

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ МИХАЙЛА ДРАГОМАНОВА

Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису

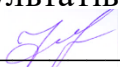
СИНИЦЯ АЛІНА ОЛЕКСАНДРІВНА

УДК 376-056.264-056.29/.34-053.4

ДИСЕРТАЦІЯ
**ЛОГОПЕДИЧНИЙ СУПРОВІД ДИТИНИ РАНЬОГО ВІКУ
З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ**

13.00.03 – корекційна педагогіка

Подається на здобуття наукового ступеня кандидата педагогічних наук
Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело



А. О. СИНИЦЯ

Науковий керівник:
доктор педагогічних наук, професор
Конопляста Світлана Юріївна

Київ – 2024

АНОТАЦІЯ

Синиця А.О. Логопедичний супровід дитини раннього віку з ЦП. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата педагогічних наук зі спеціальності 13.00.03 – корекційна педагогіка. – УДУ імені Михайла Драгоманова. – Київ, 2024.

Демократизація та гуманізація сучасного освітнього простору вимагає підвищеної уваги суспільства до проблем дітей з особливими освітніми потребами. Сучасність, враховуючи вплив та наслідки кризової ситуації в країні, вимагає переосмислення ролі освіти у розв'язанні наслідків несприятливих умов життя та визнання безперечної вагомості абілітаційного/реабілітаційного фактору як феномену життєзабезпечення кожної дитини, яка потребує якісного покращення процесу соціалізації. Сьогодні ставить перед суспільством надзавдання – унеможливити випадки соціальної ізоляції дітей з особливими освітніми потребами, забезпечити відповідні умови розширення кордонів безбар'єрного простору для їх освітньої інтеграції. Це є одним із пріоритетів Національної стратегії розвитку освіти в Україні сьогодні.

Вищезазначене стосується передусім дітей з церебральним паралічем (далі – ЦП). Діти з ЦП складають чисельну групу (згідно зі статистикою World Cerebral Palsy Day, сьогодні у світі більш ніж 17 мільйонів людей з ЦП), що потребують не лише міждисциплінарної, а й міжгалузевої взаємодії, яка забезпечить більш об'ємне розуміння сутності проблем розвитку таких дітей та уможливить безболісну ефективну інтеграцію в освітній простір. Таким ефективним напрямом є логопедичний супровід дитини з ЦП, починаючи з раннього віку.

Період розвитку дитини від народження до трьох років – це час виняткової чутливості до впливу навколишнього середовища; час, що має визначальну роль у формуванні архітектури мозку; час формування якості структур та функцій мозку, що створює або стійку, або крихку основу для всіх наступних моделей взаємодії з оточуючим середовищем, отримання та обробки життєвого досвіду.

Організуючи взаємодію із дітьми раннього віку з ЦП, слід враховувати особливості мозку, а саме його нейропластичність, пов'язану зі здатністю нервової

системи (нейронних мереж) змінюватися на підставі досвіду на клітинному, метаболічному або анатомічному рівнях (K. Nelson). Ця здатність уповільнюється з плином часу, тим самим втрачається сензитивність даного віку, що обумовлює уповільнення і навіть унеможливлення процесів гармонійного розвитку дитини.

Ранній вік є надважливим для повноцінного розвитку дитини. Безперечно, завжди у цей період клінічна абілітація/реабілітація є основною та розпочинається з моменту виявлення перших ознак дитячого церебрального паралічу, а складова психолого-педагогічної супроводу відстає та/або часто лишається поза увагою спеціалістів, зокрема логопедів.

Саме впровадження логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП на необхідному рівні та під контролем державних установ як загальнообов'язковий напрям визначає можливості іманентного потенціалу супроводу щодо подолання низки протиріч, а саме: сучасними пріоритетами гуманістичної освіти та процесом виховання особистості з ООП, зокрема дітей з ЦП, за нових соціально-економічних умов та суттєвим відставанням відтворення цих процесів у змісті логопедичного супроводу; викликами сьогодення та недостатністю відповідних фахівців (логопедів) для забезпечення неперервного міжгалузевго логопедичного супроводу дитини з ЦП, починаючи з раннього віку; необхідністю раннього превентивного навчання дитини з ЦП та недостатністю логопсихологічної обізнаності батьків у проблемах розвитку дитини; інтенсивністю розвитку сучасного суспільства та недостатністю варіативних корекційних, психолого-педагогічних технологій, нормативних програм та індикаторів розвитку саме для дітей з ЦП, необхідних для забезпечення їх повноцінної соціалізації та інтеграції в освітній простір; необхідністю міжгалузевго логопедичного супроводу командою відповідних фахівців та відсутністю загальнообов'язкових державних підходів та програм щодо цього.

На даний час немає наукових досліджень, у яких відстежувалися теоретичні та методичні засади логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП, який має забезпечити гармонійний розвиток потенційних психомовленнєвих можливостей дітей, враховуючи нейропластичність мозку та сензитивність даного періоду розвитку. Тож актуальність визначеної проблематики, соціальна значущість, складність та

міжгалузевість проблеми розвитку дитини раннього віку з ЦП, яка вирішується у межах медичної, психологічної, педагогічної, спеціальної педагогічної науки, і водночас недостатня розробленість її у площині змісту абілітаційно/реабілітаційно-розвиткової логопедичної роботи підтвердило актуальність та зумовило вибір теми дисертаційного дослідження «Логопедичний супровід дитини раннього віку з церебральним паралічем».

Здійснений системний науковий аналіз з теми дослідження показав стійку тенденцію до збільшення кількості дітей з ЦП; багатоваріативність визначення понять «дитячий церебральний параліч», «логопедична допомога», «логопедичний супровід»; багатовекторність трактувань особливостей розвитку дітей з ЦП; наявність протиріч між вимогами сьогодення та можливостями таких дітей при підготовці їх до інтеграції в освітній простір, починаючи з раннього віку. Теоретичний аналіз мовленнєвого онтогенезу дитини раннього віку в нормі та з ЦП довів, що усі діти з ЦП представляють собою «групу логопедичного ризику». Аналіз змісту існуючих лікувально-абілітаційних/реабілітаційних та корекційно-розвиткових програм засвідчив, що вони базуються лише на формуванні однієї або декількох складових розвитку дитини з ЦП. Відчутною є недостатність організації міжгалузєвого підходу до психомовленнєвого розвитку дітей раннього віку з ЦП.

Розроблено сучасний дизайн діагностичного дослідження та необхідний інструментарій, який дозволив визначити актуальний стан логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП. Діагностичними маркерами актуального стану логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП та її родини були: 1) стан психомоторного, домовленнєвого та раннього мовленнєвого розвитку; 2) соціально-психологічна характеристика батьків, їх освіченість; 3) готовність батьків співпрацювати з командою фахівців (лікарем, логопедом, психологом); 4) міжгалузєва готовність логопедів співпрацювати з фахівцями (медики, психологи, соціологи) та батьками дітей з ЦП, рівень професійних знань логопедів проблем розвитку, виховання, навчання дітей з ЦП раннього віку; 5) знання щодо організації та змісту логопедичного супроводу фахівцями логопедами, медиками, психологами, їх готовність співпрацювати в одній команді.

З'ясовано, що сучасна організація та зміст корекційно-реабілітаційної роботи із зазначеною категорією дітей є недосконалими, недостатньо міжгалузево узгодженими, що не забезпечує умов для здійснення повноцінного логопедичного супроводу. Логопедичний супровід дітей – це не тільки рух поряд і разом з дитиною та родиною, а це рух попереду, такий, що вказує подальші поетапні орієнтири і шлях до них у зоні «актуального», «найближчого розвитку» дитини.

Логопедичний супровід дитини раннього віку з ЦП – це міжгалузевий, синергійний та неперервний процес забезпечення логопедизованого простору супроводу дитини та її родини. Головною умовою реалізації логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП є діяльність міжгалузевої команди фахівців та родини.

Згідно з результатом констатувального дослідження актуального стану логопедичного супроводу дітей раннього віку з ЦП визначено бар'єри забезпечення логопедичного супроводу. Йдеться про: критично недостатній рівень знань фахівців та батьків про особливості розвитку дітей раннього віку як у нормі, так і з ЦП; труднощі організації та забезпечення роботи логопеда з батьками та іншими фахівцями (лікар, психолог, реабілітолог та ін.); відсутність загальнообов'язкових державних програм та змісту раннього логопедичного супроводу; проблеми з місцем розташування закладів, які мають забезпечувати логопедичний супровід; недостатність чіткої міжгалузевої взаємодії між державними установами охорони здоров'я та освіти у напрямі спільних зусиль до забезпечення логопедичного супроводу дітей раннього віку з ЦП; низький рівень логопедичної освіченості батьків, недостатній рівень підготовки логопедів-практиків до роботи саме з дітьми зазначеної категорії.

Міжгалузева «Комплексна програма логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП» заснована на принципі інтеграції базових ланок процесу логопедичного супроводу, який є спеціально організованим освітнім процесом, основний зміст якого складає професійна взаємодія «команди фахівців» – логопед, лікар, психолог; дитина; родина. Структура міжгалузевої «Комплексної програми логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП» складається з базових компонентів: цільового (мета, принципи, завдання); змістового (етапи, основні види діяльності); лого-превентивного (технологічного) (періоди, напрями, етапи, форми, методи, прийоми, взаємодія) та

контрольного (критерії та показники). Вагомою змістовою складовою логопедичного супроводу була узгоджена робота команди фахівців та родини дитини з ЦП, починаючи з моменту виявлення проблеми з позиції сімейноцентрованого підходу (дитина до трьох років та родина як єдине ціле). Відповідно обґрунтовано, розроблено та впроваджено методикау ранньої логоінтервенції «У ритмі Метелика», основна мета якої – міжгалузева логопревентивна/корекційна робота, спрямована насамперед на активізацію та формування фізіологічних, нейробіологічних, психолінгвістичних навичок домовленнєвого та раннього мовленнєвого періоду розвитку; пропедевтика можливих ускладнень у період раннього віку на засадах міжгалузевого, синергійного, нейролінгвістичного підходів. Методика ранньої логоінтервенції розкриває основні напрями та зміст роботи логопеда з дитиною раннього віку з церебральним паралічем, а також окреслює напрями та зміст логопедичного супроводу сім'ї та корекції батьківсько-дитячих стосунків (автономний сімейно-орієнтований сегмент «LogoАбетка»). В основу цього напрямку покладено системний аналіз складної структури мовленнєвого порушення та його впливу на загальний психомовленнєвий розвиток дитини раннього віку з ЦП. Відповідно окреслених бар'єрів на етапі констатації визначено інтегральний змістовий блок в програмі логопедичного супроводу, змістом якого передбачалося підвищення професійної компетентності логопедів та рівня їх готовності до взаємодії з батьками та іншими учасниками логопедичного супроводу. Поглиблено зміст існуючих та розроблено нові спеціальні освітні компоненти, які успішно реалізують у вищих закладах освіти – спеціальність 016 Спеціальна освіта.

