закріплення зв'язку між словом і предметом, його просторовим розташуванням та рухами. Розвиток уміння давати або брати названий дорослим предмет із запропонованих варіантів. Заохочення дитини до називання простих об'єктів і дій у відповідь на звернення дорослого. Формування інтонаційної виразності голосу через використання вправ і завдань зі звуконаслідування.</p>	Брязкальця, предмети побуту, іграшки, книжки, картинки, відео- матеріали, музичні інструменти тощо.

Ранній період розвитку ФСММ	18-36 місяців	<p>Формування навичок фізіологічного дихання та здатності спрямовано видихати повітря на об'єкти. Виконання комплексу артикуляційної гімнастики для губ, язика, нижньої щелепи та щік. Активізація інтересу дитини до нових предметів. Ознайомлення з об'єктами навколишнього середовища через залучення всіх доступних сенсорних каналів. Створення бездоганного мовленнєвого оточення, фокусуючи увагу дитини на правильній артикуляції та чіткій вимові. Постійне словесне супроводження дій упродовж дня для підтримання уваги дитини до предметів і явищ довкілля. Формування навички інтонування під час діалогічної взаємодії. Використання у спілкуванні простих і зрозумілих для дитини слів і речень.</p>	<p>Пір'інка, свічка, султанчик, мильні бульбашки, різні іграшки, ароматичні палички, харчові продукти, дзеркало, зображення, книги, відеоматеріали, логопедичні зонди (для фахівців-логопедів) та інші засоби.</p>
	3 роки	<p>Створення умов, у яких дитина може максимально проявити свою мовленнєву активність і отримати можливість висловлюватися. Демонстрація та пояснення зображень, де використано слова зі звуками раннього онтогенезу. Застосування ігор типу лото, сортерів, пазлів. Формування вміння розпізнавати звуки живої та неживої природи та заохочення спонтанного мовлення. Читання книг, опис ілюстрацій та життєвих ситуацій. Розвиток зосередженої слухової уваги.</p>	<p>Фарби, ілюстрації, пластилін, лото, брязкальця, різноманітні іграшки та предмети, логопедичні та нейрокілімки, нестандартні логопедичні матеріали, елементи спортивного обладнання тощо..</p>

Примітки: Заняття з дітьми починаємо з формування позитивного емоційного настрою. Спершу встановлюємо зоровий контакт, розпочинаємо емоційне спілкування та стимулюємо мовленнєву активність дитини, залучаючи до цього членів родини, особливо батьків і сиблінгів. Вправу повторюємо кілька разів протягом дня, щодня протягом 2–3 днів, після чого завдання ускладнюємо або переходимо до іншої гри.

Таблиця 6

**Корекційна робота над когнітивною та соціально-емоційною  
готовністю до мовлення у дітей раннього віку з ЦП**

Віковий період	Вік дитини	Заходи спрямованні на формування комунікативної активності та розвиток емоційно-соціальної бази мовлення	Обладнання
Домовленнєвий період	1-3 місяці	Тілесно-емоційний контакт з близькою людиною (мамою, татом, та ін.). Позитивно-емоційне спілкування, що є результатом основних соціальних потреб немовляти у догляді, піклуванні, харчуванні, що зумовлює реакцію дитини у вигляді посмішки, комплексу очікування, комплексу поживлення, перші спроби комунікації, емоційно-соціального контакту.	Теплі обійми близької людини для дитини. Позитивно-емоційно налаштована доросла людина. Домашні тваринки.