Для ефективної реалізації міжгалузевої «Комплексної програми логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП» використано засоби цифрових технологій для проведення навчально-консультативних воркшопів, семінарів-практикумів, вебінарів, тренінгів, майстер-класів для фахівців та батьків у режимі відеоконференцій на платформі Zoom, Viber, телеграм тощо.

Підтвердженням ефективності впровадження міжгалузевої «Комплексної програми логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП» стало суттєве покращення сенсорно-пізнавального та мовленнєвого розвитку зазначеної категорії

дітей. Впровадження логопревентивного етапу дозволило зменшити прояви неврологічної симптоматики і, відповідно, знизити ризики проявів тяжких дизартричних розладів. Вчасне логозанурення у ранній вік розширило можливості кожної дитини та дозволило визначити максимально сприятливий вектор психомовленнєвого розвитку дитини раннього віку з ЦП, спираючись на природну властивість – нейропластичність дитячого мозку та організму в цілому. Практична реалізація автономного сімейно-орієнтованого сегменту «LogoАбетка» забезпечила повноцінне включення родини у спільний корекційно-розвивальний процес, відчутно підвищила рівень логокорекційно-просвітницької культури батьків у питаннях психомовленнєвого розвитку їхньої дитини, що сформувало готовність до розуміння і підтримки своєї дитини, відкриту позицію у спілкуванні та впевненість у її майбутньому. Зафіксовано суттєве підвищення рівня готовності логопедів для здійснення логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП.

Зреалізована мета та завдання наукового дослідження, доведено ефективність міжгалузевої «Комплексної програми логопедичного супроводу дитини раннього віку».

Широке впровадження у закладах різного підпорядкування міжгалузевої «Комплексної програми логопедичного супроводу дитини раннього віку» забезпечило досягнення мети та вирішення поставлених завдань. Вищезазначене свідчить про ефективність проведеної роботи та доводить необхідність загальнообов'язкового впровадження логопедичного супроводу в роботу з дітьми раннього віку з ЦП як однієї з основних ланок у підготовці дитини до майбутньої інтеграції в сучасний освітній простір в умовах розбудови гуманістичної демократичної держави України.

Наукова новизна одержаних результатів: *вперше:*

- визначено та обґрунтовано критерії готовності логопеда та фахівців (лікарів, психологів) до взаємодії із сім'єю дитини раннього віку з церебральним паралічем;
- встановлено показники готовності батьків дітей з церебральним паралічем до взаємодії з фахівцями міжгалузевої команди;
- обґрунтовано та розроблено міжгалузеву «Комплексну програму логопедичного супроводу дитини раннього віку з церебральним паралічем», що

включає дизайн та його зміст;

- визначено напрями, зміст та шляхи впровадження логопедичного супроводу дитини раннього віку та її родини у роботу закладів різного підпорядкування (лікувальних та освітніх);

- створено та апробовано методичний інструментарій ранньої логоінтервенції «У ритмі Метелика»;

уточнено та поглиблено: - зміст поняття «логопедичний супровід», «логокорекційно-просвітницька культура батьків», «якість життя родини», «якість життя дитини з ЦП»;

- зміст поняття про міжгалузевий підхід щодо дослідження розвитку дитини раннього віку з церебральним паралічем;

- психолого-педагогічні підходи до формування повноцінної особистості дитини з церебральним паралічем та забезпечення «якісного життя» родини такої дитини;

набуло подальшого розвитку: клініко-логопсихологічний напрям в роботі з родиною та командою фахівців, форми взаємодії з родиною, яка виховує дитину з церебральним паралічем із застосування сучасних інформаційних комп'ютерних технологій.

Практичне значення: полягає у тому, що:

- розроблено діагностичний інструментарій визначення стану логопедичного супроводу дитини раннього віку з церебральним паралічем та її родини;

- розроблено міжгалузеву «Комплексну програму логопедичного супроводу дитини раннього віку з церебральним паралічем», апробовано та підготовлено до використання у закладах системи освіти, охорони здоров'я і соціальної допомоги в роботі з родиною, яка виховує дитину раннього віку з церебральним паралічем;

- представлено сучасний дизайн та зміст логопедичного супроводу дитини раннього віку з церебральним паралічем, методикау ранньої логоінтервенції «У ритмі Метелика», автономний сімейно-орієнтований змістовий сегмент «LogoАбетка»;

- здійснено впровадження логопедичного супроводу дитини раннього віку та її

родини у роботу закладів різного підпорядкування;

- поглиблено зміст існуючих («Логопедія», «Методика роботи з дітьми з порушеннями опорно-рухових функцій», «Основи сімейного виховання дитини з особливими освітніми потребами») та розроблено нові спеціальні освітні компоненти («Логопедичний супровід дитини раннього віку з церебральним паралічем» «Логопедичний супровід осіб з ТПМ», «Логопедичний супровід сім'ї дитини з порушеннями мовлення»).

Матеріали дослідження можуть бути використані при викладанні освітніх компонент у закладах вищої освіти за освітніми програмами «Спеціальна освіта», «Спеціальна психологія», «Логопедія»; для виконання здобувачами вищої освіти кваліфікаційних робіт та реалізації наукових досліджень.

Ключові слова: логопедичний супровід, дитина раннього віку з ЦП, міжгалузевий підхід, синергія, логопедична тераностика, міжгалузєва комплексна програма, дизайн логопедичного супроводу, методика ранньої логоінтервенції.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА

Наукові праці, в яких опубліковані основні результати дисертації

Публікації у наукових виданнях, включених до переліку наукових фахових видань України

1. Синиця А. О. Проблема логопедичного супроводу дитини раннього віку з дитячим церебральним паралічем у сучасній теорії та практиці. *Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія: зб. наукових праць*. К.: НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2016. С. 80-86.

2. Конопляста С. Ю., Синиця А. О. Дизартрія у систематиці мовленнєвих порушень (сучасний погляд). *Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова. Серія 5. Педагогічні науки: реалії та перспективи: зб. наукових праць*. К.: НПУ ім. М. П. Драгоманова. 2019. С. 111-116.

3. Синиця А. О. Актуальність логопедичного супроводу дітей раннього віку з ЦП у сучасному соціумі. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки): збірник наукових праць: вип. 14 / за ред. О. В. Гаврилова, В. М. Синьова*. Кам'янець-Подільський: ПП Медобори-2006, 2019. С. 290-302.

4. Конопляста С. Ю., Синиця А. О. Сучасний стан логопедичного супроводу дітей раннього віку з ЦП та їх батьків як запоруки успішної соціалізації. *Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова. Випуск 37. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія: зб. наукових праць*. К.: НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2019. С. 63-72.

5. Синиця А. О. Мультидисциплінарний підхід у вивченні дітей з ЦП раннього віку. Наукові записки Бердянського державного педагогічного університету. Серія: Педагогічні науки. Бердянськ, 2022. С. 395-408.

6. Синиця А. О. Програмово-методичний комплекс логопедичного супроводу дітей раннього віку з ЦП. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки): збірник наукових праць: Вип. 21 / за ред. М. Шеремет, О. Гаврилова*. Кам'янець-Подільський: Видавець Ковальчук О. В., 2023. С. 115-128.

7. Конопляста С. Ю., Синиця А. О. Дизайн логопедичного супроводу дитини раннього віку з церебральним паралічем. *Науковий журнал Хортицької національної академії. (Серія: Педагогіка. Соціальна робота): наук. журн./ [редкол.: В. В. Нечипоренко (голов. ред.) та ін.]*. Запоріжжя: Вид-во комунального закладу вищої освіти «Хортицька національна навчально-реабілітаційна академія» Запорізької обласної ради, 2023. Вип. 9. С. 132-143. <https://doi.org/10.51706/2707-3076-2023-9>

Міжнародні колективні монографії

8. Sinytsia A. Some aspects of speech therapy support for children with early cerebral palsy. Development of scientific thought: Economics, Management and marketing, Education, Psychology, Philology, Jurisprudence, Geography. Monographic series «European science». Book 13. Part 3. 2022. P. 53-84. DOI: 10.30890/2709-2313.2022-13-03-007

9. Konoplyasta Sv., Synytsya A. Conceptual approaches to the organization of speech therapy support for early age children with cerebral palsy in modern educational conditions in ukraine. *Modern approaches to ensuring sustainable development: monograph*//ed. by V. Smachylo, O. Nestorenko. Katowice, 2023. p. 387-399. <http://www.wydawnictwo.wst.pl/uploads/files/33ba92a74a7c70f8ce3859b114f45150.pdf>

Публікації, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

10. Синиця А. О. Специфіка вивчення дітей раннього віку з ЦП. *Інновації та перспективи розвитку науки та техніки у XXI столітті: виклики майбутнього: матеріали міжнародної наукової конференції (25 грудня 2022): збірник тез*. Польща, 2022. С. 52-58.

11. Синиця А. О. Клініко-психо-логопедичне дослідження мовленнєвого розвитку дітей раннього віку з ЦП. *Інтеграція науки і практики в умовах модернізації спеціальної освіти України: збірка матеріалів Всеукраїнської науково-практичної конференції 23- 24 березня 2023 року / за заг. ред. С. Д. Яковлевої, Н. В. Кабельнікової*. Івано-Франківськ, 2023. С. 212-217.
<https://www.kspu.edu/About/Faculty/FEElementaryEdu/ChairCorrectingEdu/Conference.aspx>

12. Синиця А. О. Комунікативно-мовленнєвий онтогенез дітей раннього віку з ЦП. *Засоби і прийоми, які сприяють розвитку й комунікації педагогів та дітей з особливими освітніми потребами: матеріали всеукраїнського науково-педагогічного підвищення кваліфікації, 30 січня – 12 березня 2023*. Одеса: Видавничий дім «Гельветика», 2023. С. 86-89.
https://fileview.fwdcdn.com/?url=https://mail.ukr.net/api/public/file_view/list%3Fto

13. Синиця А. О. Етіологія дитячого церебрального паралічу у теорії та практиці наукових досліджень. *Становлення особистості в умовах сучасного розвитку суспільства: соціально-педагогічний, психологічний, корекційний і медичний аспекти: збірка матеріалів Всеукраїнської науково-практичної конференції 26 травня 2023 року*. Полтава. С. 108-112.

Інші видання

14. Синиця А. О. Методологія організації логопедичного супроводу дітей раннього віку з ЦП. *Спеціальна освіта: наукові пошуки майбутніх фахівців*. Випуск 6. Київ. 2023. С. 322-329.

ABSTRACT

Sinytsia A. O. Speech therapy support of a young child with cerebral palsy. – Qualifying scientific work on manuscript rights.

Dissertation for obtaining the scientific degree of Candidate of Pedagogical Sciences on the specialty 13.00.03 – correctional pedagogy. – State University named after Mykhailo Drahomanov. – Kyiv, 2024.