	<i>4-10 Місяців</i> Необхідність соціально-емоційних контактів.	Формування емоційно-виразних та мовленнєвих реакцій на подію, що пов'язанні з взаємодією з дорослим у вигляді звукових комбінацій наближених до фонем рідної мови. Демонстрація та пояснення різних емоційних станів дитини. Спонування до наслідування реакції, спонування до ведення елементарного виду діалогу у вигляді питально-відповідальної взаємодії.	Іграшки, м'ячики, брязкальця, хустинки, кубики та інші предмети, що сприятимуть формуванню комунікації та розвитку емоційно-соціальної бази мовлення.
Ініціалний період	<i>11-18 місяців</i>	Зосередження уваги дитини на комунікативній діяльності оточуючих, сприяння комунікативній активності. Формування здатності до прогнозування своєї діяльності. Формування, удосконалення навичок вимови звуків рідної мови (голосних, губних, задньоязикових приголосних). Стимулювання для відтворення ритмічних малюнків. Розуміння слів «не можна», «на», «дай», «так», «добре», «молодець», «бери».	Іграшки, сюжетні картинки, кубики, пазли (2 частини), половинки, сортер, великий блочний конструктор, відео-матеріали, «Ступалки-логос» (М. Єфименко).
	<i>18-36 місяців</i>	Удосконалення емоційного спілкування із оточуючим світом. Удосконалення програмування своєї діяльності та формування діяльності інших. Сприяння наслідуванню дорослого у вимові простих слів, називання предметів складами, словами.	Іграшки, сюжетні картинки, кубики, пазли (2 частини), половинки, сортер, великий блочний конструктор, Lego- конструктор, мозаїка, колючки, вібромасажери, пневматичні сходишки, відео-матеріали, логодрабинки, логокилимки, дерев'яні конструктори та ін.
Ранній період розвитку ФСММ	<i>3 роки</i>	Спеціально облаштоване безбар'єрне середовище, що спонукає дитину до прояву емоцій та навичок комунікації. Стимулювання здатності виокремлювати предмети	

	<p>оточення, їх називання, Демонстрування емоційної реакції. Спонування прояву комунікації до оточення. Формування розуміння питань «хто?», «що?», «де?». Називання предметів побуту та оточення. Формування Егоцентричного мовлення дитини, Стимулювання використання слів «я», «ти» у мовленні дитини.</p>	
--	--	--

Примітки: Заняття з дітьми починаємо з налаштування позитивного емоційного фону. Спершу встановлюємо зоровий контакт, розпочинаємо емоційне спілкування та стимулюємо мовленнєву активність дитини, залучаючи до цього членів родини, особливо батьків та сиблінгів. Вправу повторюють кілька разів протягом дня, щодня протягом 2–3 днів, після чого завдання ускладнюють або переходять до іншої гри. Використання набутих навичок є обов'язковим для розвитку емоційно-соціальної та когнітивної бази мовлення дитини раннього віку з ЦП.

Важливим у роботі з дітьми раннього віку з ЦП є застосування диференційованих видів масажу та вібромасажу відповідно до потреб і стану дитини, спираючись на наукові дослідження та методичні рекомендації В. Галущенко, А. Голуб, С. Коноплястої, Н. Пиляєвої, О. Arkhipova, L. Belyakova, О. Prykhodko, S. Tomilinoї. При проведенні масажу використовують спеціально створені інструменти: зонди, логостимулони та інші предмети-замінники зондів. Важливим є також навчання батьків базовим масажним вправам (загальному та артикуляційному масажу) для виконання вдома з дитиною.

Крім того, варто зазначити основні клініко-логопсихосинергетичні умови організації логопедичного супроводу дітей раннього віку з ЦП та їх родин:

- \* ранній початок корекційно-абілітаційної роботи;
- \* міжгалузевий та синергетичний підхід, неперервність супроводу;
- \* використання збережених функцій та систем організму;

- \* сенсорна інтеграція;
- \* застосування гри всіх форм і видів для розвитку та корекції;
- \* логопедизація щоденних рутин дитини;
- \* забезпечення морфофункціональної готовності;
- \* активізація всіх систем організму;
- \* масаж для розвитку загальної, дрібної та артикуляційної моторики;
- \* ретельно підібрані іграшки для дитини раннього віку з ЦП;
- \* хендлінг дитини;
- \* активна участь та позитивна позиція батьків у реалізації індивідуальної програми логопедичного супроводу.

Для сімейноорієнтованого сегменту створено методичні матеріали для батьків, що сприяють підвищенню рівня їх логокорекційно-просвітницької культури.