Democratization and humanization of the modern educational space requires increased attention of society to the problems of children with special educational needs. Modernity, taking into account the impact and consequences of the crisis situation in the country, requires rethinking the role of education in solving the consequences of unfavorable living conditions and recognizing the undeniable importance of the habilitation/rehabilitation factor as a phenomenon of life support for every child who needs a qualitative improvement in the socialization process. Today, society faces the ultimate task of preventing cases of social isolation of children with special educational needs, ensuring appropriate conditions for expanding the borders of barrier-free space for their educational integration. This is one of the priorities of the National Strategy for the Development of Education in Ukraine today.

The above applies primarily to children with cerebral palsy (CP). Children with cerebral palsy make up a large group (according to World Cerebral Palsy Day statistics, there are more than 17 million people with cerebral palsy in the world today), which require not only interdisciplinary, but also interdisciplinary cooperation, which will provide a more comprehensive understanding of the essence of the developmental problems of such children and will enable painless and effective integration into the educational space. Speech therapy support for a child with cerebral palsy, starting from an early age, is such an effective direction.

The period of child development from birth to three years is a time of exceptional sensitivity to environmental influences; time, which has a decisive role in the formation of brain architecture; the time of formation of the quality of brain structures and functions, which creates either a stable or a fragile basis for all subsequent models of interaction with the environment, receiving and processing life experience.

When organizing interaction with young children with CP, one should take into account the features of the brain, namely its neuroplasticity, which is associated with the ability of the nervous system (neural networks) to change based on experience at the

cellular, metabolic, or anatomical levels (K. Nelson). This ability slows down over time, thereby losing the sensitivity of a given age, which causes the slowing down and even the impossibility of the processes of harmonious development of the child.

Early age is crucial for the full development of a child. Undoubtedly, always during this period, clinical rehabilitation/rehabilitation is the main one and starts from the moment of detection of the first signs of cerebral palsy, and the component of psychological and pedagogical support lags behind and/or is often overlooked by specialists, in particular speech therapists.

It is the implementation of speech therapy support for a young child with cerebral palsy at the required level and under the control of state institutions as a mandatory direction that determines the possibilities of the immanent potential of support in overcoming a number of contradictions, namely: modern priorities of humanistic education and the process of personality education with OOP, in particular children with cerebral palsy , under new socio-economic conditions and a significant lag in the reproduction of these processes in the content of speech therapy support; today's challenges and the lack of appropriate specialists (speech therapists) to provide continuous interdisciplinary speech therapy support for a child with cerebral palsy, starting from an early age; the need for early preventive education of a child with cerebral palsy and insufficient logo-psychological awareness of parents in the problems of child development; the intensity of development of modern society and the insufficiency of variable correctional, psychological and pedagogical technologies, normative programs and development indicators specifically for children with CP, necessary to ensure their full socialization and integration into the educational space; the need for interdisciplinary speech therapy support by a team of relevant specialists and the absence of mandatory state approaches and programs in this regard.

Currently, there are no scientific studies that have tracked the theoretical and methodological principles of speech therapy support for a young child with cerebral palsy, which should ensure the harmonious development of potential psycho-speech abilities of children, taking into account the neuroplasticity of the brain and the sensitivity of this period of development. Therefore, the relevance of the identified problems, the

social significance, complexity and interdisciplinary nature of the problem of the development of a young child with cerebral palsy, which is solved within the boundaries of medical, psychological, pedagogical, special pedagogical science, and at the same time its insufficient development in terms of the content of habilitation/rehabilitation-developmental speech therapy work confirmed the relevance and determined the choice of the topic of the dissertation research "Speech therapy support of a young child with cerebral palsy".

Systematic scientific analysis of the research topic showed a steady trend towards an increase in the number of children with cerebral palsy; the multivariate definition of the concepts "childhood cerebral palsy", "speech therapy assistance", "speech therapy support"; multi-vector interpretations of developmental characteristics of children with cerebral palsy; the presence of contradictions between today's requirements and the capabilities of such children when preparing them for integration into the educational space, starting from an early age. Theoretical analysis of speech ontogenesis of a normal young child and a child with CP proved that all children with CP represent a "logopedic risk group". Analysis of the content of the existing medical rehabilitation/rehabilitation and correctional development programs proved that they are based only on the formation of one or more components of the development of a child with CP. The inadequacy of the organization of the interdisciplinary approach to the psycho-speech development of young children with cerebral palsy is noticeable.

A modern design of a diagnostic study and the necessary tools were developed, which made it possible to determine the current state of speech therapy support for a young child with cerebral palsy. Diagnostic markers of the current state of speech therapy support for a young child with cerebral palsy and his family were: 1) state of psychomotor, agreement, and early speech development; 2) socio-psychological characteristics of parents, their education; 3) readiness of parents to cooperate with a team of specialists (doctor, speech therapist, psychologist); 4) interdisciplinary readiness of speech therapists to cooperate with specialists (doctors, psychologists, sociologists) and parents of children with CP, the level of professional knowledge of speech therapists in the problems of development, upbringing, education of children with CP at an early age;

5) knowledge about the organization and content of speech therapy support by specialists speech therapists, doctors, psychologists, their willingness to cooperate in the same team.

It was found that the modern organization and content of correctional and rehabilitation work with the specified category of children are imperfect, insufficiently coordinated interdisciplinary, which does not provide conditions for full-fledged speech therapy support. Speech therapy support for children is not only a movement alongside and together with the child and family, but it is a movement ahead, such that it indicates further step-by-step orientations and the path to them in the zone of "current", "closest development" of the child.

Speech therapy support for a young child with cerebral palsy is an interdisciplinary, synergistic and continuous process of providing speech therapy support for the child and his family. The main condition for the implementation of speech therapy support for a young child with cerebral palsy is the activity of an interdisciplinary team of specialists and the family.

According to the results of the assessment study of the current state of speech therapy support for young children with cerebral palsy, barriers to providing speech therapy support were identified. It is about: the critically insufficient level of knowledge of specialists and parents about the peculiarities of the development of young children both in the norm and with CP; difficulties in organizing and ensuring the speech therapist's work with parents and other specialists (doctor, psychologist, rehabilitator, etc.); lack of mandatory state programs and content of early speech therapy support; problems with the location of institutions that should provide speech therapy support; lack of clear cross-sectoral cooperation between state institutions of health care and education in the direction of joint efforts to provide speech therapy support for young children with cerebral palsy; low level of speech therapy education of parents, insufficient level of training of practicing speech therapists to work with children of the specified category.

The interdisciplinary "Comprehensive program of speech therapy support for a young child with cerebral palsy" is based on the principle of integration of the basic links of the speech therapy support process, which is a specially organized educational process, the main content of which is the professional interaction of a "team of specialists" - a

speech therapist, a doctor, a psychologist; baby; family. The structure of the interdisciplinary "Comprehensive program of speech therapy support for a young child with cerebral palsy" consists of basic components: target (goal, principles, tasks); content (stages, main types of activities); logopreventive (technological) (periods, directions, stages, forms, methods, techniques, interaction) and control (criteria and indicators). An important substantive component of speech therapy support was the coordinated work of a team of specialists and the family of a child with cerebral palsy, starting from the moment the problem was identified from the standpoint of a family-centered approach (a child under three years of age and the family as a whole). Accordingly, the methodology of early speech intervention "In the Rhythm of the Butterfly" was substantiated, developed and implemented, the main purpose of which is interdisciplinary logopreventive/corrective work, aimed primarily at the activation and formation of physiological, neurobiological, psycholinguistic skills of agreement and early speech development; propaedeutics of possible complications in the period of early age on the basis of interdisciplinary, synergistic, neurolinguistic approaches. The method of early logointervention reveals the main directions and content of the speech therapist's work with a young child with cerebral palsy, as well as outlines the directions and content of speech therapy support for the family and correction of parent-child relations (autonomous family-oriented segment "LogoAbetka"). The basis of this direction is the systematic analysis of the complex structure of speech impairment and its impact on the general psycho-speech development of a young child with cerebral palsy. Accordingly, at the ascertainment stage of the defined barriers, an integral content block is defined in the speech therapy program water, the content of which was supposed to increase the professional competence of speech therapists and the level of their readiness to interact with parents and other participants of speech therapy support. The content of the existing ones was deepened and new special educational components were developed, which are successfully implemented in higher education institutions - specialty 016 Special education.

For the effective implementation of the interdisciplinary "Comprehensive program of speech therapy support for a young child with cerebral palsy", digital technologies

were used to conduct educational and advisory workshops, seminars-workshops, webinars, trainings, master classes for specialists and parents in the mode of video conferences on the Zoom, Viber platforms, telegram etc.

The confirmation of the effectiveness of the implementation of the interdisciplinary "Comprehensive program of speech therapy support for a young child with cerebral palsy" was a significant improvement in the sensory-cognitive and speech development of the specified category of children. The introduction of the logopreventive stage made it possible to reduce the manifestations of neurological symptoms and, accordingly, to reduce the risks of severe dysarthric disorders. Timely language immersion at an early age expanded the capabilities of each child and made it possible to determine the most favorable vector of psycho-speech development of a child of an early age with cerebral palsy, relying on the natural property - neuroplasticity of the child's brain and body as a whole. The practical implementation of the autonomous family-oriented segment "LogoAbetka" ensured the full inclusion of the family in the joint corrective and developmental process, significantly increased the level of logocorrective and educational culture of parents in matters of psycho-speech development of their child, which formed a readiness to understand and support their child, an open position in communication and confidence in her future. A significant increase in the level of readiness of speech therapists to provide speech therapy support for a young child with cerebral palsy was recorded.

The goal and task of the scientific research has been realized, the effectiveness of the interdisciplinary "Complex program of speech therapy support for a young child" has been proven.

Wide implementation of the interdisciplinary "Comprehensive program of speech therapy support for a young child" in institutions of various subordination ensured the achievement of the goal and the solution of the set tasks. The above testifies to the effectiveness of the work carried out and proves the need for the mandatory introduction of speech therapy support in the work with young children with cerebral palsy as one of the main links in preparing the child for the future integration into the modern educational space in the conditions of the development of a humanistic democratic state of Ukraine.

Scientific novelty of the obtained results: *for the first time*:

- the criteria for the readiness of the speech therapist and specialists (doctors, psychologists) to interact with the family of a young child with cerebral palsy are determined and substantiated;

- indicators of the readiness of parents of children with cerebral palsy to interact with specialists of the interdisciplinary team have been established;

- the interdisciplinary "Comprehensive program of speech therapy support for a young child with cerebral palsy" was substantiated and developed, which includes the design and its content;

- the directions, content and ways of implementing speech therapy support for a young child and his family in the work of institutions of different subordination (medical and educational) are determined;

- the methodical toolkit of early logointervention was created and tested "In the Rhythm of the Butterfly";

clarified and deepened: - the meaning of the concept of "speech therapy support", "logo-correction and educational culture of parents", "quality of family life", "quality of life of a child with cerebral palsy";

- the content of the concept of an interdisciplinary approach to the study of the development of a young child with cerebral palsy;

- psychological and pedagogical approaches to the formation of a full-fledged personality of a child with cerebral palsy and ensuring the "quality life" of the family of such a child;

received further development: a clinical-logo-psychological direction in working with the family and a team of specialists, forms of interaction with the family raising a child with cerebral palsy using modern informational computer technologies.

Practical meaning: is that:

- developed a diagnostic toolkit for determining the state of speech therapy support for a young child with cerebral palsy and his family;

- the interdisciplinary "Complex program of speech therapy support for a young child with cerebral palsy" was developed, tested and prepared for use in educational,

health care and social assistance institutions in working with a family raising a young child with cerebral palsy;

- present the modern design and content of speech therapy support for a young child with cerebral palsy, the methodology of early speech intervention "In Rhythms of the Butterfly", autonomous family-oriented content segment "LogoAbetka";

- introduction of speech therapy support for a young child and his family in the work of institutions of various subordinates;

- the content of the existing ones ("Speech therapy", "Methodology of working with children with impaired locomotor functions", "Fundamentals of family upbringing of a child with special educational needs") was deepened and new special educational components were developed ("Speech therapy support for a young child with cerebral palsy" "Speech therapy support for persons with TPM", "Speech therapy support for the family of a child with speech disorders").

Research materials can be used in the teaching of educational components in institutions of higher education under the educational programs "Special Education", "Special psychology", "Speech therapy"; for students of higher education to complete qualification works and conduct scientific research.

Key words: speech therapy support, young child with cerebral palsy, interdisciplinary approach, synergy, speech therapy theranostics, interdisciplinary complex program, speech therapy support design, early speech intervention technique.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	21
ВСТУП.....	22
РОЗДІЛ 1. ПРОБЛЕМА РОЗВИТКУ ДИТИНИ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ У ТЕОРІЇ ТА ПРАКТИЦІ (МЕДИЧНИЙ, ЛОГОПЕДИЧНИЙ, ПСИХОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТИ).....	31
1.1. Дитячий церебральний параліч як медико-психолого-логопедична проблема	31
1.2. Мовленнєвий онтогенез дітей раннього віку у нормі та з церебральним паралічем (теоретичний аспект).....	44
1.3. Організація медико-логопсихологічного простору для дітей раннього віку з церебральним паралічем у сучасних освітніх умовах.....	58
Висновки до першого розділу.....	71
РОЗДІЛ 2. ДИЗАЙН ДІАГНОСТИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ АКТУАЛЬНОГО СТАНУ ЛОГОПЕДИЧНОГО СУПРОВОДУ ДИТИНИ РАНЬОГО ВІКУ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ	75
2.1. Концептуальні засади констатувального експерименту.....	75
2.2 Клініко-логопсихологічні особливості дітей раннього віку з церебральним паралічем (скринінг та його результат).....	80
2.3. Стан та особливості наданої клініко-логопсихологічної допомоги дітям раннього віку з церебральним паралічем.....	97
2.4. Актуальний стан логокорекційно-просвітницької культури батьків як основних учасників сучасного логопедичного супроводу дітей раннього віку з церебральним паралічем.....	103
2.5. Результати дослідження рівня взаємодії міжгалузевої команди фахівців в організації логопедичного супроводу дитини раннього віку з церебральним паралічем.....	113
Висновки до другого розділу.....	124

РОЗДІЛ 3. МІЖГАЛУЗЕВА КОМПЛЕКСНА ПРОГРАМА ЛОГОПЕДИЧНОГО СУПРОВОДУ ДИТИНИ РАНЬОГО ВІКУ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ	127
3.1. Концептуальні засади організації та забезпечення логопедичного супроводу дітей раннього віку з церебральним паралічем	127
3.2. Комплексна міжгалузева програма неперервного логопедичного супроводу дітей раннього віку з церебральним паралічем	130
3.2.1. Організація та проведення формувального експерименту.....	135
3.2.2. Методика ранньої логоінтервенції дитини раннього віку з церебральним паралічем	146
3.2.3. Методичний інструментарій логопедичного супроводу дитини раннього віку з церебральним паралічем	162
3.3. Агреговані результати впровадження міжгалузевої комплексної програми неперервного логопедичного супроводу дітей раннього віку з церебральним паралічем	169
Висновки до третього розділу	186
ВИСНОВКИ.....	191
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	194
ДОДАТКИ.....	215

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ДЦП – дитячий церебральний параліч.

Діти раннього віку з ЦП – діти раннього віку з церебральним паралічем.

ООП – особливі освітні потреби.

ЛС – логопедичний супровід.

ФСММ – функціональна система мови та мовлення.

МРЛ – методика ранньої логоінтервенції.

КГ – контрольна група.

ЕГ – експериментальна група.

ЦНС – центральна нервова система.

ІКТ – інформаційні комп'ютерні технології.

GMFCS – класифікація великих моторних функцій.

ІРЦ – інклюзивно-ресурсний центр.

ВСТУП

Актуальність дослідження. Демократизація та гуманізація сучасного освітнього простору вимагає підвищеної уваги суспільства до проблем дітей з особливими освітніми потребами (далі – ООП). Сучасність, враховуючи вплив та наслідки кризової ситуації в країні, вимагає переосмислення ролі освіти у розв’язанні наслідків несприятливих умов життя та визнання безперечної вагомості абілітаційного/реабілітаційного фактору як феномену життєзабезпечення кожної дитини, яка потребує якісного покращення процесу соціалізації. Сьогодення ставить перед суспільством надзавдання – унеможливити випадки соціальної ізоляції дітей з ООП, забезпечити відповідні умови розширення кордонів безбар’єрного простору для їх освітньої інтеграції. Це є одним із пріоритетів Національної стратегії розвитку освіти в Україні сьогодні.

Вищезазначене стосується перш за все дітей з церебральним паралічем (далі – ЦП). Діти з ЦП складають чисельну групу (згідно зі статистикою World Cerebral Palsy Day, сьогодні у світі більш ніж 17 мільйонів людей з ЦП), що потребують не лише міждисциплінарної, а й міжгалузевої взаємодії, яка забезпечить більш об’ємне розуміння сутності проблем розвитку таких дітей та уможливить безболісну ефективну інтеграцію в освітній простір. Таким ефективним напрямом є логопедичний супровід дитини з ЦП, починаючи з раннього віку.

Значна кількість наукових праць різних поколінь присвячена питанням етіопатогенезу, симптоматики, механізмів, структури рухових й супутніх розладів та пошуку ефективних технологій абілітації, реабілітації та методів лікування дитячого церебрального паралічу (далі – ДЦП) (С. Зінченко [49], В. Козьявкін [55], В. Підкоритов [60], К. Becker [183], О. Kornev [192], Е. Wilson [217] та ін.). Надзвичайно важливими серед проблем розвитку цих дітей крім фізичних, науковці визначають проблеми психомовленневих порушень (В. Галущенко [20], А. Голуб [28], В. Конопляста [66], Н. Манько [92], І. Мартиненко [94], І. Марченко [101], Н. Пахомова [114], Т. Сак [62], В. Тарасун [148], В. Тищенко [152], М. Шеремет [170] та ін.). Закордонні та вітчизняні науковці,

досліджуючи проблему ДЦП, вважають, що такі діти потребують спеціальної уваги таких галузей науки, як медицина, педагогіка, логопедія, соціологія, психологія, (Б. Буховець [12], Е. Данілавічюте [160], В. Зінченко [96], В. Мартинюк [96], О. Чеботарьова [161], А. Шевцов [165], М. Вах [180; 181], D. Goldstein [181], L. Leviton [209], O. Rosenbaum [181] та ін.). Ці діти складають основну групу дітей, що потребують особливих освітніх умов та послуг і відповідно – концептуально нового підходу до їх інтеграції у сучасний освітній простір в Україні. Інтеграція дітей з ООП, зокрема дітей з ЦП, передбачає забезпечення доступності освітньої програми, безболісну адаптацію дітей до загальновизначених умов їх освіти та запитів суспільства, починаючи з раннього віку.

Організовуючи взаємодію з дітьми раннього віку з ЦП, слід враховувати особливості мозку, а саме його нейропластичність, пов'язану зі здатністю нервової системи (нейронних мереж) змінюватися на підставі досвіду на клітинному, метаболічному або анатомічному рівнях (К. Nelson). Ця здатність уповільнюється з плином часу і тим самим втрачається сензитивність даного віку, що обумовлює уповільнення і навіть унеможливлення процесів гармонійного розвитку дитини.

Ранній вік є надважливим для повноцінного розвитку дитини. Безперечно, завжди у цей період клінічна абілітація / реабілітація є основною та розпочинається з моменту виявлення перших ознак ДЦП, а складова психолого-педагогічної супроводу відстає та/або часто лишається поза увагою спеціалістів, зокрема логопедичної галузі.

Впровадження саме логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП на необхідному рівні та під контролем державних установ як загальнообов'язкового освітнього напрямку визначає можливості іманентного потенціалу супроводу щодо подолання низки протиріч, а саме: сучасними пріоритетами гуманістичної освіти та процесом виховання особистості з ООП, зокрема дітей з ЦП, за нових соціально-економічних умов та суттєвим відставанням відтворення цих процесів у змісті логопедичного супроводу; викликами сьогодення та недостатністю відповідних фахівців (логопедів) для забезпечення неперервного міжгалузевого логопедичного супроводу дитини з ЦП, починаючи з раннього віку; необхідністю раннього

превентивного навчання дитини з ЦП та недостатністю логопсихологічної обізнаності батьків у проблемах розвитку дитини; інтенсивністю розвитку сучасного суспільства та недостатністю варіативних корекційних, психолого-педагогічних технологій, нормативних програм та індикаторів розвитку, саме для дітей з ЦП, необхідних для забезпечення їх повноцінної соціалізації та інтеграції в освітній простір; необхідністю міжгалузевого логопедичного супроводу командою відповідних фахівців та відсутністю загальнообов'язкових державних підходів та програм щодо цього.

На даний час немає наукових досліджень, у яких відстежувалися теоретичні та методичні засади логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП, що забезпечують гармонійний розвиток потенційних психомовленнєвих можливостей цих дітей, враховуючи нейропластичність мозку та сензитивність даного періоду. Тож, актуальність визначеної проблематики, соціальна значущість, складність та міжгалузевість проблеми розвитку дитини раннього віку з ЦП, яка вирішується у межах медичної, психологічної, педагогічної, спеціальної педагогічної науки, і в той же час недостатня розробленість її у площині змісту абілітаційно/реабілітаційно-розвиткової логопедичної роботи зумовило вибір теми дисертаційного дослідження **«Логопедичний супровід дитини раннього віку з церебральним паралічем»**.

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

Дисертаційне дослідження виконано відповідно до тематичного плану кафедри логопедії та логопсихології Українського державного університету імені Михайла Драгоманова.

Тема дисертації затверджена вченою радою НПУ імені М. П. Драгоманова (протокол № 1 від 28 січня 2016 року), заочною радою в Національній академії педагогічних наук України, Міжвідомчою радою з координації досліджень у галузі освіти, педагогіки і психології (протокол № 4 від 26 квітня 2016 року).