### **Висновки до другого розділу**

У другому розділі наукового дослідження для реалізації діагностичного маршруту було модифіковано міжгалузевий інструментарій з метою виявлення особливостей психофізичного розвитку дітей з ЦП, рівня логокорекційно-просвітницької культури батьків, їх готовності до взаємодії з командою фахівців (логопед, лікарі, психолог), а також рівня міжгалузевої взаємодії спеціалістів та готовності фахівців до співпраці з батьками дітей з ЦП.

Розроблений сучасний дизайн діагностичного дослідження та відповідний інструментарій дозволили оцінити актуальний стан логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП. Було визначено діагностичні показники для кожного учасника супроводу та розроблено систему їх оцінювання. Отримані кількісні та якісні дані підтвердили, що сучасна організація та зміст корекційно-реабілітаційної роботи з дітьми раннього віку з ЦП є недосконалими, недостатньо узгодженими міжгалузево, що не створює умов для повноцінного логопедичного супроводу та гармонійного розвитку потенційних можливостей дитини.

За результатами констатувального дослідження визначено основні бар'єри логопедичного супроводу:

- \* широкий спектр труднощів у психофізичному розвитку дітей раннього віку з ЦП з самого початку життя;
- \* віднесення дітей раннього віку з ЦП до групи «логопедичного ризику»;
- \* критично низький рівень знань фахівців та батьків щодо особливостей розвитку дітей раннього віку як у нормі, так і з ЦП;
- \* труднощі в організації та забезпеченні роботи логопеда з батьками та іншими фахівцями (лікар, психолог, реабілітолог тощо);
- \* відсутність обов'язкових державних програм та змісту раннього логопедичного супроводу;
- \* проблеми з доступністю закладів, що надають логопедичні послуги;
- \* низький рівень логопедичної обізнаності батьків;
- \* недостатня міжгалузева взаємодія між установами охорони здоров'я та освіти для координації зусиль у сфері логопедичного супроводу дітей раннього віку з ЦП.

Узагальнення результатів констатації підтвердило необхідність організації сучасного логопедичного супроводу дітей з ЦП саме з раннього віку у медико-логопсихологічній площині за участі відповідної міжгалузевої команди фахівців.

## ВИСНОВКИ

Теоретико-експериментальне дослідження проблеми логопедичного супроводу дитини раннього віку з церебральним паралічем та аналіз результатів дослідження дозволили зробити такі висновки:

*Відповідно першого завдання дослідження* проаналізовано сучасні теоретичні підходи щодо етіології, патогенезу та класифікації дитячого церебрального паралічу у контексті медичних, психологічних та логопедичних викликів. Системний науково-теоретичний аналіз теми дослідження виявив стійку тенденцію до зростання числа дітей з ЦП, багатоваріантність трактувань понять «дитячий церебральний параліч», «логопедична допомога» та «логопедичний супровід», а також різнобічність підходів до оцінки особливостей розвитку таких дітей. Було також виявлено наявність протиріч між сучасними вимогами та можливостями дітей з ЦП щодо їх підготовки до інтеграції в освітнє середовище вже з раннього віку.

*Відповідно другого завдання дослідження* здійснено порівняльний аналіз нормативного мовленнєвого онтогенезу та особливостей мовленнєвих порушень у дітей раннього віку з ДЦП. Порівняльний аналіз мовленнєвого онтогенезу дітей раннього віку в нормі та з ЦП показав, що всі діти з ЦП від самого початку розвитку мають труднощі у формуванні мовлення. Аналіз існуючих лікувально-абілітаційних, реабілітаційних та корекційно-розвиткових програм виявив, що вони зазвичай охоплюють лише окремі аспекти розвитку дитини з ЦП. При цьому недостатньо організована та забезпечена міжгалузева взаємодія щодо психомовленнєвого розвитку таких дітей. Розроблений сучасний дизайн діагностичного дослідження та відповідний інструментарій дозволили оцінити актуальний стан логопедичного супроводу дітей раннього віку з ЦП. Було визначено та обґрунтовано базові структурні компоненти логопедичного супроводу та встановлено їхні діагностичні критерії й показники. Отримані кількісні та якісні результати свідчать, що сучасна організація та зміст корекційно-

реабілітаційної роботи з цією категорією дітей залишаються недосконалими та недостатньо міжгалузево узгодженими, що ускладнює забезпечення повноцінного логопедичного супроводу і створення умов для гармонійного розвитку потенційних можливостей дитини раннього віку з ЦП.