Мета дослідження: наукове обґрунтування, розробка, діагностика та практична реалізація міжгалузевої «Комплексної програми логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП» у закладах різного підпорядкування.

Відповідно до поставленої мети визначені завдання дослідження:

1. Здійснити системний науковий аналіз з теми дослідження та ретроспективний аналіз понять «дитячий церебральний параліч», «логопедична допомога», «логопедичний супровід» в теорії та практиці медичної, загальної, спеціальної педагогічної та психологічної, логопедичної наукової літератури.

2. Розробити сучасний дизайн діагностичного дослідження та необхідний інструментарій для вивчення актуального стану логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП.

3. Обґрунтувати, розробити та експериментально апробувати комплексну програму неперервного логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП.

4. Запропонувати освітні компоненти підготовки фахівців спеціальності 016 Спеціальна освіта до організації та здійснення логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП.

Об'єкт дослідження: психомовленнєвий розвиток дітей раннього віку з церебральним паралічем.

Предмет дослідження: логопедичний супровід дитини раннього віку (від народження до повних трьох років) з церебральним паралічем.

Методи дослідження:

теоретичні: аналіз та узагальнення науково-теоретичних джерел у галузі загальної та корекційної педагогіки, загальної та спеціальної психології для визначення теоретико-методологічних засад дослідження, стану розробленості проблеми в сучасній логопедії та перспективних напрямів її вирішення;

емпіричні: анкетування, аналіз психолого-педагогічної та медичної документації, бесіди, опитування батьків, логопедів, вивчення результатів тестів, педагогічний експеримент констатувального та формувального характеру, який проводився з метою вивчення особливостей розвитку дітей раннього віку з ЦП, взаємодії родини та фахівців-логопедів та перевірки ефективності розробленої комплексної програми логопедичного супроводу дитини з дитячим церебральним паралічем раннього віку та їх родини;

статистичні: якісна та кількісна обробка результатів дослідження.

Теоретико-методологічну основу дослідження становлять: психологічна теорія вікової періодизації у розвитку дитини (D. Elkonin [225], O. Leontiev [200], O. Zaporozhets [225], та ін.); психолінгвістичний та системний підхід до аналізу мовленнєвого розвитку дитини (Є. Соботович [132], В.Тарасун [136], O.Kornev [194] та ін.); вчення про корекцію мовленнєвих порушень у дітей з тяжкими порушеннями розвитку (О. Боряк [11] С. Конопляста [60], Н. Пахомова [105], Є. Соботович [134], В. Тарасун [138], В. Тищенко [141], М. Шеремет [160] та ін.); концепція онто- та дизонтогенезу мовлення (O. Kornev [193]), трикомпонентна модель базових складових психічного розвитку (M. Semago, N. Semago [213]); теорія системної динамічної локалізації (мозкової організації) вищих психічних функцій людини (O. Luria [201]); концепція морфофункціональної готовності дітей з особливостями розвитку до шкільного навчання (В. Тарасун [136]); концепція сімейного виховання (В. Сухомлинський [135], E. Fromm [181] та ін.); концепція реалізації багатопрофільної системи комплексної корекції порушень психомовленнєвого розвитку дітей з інвалідністю від народження (С. Конопляста [66]); концепція сімейноцентрованого виховання дітей з порушеннями розвитку (В. Кисличенко [47], С. Конопляста [60], С. Миронова [93] та ін.); концепція інклюзивної освіти в Україні (В. Бондар [10], О. Гноєвська [20], А. Колупаєва [56], С. Миронова [94], В. Синьов [11]); положення про провідну діяльність дітей раннього віку (O. Leontiev [200]); нормативні показники і критерії мовленнєвого розвитку дитини (А. Богуш [8], Н. Гавриш [15], L. Vigotskyi [219] та ін.); ідеї формування особистості у процесі життя людини на основі засвоєння нею суспільних форм свідомості та поведінки (D. Elkonin [225], O. Leontiev [200], L. Vigotskyi [219], A. Zaporozhets [225] та ін.); необхідність спілкування з дорослими для психічного розвитку та формування особистості дитини (O. Arkhipova [167], O. Prikhodko [212] та ін.); онтогенетичний підхід до психокорекції дитини (A. Wenger [221]), методологія порушеного розвитку (В. Бондар[9], С. Конопляста[59], С. Миронова[92], В. Синьов[10] та ін).

Наукова новизна одержаних результатів: *вперше:*

- визначено та обґрунтовано критерії готовності логопеда та фахівців (лікарів, психологів) до взаємодії із сім'єю дитини раннього віку з церебральним паралічем;

- встановлено показники готовності батьків дітей з церебральним паралічем до взаємодії з фахівцями міжгалузевої команди;

- обґрунтовано та розроблено міжгалузеву «Комплексну програму логопедичного супроводу дитини раннього віку з церебральним паралічем», що включає дизайн та його зміст;

- визначено напрями, зміст та шляхи впровадження логопедичного супроводу дитини раннього віку та її родини у роботу закладів різного підпорядкування (лікувальних та освітніх);

- створено та апробовано методичний інструментарій ранньої логоінтервенції «У ритмі Метелика»;

уточнено та поглиблено: - зміст поняття «логопедичний супровід», «логокорекційно-просвітницька культура батьків», «якість життя родини», «якість життя дитини з ЦП»;

- зміст поняття про міжгалузевий підхід щодо дослідження розвитку дитини раннього віку з церебральним паралічем;

- психолого-педагогічні підходи до формування повноцінної особистості дитини з церебральним паралічем та забезпечення «якісного життя» родини такої дитини;

набуло подальшого розвитку: клініко-логопсихологічний напрям в роботі з родиною та командою фахівців, форми взаємодії з родиною, яка виховує дитину з церебральним паралічем із застосування сучасних інформаційних комп'ютерних технологій.

Практичне значення: полягає у тому, що:

- розроблено діагностичний інструментарій визначення стану логопедичного супроводу дитини раннього віку з церебральним паралічем та її родини;

- розроблено міжгалузеву «Комплексну програму логопедичного супроводу

дитини раннього віку з церебральним паралічем», апробовано та підготовлено до використання у закладах системи освіти, охорони здоров'я і соціальної допомоги в роботі з родиною, яка виховує дитину раннього віку з церебральним паралічем;

- представлено сучасний дизайн та зміст логопедичного супроводу дитини раннього віку з церебральним паралічем, методикау ранньої логоінтервенції «У ритмі Метелика», автономний сімейно-орієнтований змістовий сегмент «LogoАбетка»;

- здійснено впровадження логопедичного супроводу дитини раннього віку та її родини у роботу закладів різного підпорядкування;

- поглиблено зміст існуючих («Логопедія», «Методика роботи з дітьми з порушеннями опорно-рухових функцій», «Основи сімейного виховання дитини з особливими освітніми потребами») та розроблено нові спеціальні освітні компоненти («Логопедичний супровід дитини раннього віку з церебральним паралічем» «Логопедичний супровід осіб з ТПМ», «Логопедичний супровід сім'ї дитини з порушеннями мовлення»).

Матеріали дослідження можуть бути використані при викладанні освітніх компонент у закладах вищої освіти за освітніми програмами «Спеціальна освіта», «Спеціальна психологія», «Логопедія»; для виконання здобувачами вищої освіти кваліфікаційних робіт та реалізації наукових досліджень.

Особистий внесок здобувача. Автором здійснено аналіз вітчизняної та іноземної літератури [119; 120; 124; 127; 128]; здійснено розробку змісту констатувального етапу дослідження [121; 125]; розроблено та впроваджено міжгалузеву «Комплексну програму логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП», проведено статистичний та якісний аналіз одержаних даних [122; 123; 126].

Впровадження результатів дослідження здійснено в освітній процес: ІРЦ Комунарського району м. Запоріжжя (протокол №02-06/015 від 09.09.2023); «Особлива Дитина» Буковинського центру комплексної реабілітації для дітей з інвалідністю м. Чернівці (протокол №3 від 10.09.2023); КУ «Інклюзивно-ресурсного центру» Мар'їнської міської військово-цивільної адміністрації

Покровського району Донецької області (протокол №01-19/10 від 10.09.2023); КУ «Інклюзивно-ресурсного центру» Бердянської міської ради (протокол №24 від 14.09.2023); Українського державного університету імені Михайла Драгоманова (протокол №2 від 27.09.2023); Бердянського державного педагогічного університету (протокол №67-01/441 від 20.09.2023); Прикарпатського національного університету ім. Василя Стефаника (протокол №3 від 27.09.2023); Миколаївського національного університету ім. В.О. Сухомлинського (протокол №3 від 29.09.2023); Південноукраїнського національного педагогічного університету ім. К.Д. Ушинського (протокол №2 від 09.09.2023).

Апробацію науково-теоретичних результатів дисертаційного дослідження представлено під час роботи на 7 науково-практичних міжнародних, всеукраїнських, закордонних конференціях з опублікуванням статей, тез доповідей та повідомлень: міжнародних: «Інновації та перспективи розвитку науки та техніки у XXI столітті: виклики майбутнього» (Польща, 2022), «Актуальні проблеми логопедії та логопсихології» (Київ, 2023); всеукраїнських: «Інтеграція науки і практики в умовах модернізації спеціальної освіти України» (Івано-Франківськ, 2023), «Засоби і прийоми, які сприяють розвитку й комунікації педагогів та дітей з особливими освітніми потребами» (Одеса, 2023), «Становлення особистості в умовах сучасного розвитку суспільства» (Полтава, 2023), «Спеціальна освіта: наукові пошуки майбутніх фахівців» (Київ, 2023), II Міжнародна науково-практична конференція «Актуальні проблеми логопедії та логопсихології» (Київ, 2023).

Проміжні та остаточні результати дисертаційного дослідження доповідалися, обговорювалися та отримали схвалення на засіданнях кафедри логопедії та логопсихології ФСЮ УДУ імені Михайла Драгоманова, науково-звітних конференціях викладачів УДУ імені Михайла Драгоманова (Київ, 2016-2023).

Публікації:

Зміст та результати дисертаційної роботи відображено у 14 (з них 10 одноосібних) публікаціях автора, з них: 7 – статей у вітчизняних періодичних

фахових виданнях (з них 3 у співавторстві); 2 – закордонних колективних монографії (з них 1 у співавторстві); 4 – тезах конференцій; 1 – інші видання.

Структура дисертації: Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (227 найменувань, з них 63 іноземними мовами) і додатків на 40 сторінках. Загальний обсяг роботи становить 256 сторінок, з них основного змісту – 195 сторінок (без 21 сторінки, що займає титульний аркуш, анотація, зміст). Дисертація містить 14 таблиць, 37 рисунків, 1 формулу.

РОЗДІЛ 1.

ПРОБЛЕМА РОЗВИТКУ ДИТИНИ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ У ТЕОРІЇ ТА ПРАКТИЦІ (МЕДИЧНИЙ, ЛОГОПЕДИЧНИЙ, ПСИХОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТИ)

1.1. Дитячий церебральний параліч як медико-психолого-логопедична проблема

Дитячий церебральний параліч (далі – ДЦП) продовжує бути одним з найбільш розповсюджених захворювань нервової системи у дитячому віці у всьому світі і в Україні зокрема. Саме це захворювання тяжко інвалідизує дитину, коли страждає не лише рухова сфера, але й виникають порушення інтелектуальної та мовленнєвої діяльності. ДЦП є результатом ураження мозку дитини у перинатальному періоді розвитку або у періоді новонародженості і залишається актуальною проблемою дитячої неврології у всьому світі і сьогодні.

Дитячий церебральний параліч (англ. *cerebral palsy*) – узагальнений термін для групи стійких непрогресуючих рухових синдромів (гіперкінези, атаксія, парези, паралічі), часто поєднаних з психічними та мовленнєвими порушеннями, рідше – епілептичними нападами, ліквородинамічними зрушеннями, патологією слуху, зору, органів і систем чи без них, які є наслідком органічного ураження центральної нервової системи (далі – ЦНС) в пренатальному, інтранатальному та ранньому неонатальному періоді [51]. *Діти раннього віку з церебральним паралічем* (далі – діти раннього віку з ЦП) – це діти, що мають складні порушення рухової сфери від народження внаслідок ураження ЦНС, які негативно впливають на загальний і, насамперед, моторний та психомовленнєвий розвиток дитини.

Історія становлення уявлень про ДЦП сягає глибокої давнини. Вперше спроби описати дане порушення були ще за часів шумерів і вже Гіппократ згадував у своїх роботах цей стан дитини як тяжке захворювання [197]. Систематизовані спеціально описані характеристики розвитку людини з ДЦП були зроблені у середині ХІХ століття J. Little [168]. Він вперше виявив серед поширених на той час картин

розвитку опорно-рухового апарату після поліомієліту специфічні симптоми та патогенез ДЦП. Саме тоді вперше з'являється визначення «дитячий церебральний параліч» і відтоді виникає перше розділення цих двох порушень, спираючись на симптоми, етіологію та патогенез, відбувається диференціація ранніх та вроджених рухових розладів у дітей від розладів опорно-рухового апарату дорослих. Це був перший клінічний опис ДЦП, зроблений західноєвропейським науковцем J. Little у 1853 році. Крім того, дослідник визначив причини ДЦП, такі як недоношеність, складні пологи, асфіксію. Дослідження науковця стали величезним прогресом у вивченні проблеми ДЦП того часу. Вже у своїх клінічних дослідженнях проблеми ДЦП J. Little відмічав, окрім різноманітних порушень моторики, специфічні порушення мовлення у дітей з бульбарними та псевдобульбарними паралічами [197].

З огляду різних підходів до визначення причин, що призводять до ДЦП, можемо констатувати, що сьогодні єдиного підходу не існує. Проте, чітко зрозуміло, що причини ДЦП є мультифакторними і негативно впливають на перебіг розвитку дитини з раннього віку. Глибокий аналіз досліджень західноєвропейських та вітчизняних науковців виокремив етіологічні фактори перинатального та інтранатального періоду, що спричиняють ДЦП у сучасному світі.

Етіологічні фактори до періоду запліднення: діти матерів, які мають довгі інтервали між менструаціями [183]; короткий інтервал (менше трьох місяців) або довгий інтервал (більше трьох років) між вагітностями [183]; матері дітей з ЦП частіше, ніж інші матері, мають в анамнезі спонтанні аборти та мертвонароджених дітей [203]; зв'язок сімейного анамнезу ранніх, непрогресуючих рухових порушень з ЦП, особливо коли порушення пов'язане зі специфічними хромосомними, метаболічними або морфологічними абераціями, відповідає генетичній основі деяких випадків захворювання ДЦП [182; 184]. Негативні впливи на організм жінки до вагітності можуть зумовити ризик розвитку церебрального паралічу у її майбутніх дітей.

Несприятливі фактори, що виникають під час вагітності: вроджені порушення розвитку та вага при народженні менше 2-х кг [180]; низька маса тіла

та менша окружність голови, ніж у однолітків [185]. Це характерно для недоношених новонароджених, які згодом ризують мати спастичну диплегію, а також для немовлят, народжених у термін, які згодом мають інші форми церебрального паралічу. Крім того, спостерігається підвищений ризик церебрального паралічу серед близнюків, що, ймовірно, є результатом їх гестаційного віку та затримки внутрішньоутробного розвитку [183]; матері, які страждали гіпертиреозом або яким призначали гормони щитоподібної залози чи естроген під час вагітності, також мають підвищений ризик народження дитини, у якої розвивається церебральний параліч після народження [128]. Цей зв'язок є особливо цікавим у світлі епідемії спастичної диплегії, розумової відсталості та глухонімоти у високогір'ї Нової Гвінеї, територія якої була пов'язана з дефіцитом йоду [211].

Фактори, що виникають у перинатальний період: діти, народжені матерями, у яких на плаценті були ознаки хоріоніту [127]. Оскільки хоріоніт пов'язаний із недоношеністю, цей зв'язок може бути сильнішим як наслідок підвищення виживаності пацієнтів із найвищим ризиком церебрального паралічу, так і зв'язком між перивентрикулярною лейкомаляцією та амніонітом (ускладненням хоріоніту). Хоріоніт (запалення плідних оболонок) може сприяти розвитку церебрального паралічу, прямо чи опосередковано збільшуючи ризик недоношеності [183]; неправильне положення плоду стає маркером наявних труднощів, які згодом проявляються як церебральний параліч.

Несприятливі фактори у інтранатальний період: у медичній літературі зазначено про слабкий зв'язок між інтранатальною асфіксією та подальшим розвитком церебрального паралічу [185]. Часто оцінюють неспецифічні сурогати, такі як брадикардія плода (виявлена за допомогою аускультативної або кардіотокографії), виділення меконію під час пологів, низька оцінка за шкалою Апгар та енцефалопатія новонароджених. Ацидоз, який можна розглядати як більш специфічний показник асфіксії, також дає багато прогностичної інформації про ризик подальшого розвитку рухової недостатності у новонародженого [214].

Таким чином, перинатальні фактори формуються із моменту запліднення до перших тижнів позаутробного життя, що проявляються різноманітними синдромами ураження нервової системи плоду: підвищеною нервово-рефлекторною збудливістю; порушеннями життєвого ритму, затримкою темпу розвитку моторних та психо-мовленнєвих навичок; затримкою статокінетичного, психічного та мовленнєвого розвитку; гідроцефально-гіпертензійним синдромом рухових порушень; вегето-вісцеральними дисфункціями; різноманітними варіантами судомної активності мозку [224]. Вплив негативних чинників у перші три місяці вагітності клінічно проявляється ранніми викиднями та різноманітними ембріопатіями – вродженими порушеннями різних систем та органів майбутньої дитини [164]. Важливо, що плід, уражений внутрішньоутробно, не буде готовий і до пологів, відповідно виникають різноманітні травми організму дитини під час пологів, перш за все йдеться про стан головного, спинного мозку, хребта на різних рівнях, а особливо – шийного відділу, на який припадає велике навантаження в процесі пологів.

Церебральний параліч сьогодні розглядають як складний синдромологічний комплекс ураження ЦНС дизонтогенетичної природи. Порушення онтогенезу може відбуватися перинатально, інтранатально та у період раннього розвитку дитини [128]. Сьогодні вже є клінічні дані про збільшення кількості передчасно народжених дітей у зв'язку з багаторічною війною в Україні, які автоматично стають «групою ризику». І це безумовно пов'язано з неврологічним та психічним станом матері такої дитини. Це засвідчує, що до традиційних причин виникнення ДЦП у сучасному світі додаються групи причин, які можна назвати фоновими, на основі яких діють і навіть підсилюються інші негативні чинники, що провокують органічне ураження ЦНС.

Попри те, що дослідження патогенезу ДЦП сягають глибокої давнини, досі немає чіткості у трактуванні даної проблеми, існують різні точки зору щодо узагальнених причин, що зумовлюють ДЦП, зокрема й сьогодні ведуться дискусії щодо визначення поняття (захворювання, розлад, стан). Така неоднозначність свідчить про складність проблеми ДЦП, її мультифакторність та багатовекторність.

Зокрема, протягом історичного вивчення проблеми ДЦП ведуться постійні дослідження щодо його класифікації. Аналіз науково-методичної літератури показав, що найбільш уживаною у медичних установах до сьогодні є класифікація ДЦП запропонована К. Semenovo [209]. Згідно цієї класифікації виділяють п'ять форм ДЦП: подвійна геміплегія, спастична диплегія, гіперкінетична форма, атонічно-атактична форма, геміпаретична форма. Крім цього, додаються основні синдроми: 1) симптоматична епілепсія, 2) гіпертензивний синдром, 3) діенцефальний синдром, 4) синдром церебральної гіпотрофії, 5) синдром нервово-рефлекторної збудливості, 6) синдром порушення домовленнєвого і мовленнєвого розвитку та виділяються стадії захворювання: рання, хронічно-резидуальна та резидуальна стадія. Доктор медичних наук В. Козьявкін зазначає, що «...на жаль, ця класифікація не відображає загальної тяжкості захворювання та ступеня порушення рухових функцій, що є надзвичайно важливим для клінічної практики, наукового та епідеміологічного аналізу». Попри те, дана класифікація є найбільш уживаною у медичній галузі [49].

Співробітниками інституту проблем медичної реабілітації «Еліта» м. Трускавець, Україна, очолюваного доктором медичних наук В. Козьявкіним, для визначення ступеня затримки моторного розвитку дитини розроблена і впроваджена в практику реабілітаційна класифікація ДЦП [51]. Крім традиційних критеріїв стану м'язового тону та локалізації моторного порушення, в діагнозі відображається фаза вертикалізації та стадія пересування. Для характеристики можливості протидіяти силі гравітації в діагнозі хворого вказується фаза вертикалізації: а) лежання без контролю голови, б) лежання з контролем голови, в) самостійне сидіння, г) вставання біля опори, д) самостійне вставання. Для опису локомоторних можливостей пацієнта застосовуються наступні стадії пересування: а) відсутність пересування, б) пересування перевертанням, в) повзання «попластунськи», г) неальтерноване повзання, д) альтерноване повзання, е) хода на колінах, ж) хода з допоміжними засобами, з) самостійна патологічна хода. Відповідно також виокремлюють наступні форми ДЦП: спастичні (пірамідні) форми: підвищення м'язового тону є визначальним симптомом цього типу, м'язи

є напруженими, тугими (спастичними), а рухи є незграбними або неможливими; в залежності від того, яка частина тіла уражена, спастичні форми ДЦП поділяються на: диплегію (обидві ноги), геміплегію (одна сторона тіла) або тетраплегію (чотири кінцівки). Спастичні форми є найпоширенішими і на них припадає близько 70-80 % випадків згідно дослідженням співробітників даного центру.