*Відповідно третього завдання дослідження* визначено рівень обізнаності та активності батьків у реалізації корекційно-розвивальної роботи з дітьми раннього віку, які мають ДЦП, та виявлено їхні потреби у психолого-педагогічній підтримці. Стан розвитку дітей раннього віку з ЦП з самого початку характеризується широким спектром труднощів, що обмежують ефективний психофізичний розвиток. Ця категорія дітей належить до групи «логопедичного ризику». Спостерігається критично низький рівень знань як фахівців, так і батьків щодо особливостей розвитку дітей раннього віку в нормі та при ЦП. Існують значні труднощі в організації та забезпеченні роботи логопеда у співпраці з батьками та іншими фахівцями (лікарями, психологами, реабілітологами тощо). Відсутні загальнообов'язкові державні програми та визначений зміст раннього логопедичного супроводу, а також проблеми з доступністю закладів, які надають такі послуги. Додатково спостерігається низький рівень логопедичної освіченості батьків та недостатня міжгалузева взаємодія між державними установами охорони здоров'я та освіти, що ускладнює координацію зусиль для забезпечення логопедичного супроводу дітей раннього віку з ЦП.

Узагальнені результати дослідження підтвердили необхідність організації та змістового наповнення сучасного логопедичного супроводу дітей з ЦП з раннього віку на основі медико-логопсихологічного підходу за участі міжгалузевої команди фахівців.

*Відповідно четвертого завдання дослідження* досліджено рівень взаємодії та координації діяльності міжгалузевої команди фахівців (логопедів, реабілітологів, педіатрів, психологів) в організації комплексного логопедичного супроводу дитини раннього віку з ДЦП. Узагальнені результати констатувального етапу підтвердили необхідність організації та

змістового забезпечення сучасного логопедичного супроводу дітей з ЦП вже з раннього віку в медико-логопсихологічній площині за участі міжгалузевої команди фахівців на державному рівні.

Обґрунтовано концептуальні засади логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП. Логопедичний супровід визначено як міжгалузевий, синергійний і неперервний процес, що забезпечує створення логопедизованого простору для дитини та її родини. Важливою складовою цього супроводу є узгоджена діяльність команди фахівців і сім'ї дитини, починаючи з моменту виявлення проблеми, з позиції сімейно-центрованого підходу (діти до трьох років та родина як єдине ціле). Доведено доцільність початку логопедичного супроводу відразу після постановки клінічного діагнозу «дитячий церебральний параліч».

Різноманітність змісту та методів взаємодії міжгалузевої команди з дитиною та її родиною забезпечує доступність, мобільність і гнучкість логопедичного втручання. На основі методики ранньої логоінтервенції розроблено методичний інструментарій та практичні кейси заходів для батьків.

*Відповідно п'ятого завдання дослідження систематизовано та проаналізовано методичний інструментарій, що використовується логопедами при супроводі дітей раннього віку з ДЦП, та визначено його відповідність сучасним корекційним вимогам. Модифікований методичний інструментарій дозволяє реалізувати логопедичний супровід дітей раннього віку з ЦП та сприяє розвитку таких аспектів: дрібної моторики та праксису, рухової уваги та концентрації; домовленнєвого та мовленнєвого розвитку, комунікативної активності; емоційно-соціальної та когнітивної основи мовлення дитини раннього віку з ЦП.*

Варто зазначити, що проведене дослідження не охоплює всі аспекти проблеми логопедичного супроводу дітей раннього віку з ЦП. Подальші дослідження можуть бути спрямовані на розробку змісту логопедичного

супроводу дітей різного віку з іншими нозологіями, які супроводжуються логопатологією.