Дискінетична (екстрапірамідна) форма проявляється порушенням координації рухів. Виділяється два її основні підтипи: а) атетоїдна (гіперкінетична) форма проявляється повільними або швидкими неконтрольованими рухами, які можуть проявлятися у будь-якій частині тіла, включаючи обличчя, ротову порожнину та язик. Приблизно 10-20% випадків ЦП належать до цього типу; б) атактична форма характеризується порушенням рівноваги та координації. Якщо такий хворий може ходити, то хода невпевнена і хитка. Пацієнти з цією формою мають проблеми з виконанням швидких рухів та рухів, які вимагають тонкого контролю, наприклад, письмо. Така форма складає 5-10 % випадків ЦП.

Змішані форми є комбінацією різних форм церебральних паралічів. Поширеним є поєднання спастичних форм з атетоїдними або атактичними. Незважаючи на простоту, як зазначав В. Козьявкін, цього підходу до класифікації ДЦП, яку запропонували однодумці-дослідники, він не повністю відповідає сучасним вимогам до систем класифікації [50]. Проте, зарубіжні дослідники J. Gorter, S. Hanna, P. Rosenbaum не знаходять у літературі підтвердження їх валідності та надійності [188].

Для забезпечення стандартизованої оцінки ступеня тяжкості моторної неповносправності пацієнтів з ДЦП співробітниками Канадського університету МакМастер (McMaster University) в 1997 році була розроблена Система класифікації великих моторних функцій [54]. Ця система класифікації застосовується для об'єктивної оцінки рівня моторних порушень у дітей з ЦП, базуючись на їхніх функціональних можливостях, потребі у допоміжних пристроях та можливостях пересування. Система класифікації великих моторних функцій нині є загально визнаним світовим стандартом, валідність та надійність якої перевірена у багатьох дослідженнях [54].

Доопрацьована класифікація великих моторних функцій (GMFCS E&R) з'явилася у 2007 році, вона вже вміщує у собі опис функціональних можливостей дітей віком 12-18 років. Відповідно цієї класифікації, усі пацієнти з ДЦП розподіляються на п'ять рівнів відповідно своїх моторних можливостей. Цю класифікацію можна швидко та легко використовувати, вона зосереджує увагу на визначенні рівня, який найкраще відповідає можливостям та обмеженням моторних функцій дитини на момент обстеження. Наголос робиться на типовій поведінці дитини вдома, у школі та у суспільстві. Оскільки розвиток моторних функцій залежить від віку, то для кожного рівня класифікації подано окремий опис для різних вікових груп (до 2-х років, від 2-х до 4-х, від 4-х до 6-ти, від 6-ти до 12-ти, від 12-ти до 18-ти років). Така класифікація знаходиться на етапі введення у сучасний науково-методичний простір роботи з дітьми з ДЦП. Український варіант розширеної та уточненої версії системи класифікації великих моторних функцій, підготовлений співробітниками міжнародної клініки відновного лікування В. Козявкіна, сьогодні активно застосовується у медичних установах [52].

Майже одночасно з виникненням GMFCS E&R, українськими дослідниками створюється більш деталізована класифікація ДЦП у дітей. Для актуалізації реабілітаційного процесу та суттєвого розуміння функціональних можливостей кожної дитини створена реабілітаційна класифікація ДЦП, в основу якої покладений синдромологічний та функціональний підходи. Представники Української наукової школи, лікарі, науковці С. Зінченко [41], В. Козявкін [51], В. Мартинюк [85], В. Падко [88] та ін. виокремлюють три провідних синдроми ДЦП: синдром рухових порушень; синдром інтелектуальних порушень; синдром мовленнєвих порушень. Детальна характеристика синдромів дає можливість індивідуального підходу до реабілітації. Застосування даної класифікації дає змогу контролювати перебіг розвитку дитини з ДЦП протягом тривалого періоду, враховуючи при цьому індивідуальні особливості перебігу хвороби. Ми вважаємо, що така класифікація є однією з максимально охоплюючих мультифакторний та багатовекторний патогенез ДЦП, а саме порушення моторики, психічного розвитку

та мовленнєвого тощо. Відповідно, вона є надзвичайно важливою для фахівців у галузі логопедії та логопсихології.

Найбільше досліджень присвячено опису порушень моторних функцій, здійснених медичними фахівцями (В. Азарський [2], В. Зінченко [42], В. Козявкін [53], В. Мартинюк [87], К. Semenova [209] та ін.). Порушення моторного розвитку складають провідну проблему розвитку дітей з ЦП, що пов'язані з ураженням моторних зон КГМ, говорить К. Semenova [209]. У своїй науковій праці О. Mastuykova [226], зазначає, що у дітей з ЦП затримується та порушується формування усіх моторних функцій від народження або з моменту виникнення такої проблеми. Порушення моторики обумовлене наявністю патологічного м'язового тону (по типу спастичності, гіпотонії, дистонії), порушенням рівноваги та координації рухів (атаксія), наявністю патологічних рефлексів.

У медичній літературі розглянуто достатньо детально питання патологічних, позотонічних рефлексів у дітей з ЦП, що відображено у працях вітчизняних та зарубіжних дослідників В. Зінченка [42], В. Козявкіна [51], В. Мартинюка [85], L. Badalyan [171], К. Bobath [176], К. Semenova [209], L. Zhurba [226] та ін. Науковці стверджують, що при патологічному рефлексі та підвищеному м'язовому тонусі утворюється специфічна патологічна пропріоцептивна аферентація, яка спрямовує у мозок дитини аферентні імпульси від патологічного положення та руху, що обумовлюють затримку та порушення розвитку усіх рухів, психічних процесів та мовлення. Тобто, порушення моторики стимулює виникнення порушень та затримки психічних функцій, серед яких і мовлення (рис.1).



Рис. 1. Порушення моторних функцій у дітей з ЦП

У змісті сучасних наукових досліджень зазначено, що саме несформованість вищих кіркових функцій та рухові порушення несприятливо впливають на хронологічне дозрівання психічної діяльності, що призводить до різних ступенів порушень пізнавальної діяльності, виражених порушень схеми тіла, процесу породження та реалізації мовлення, які проявляються недостатністю просторових і часових уявлень, конструктивного та побутового праксису, стереогнозу, тощо (О. Майструк, С. Зінченко) [42]. Представники різних наукових шкіл вказують на нерівномірний, дизгармонійний характер недорозвинень психічних функцій в цілому майже у 30-35% дітей з ЦП (А. Benton, В. Bobath, К. Bobath, L. Badalyan, N. Botta, P. Botta, V. Cardwell, W. Cruickshank, L. Danilova, I. Levchenko, I. Mamaichuk, O. Mastyukova, Q. Raus, A. Remble, L. Shipitsina, L. Zhurba та ін.) [168; 171; 176; 214].

У ретроспективному аналізі психофізичних порушень при ДЦП важливим є питання несформованості вищих кіркових функцій, що обумовлені порушеннями зору, слуху і м'язово-суглобового відчуття і призводять до сенсорної дезінтеграції, котра знижує якість сприймання в цілому, обмежує обсяг інформації і проявляється сенсорною депривацією, що ускладнює інтелектуальну діяльність (О. Kalizhnyuk,

I. Levchenko, O. Mastyukova, N. Simonova, T. Shamarin та ін.). А згодом негативно відображається на формуванні пізнавальних процесів, що підтверджено науковими працями V. Cardwell, W. Cruickshank, M. Ippolitovoi, E. Kirichenko, S. Konovalenko, I. Levchenko, Q. Raus [169; 171; 176]. Стан інтелекту дітей з ЦП також потребує більш детального вивчення, оскільки у дітей з тяжкими руховими та мовленнєвими порушеннями може бути первино збережений інтелект і, навпаки, у дітей з мінімальними руховими розладами можуть спостерігатися тяжкі інтелектуальні та мовленнєві розлади (Т. Dobrovolska, N. Gamuletska, M. Gurevich, E. Heisserman, V. Kozhevnikova, D. Lavrova, N. Shabalina, E. Sologubov, E. Speltz) [183; 185].

Крім рухових порушень, у дітей з ЦП практично із самого початку спостерігають специфічні відхилення у психічному розвитку. Згідно даних досліджень О. Mastyukova [226], вони можуть бути пов'язані як з ураженням головного мозку, так із наслідками затримки його дозрівання. Відсутність довільної уваги, проблема засвоєння простору, відставання формування конвергенції, зменшення поля зору, в першу чергу, пов'язані з відставанням або викривленням моторного розвитку дитини. Відхилення у психічному розвитку дітей з ЦП пов'язані також із відсутністю практичної діяльності та соціального досвіду, комунікативної діяльності з оточуючими, неможливістю повноцінної ігрової діяльності.

Порушення розумової діяльності у дітей з ЦП проявляється у вигляді синдрому дратівливої слабкості. Одна група дітей характеризується підвищеною виснажливістю, втомлюваністю, інша – надмірною дратівливістю, плаксивістю, вередливістю. Синдром дратівливої слабкості поєднуються у дітей з ЦП з підвищеною чутливістю до різних зовнішніх подразників.

Згідно даних досліджень зарубіжних фахівців K. Berg, S. Dauphinee, L. Williams, порушення психічної сфери насамперед зумовлені як пошкодженням головного мозку, обмеженням рухової активності, соціальних контактів, неналежними умовами виховання, так і недорозвиненням мовленнєвих та сенсорних функцій. У дітей з ЦП прослідковуються недостатність знань про оточуючий світ, що є наслідком соціальної депривації, обмеженістю у спілкуванні,

яка призводить до викривлення та затримки психічного розвитку. У дітей з ЦП психічний розвиток проходить по типу затримки психічного розвитку 19-40 %, та приблизно 13%-40 % мають розумову відсталість (І. Колкер, В. Михайленко та ін). Синдром гіперактивності та дефіциту уваги спостерігається у близько 10 % дітей з ЦП (Ю. Бардашевський, Ю. Бондарькова, Н. Єрмоленко, А. Неретіна, І. Скворцов та ін.) [40].

Психічні порушення можуть проявлятися у вигляді порушень емоційно-вольової сфери, пізнавальної діяльності та розладів особистості [12] (рис.2). Порушення пізнавальної діяльності характеризуються відсутністю інтересу до занять, порушенням пам'яті, мислення, уваги, конструктивного праксису, порушеннями когнітивної функції у вигляді затримки психофізичного та мовленнєвого розвитку, олігофренії у всіх трьох ступенях: легка, помірна, тяжка. Порушення емоційно-вольової сфери мають вигляд підвищеного емоційного збудження, вегетативних дисфункцій та пригнічення функцій ЦНС. Розлади особистості у дітей з ЦП представлені психічним інфантилізмом, порушенням розвитку особистості та адаптації до нових умов середовища. Порушення загальної тактильної чутливості у дітей з ЦП, за результатами досліджень [183], виявились у 97 % випадків, паралельно у 90 % інкримінувались і порушення дискримінаційної чутливості, а у 46 % – пропріоцептивний дефіцит [214].

Порушення пізнавальної діяльності	Порушення емоційно-вольової сфери	Розлади особистості	Порушення чутливості
<ul style="list-style-type: none"> • відсутність інтересу до занять; • порушення пам'яті, мислення, уваги, конструктивного праксису; • порушення інтелекту у вигляді затримки психофізичного та мовленнєвого розвитку; • когнітивні порушення різної тяжкості. 	<ul style="list-style-type: none"> • підвищена виснажливність, втомлюваність; • надмірна дратівливість, плаксивість, вередливість; • "синдром дратівливої слабкості" у поєднанні з підвищеною чутливістю до різних зовнішніх подразників. 	<ul style="list-style-type: none"> • психічний інфантилізм; • порушення розвитку особистості; • порушення адаптації до нових умов середовища. 	<ul style="list-style-type: none"> • порушення дискримінаційної чутливості; • пропріоцептивний дефіцит; • порушення стереогнозису; • порушення двомірно-просторового відчуття.

Рис. 2. Порушення психічної сфери у дітей з ЦП

Щодо мовленнєвого розвитку дітей з ЦП, то більшість зарубіжних та вітчизняних науковців (В. Галущенко [17], А. Голуб [21], Е. Данілавічюте [29], С. Конопляста [62], Н. Пахомова [104], О. Романенко [116], В. Тищенко [141], В. Тарасун [137], Л. Ханзерук [146], М. Шеремет [160], L. Belyakova [172] та ін.) зазначають їх складність та багатогранність. Згідно досліджень А. Голуб [24], Г. Гуровець [33], С. Коноплястої [63], О. Arkhipova [167], L. Belyakova [172], К. Semenova [209] для кожної форми ДЦП характерні своєрідні порушення мовлення, що зумовлені руховою патологією та можуть супроводжуватися розладами дихання, труднощами формування голосу, порушеннями координації між диханням, фонацією та артикуляцією. У залежності від локалізації та тяжкості порушень мовленнєвих зон головного мозку у 80 % дітей з ЦП зустрічаються порушення мовлення, а саме сприйняття мовлення та моторна функція [208]. Також мовленнєві розлади у дітей з ЦП характеризуються лексичними, граматичними та фонетико-фонематичними порушеннями [29]. Найпоширенішим клінічним проявом мовленнєвих порушень у дітей з ЦП є дизартрії, що характеризуються порушенням іннервації артикуляційної мускулатури при ураженні мовленнєвих і рухових механізмів ЦНС, що призводить до порушень породження та реалізації мовлення [124, 272 с.]. Для класифікації дизартрій у дітей з ЦП однією з поширених у застосуванні є класифікація відповідно локалізації уражень кори головного мозку, згідно якої розрізняють бульбарну, псевдобульбарну, підкіркову/екстрапірамідну, мозочкову, кіркову дизартрію та анартрії (повну або часткову), тобто неспроможність до вимови звуків та навіть голосоподачі. Згідно з даними наукових розвідок В. Азарського [2], А. Голуб [21], В. Козьявкіна [49], С. Коноплястої [60], В. Мартинюка [86], Н. Яценко [164], О. Arkhipova [167], L. Badalyan [171], L. Belyakova [172], К. Semenova [209] та ін. у дітей з ЦП все частіше зустрічається дизартрія, алалія, що є системним недорозвиненням мовлення в результаті ураження кіркових мовленнєвих зон та характеризується порушенням відтворення чи сприйняття мовлення або навіть подвійним порушенням. Для дітей з ЦП також характерними є дислексія та дизграфія, логоневрози, дистонія. Частота діагностування дизартрії при ДЦП у формі

подвійної геміплегії становить 84 %, 76 % – при гіперкінетичній, 23,8 % – при спастичній диплегії, 21 % – при атонічній-астатичній, 17,8 % – при спастичному геміпарезі. Відповідно, саме дизартрія є найпоширенішим мовленнєвим порушенням при ДЦП або складає сукупність проявів первинного порушення поряд із порушеннями рухової сфери та психологічної [17; 21; 41; 51].

Враховуючи те, що розвиток дитини з ЦП представляє міжгалузеву проблему, сьогодні в Україні розроблені на державному рівні методичні рекомендації щодо визначення рівнів підтримки та подолання освітніх труднощів у дітей з ООП, серед яких діти з ЦП. Визначають рівні підтримки відповідно освітніх труднощів таких дітей, починаючи з раннього віку, використовуючи методичні рекомендації (наказом МОН від 17.01.2022 р. №29). Освітні труднощі – це труднощі, які впливають на процес здобуття дошкільної освіти та рівень результатів навчання осіб відповідного року навчання у відповідному закладі освіти. Рівні підтримки в освітньому процесі дітей з ООП, зокрема для дітей з ЦП, які здобувають дошкільну освіту в інклюзивних групах, – це обсяг тимчасової або постійної підтримки в освітньому процесі здобувачів освіти з ООП відповідно до їх індивідуальних потреб (враховуючи зміни, затверджені постановою Кабінету Міністрів України від 28 липня 2021 року № 769 «Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 10 квітня 2019 р. № 530»). Зміни в оновленому Порядку організації інклюзивного навчання в закладі дошкільної освіти спрямовані на індивідуалізацію освітнього процесу для дітей з ООП, серед яких діти з ЦП, та надання їм підтримки відповідно до потреб. Забезпечення рівня підтримки здійснюється шляхом використання діагностичного інструментарію, представленого у методичних рекомендаціях щодо визначення освітніх труднощів у дітей раннього та дошкільного віку, розроблених Міністерством освіти і науки України та Інститутом спеціальної педагогіки і психології ім. М. Ярмаченка Національної академії педагогічних наук України пункту 2 Оперативного плану МОН України на 2022 рік, затверджених наказом МОН від 17.01.2022 р. № 29.

Отже, здійснивши детальний емпірико-теоретичний аналіз проблем розвитку дітей з ЦП, є підстави стверджувати, що вивчення даної категорії дітей не є

завершеним та залишається актуальним і сьогодні. Історичний екскурс у вивчення проблем етіології та особливостей розвитку дітей з ЦП з клінічної та педагогічної позицій свідчить про наявність у розвитку таких дітей болючих проблем, що перешкоджають гармонійному життєзабезпеченню. Розкрито медичні, педагогічні та соціально-психологічні передумови становлення та формування наукових поглядів на фізичний, психічний та мовленнєвий розвиток дітей з ЦП, зокрема раннього віку. Ретельний аналіз клінічної та педагогічної літератури підтвердив, що досьогодні ведуться наукові пошуки найвдалішої класифікації ДЦП, клінічних та логопсихологічних шляхів успішної соціалізації таких дітей, починаючи з раннього віку.

1.2. Мовленнєвий онтогенез дітей раннього віку у нормі та з церебральним паралічем (теоретичний аспект)

Розвиток мовлення є невід'ємною частиною психомовленнєвого онтогенезу. Для глибокого розуміння мовленнєвого розвитку дітей раннього віку з ЦП, вважаємо за необхідне дану проблему розглянути з позицій фізіології, психолінгвістики, нейропсихології, спираючись на наукові розвідки О. Боряк [12], В. Галущенко [20], А. Голуб [24], Е. Данілавічюте [29] С. Коноплястої [71; 66], Н. Манько [91], Є. Соботович [144], В. Тарасун [148], В. Тищенко [152], М. Шеремет [170], О. Kornev [194] та ін.

Для глибокого розуміння змісту та механізмів мовленнєвого недорозвинення як при нормальному онтогенезі, так і при церебральному паралічу, неодмінно велике значення має розуміння таких понять як мова, мовлення, мовленнєва діяльність.

Мовлення – один із головних процесів людської діяльності, який вивчається лінгвістами, фізіологами, психолінгвістами, психологами, логопедами. З точки зору психолінгвістики Є. Соботович [144], В. Тарасун [146], Т. Akhutina [12], О. Leontiev [158], L. Vygotskyi [219], M. Zhyntkin [102] та ін. розглядають мовлення

як специфічну ієрархічно-організовану діяльність. Згідно досліджень О. Lurіa [201], мовленнєва діяльність – це сукупність мовленнєвих дій, які мають мотив, мету, засоби, способи виконання, установки та результати діяльності. У її структурі виділяють етапи, фази та рівні. Засобом мовленнєвої діяльності є мова як система знаків, орієнтирів, необхідна для діяльності людини в соціальному світі. На думку О. Leontiev [200], мовленнєва діяльність – спеціалізоване використання мовлення для спілкування, в якому кодується та декодується зміст; процес внутрішньої саморегуляції соціуму [176].

О. Lurіa [201] зазначав у своїх дослідженнях, що мовлення має принципове значення для розвитку психічної діяльності дитини в цілому, виступаючи в ролі стрижня в розвитку мислення і як його матеріальний носій, і як вищий регулятор поведінки дитини. Аналіз досліджень науковців – психологів [163], психолінгвістів [201] щодо значення мовлення засвідчив, що мовлення – системна вища психічна діяльність, для повноцінного розуміння якої потрібен не лише міждисциплінарний, а й міжгалузевий підхід як того вимагає сьогодення.

Згідно нейропсихологічних даних наукових розвідок Є. Соботович, мова – це система умовно символічних знаків, створених певною соціальною групою для спілкування. Мова – це явище соціальне, це система знаків, необхідних для вираження понять [132]. Є. Соботович: «Мовленнєва діяльність має психофізіологічну природу, яка полягає у роботі в першу чергу мозку, спрямована на використання мови для комунікації». Згідно з визначенням Є. Соботович, мовлення являє собою результат вищої психічної діяльності – це певна послідовність мовленнєвих одиниць, що регулюється законами мови та свідомістю, формуючи ту чи іншу думку [133].

Згідно з науковими пошуками Є. Соботович. лише глибинний аналіз та встановлення відмінностей таких понять дає змогу по-новому поглянути на мовленнєві труднощі у дітей, а також визначити ланку, у якій відбуваються порушення та спрямувати корекційну роботу на компенсацію необхідної ланки [134].

Систематизуючи аналіз літератури з означеного питання, ми визначили, що для дослідження онтогенезу комунікативно-мовленнєвої діяльності дітей раннього віку з ЦП важливою є класифікація мовленнєвих порушень, яку запропонував О. Корнев. оскільки автор сучасну систематику станів недорозвинення мовлення вибудував на основі міжгалузевої взаємодії, спираючись на наступні принципи: клініко-патогенетичний; багатовимірний підхід до діагностики; мультидисциплінарний підхід до характеристики станів, що досліджуються; системно-функціональний підхід до оцінки стану мовлення взагалі [193].

Модель функціональної системи мови та мовлення (далі – ФСММ) (О. Корнев [193]) створює фундаментальне забезпечення комунікативно-мовленнєвої діяльності, головним завданням якої є породження мовлення в процесі комунікації. Модель ФСММ включає три основні підсистеми: семіотичну, програмування та інтерпретації мовленнєвих актів, регуляції мовлення. Саме за допомогою такої моделі ФСММ науковець характеризує мовлення як системну, багатокomпонентну та міжгалузеву проблему. Сучасна українська логопедична наука також розглядає проблеми розвитку мовлення взагалі та формування мовленнєвої готовності та мовлення у дітей із тяжкими порушенням мовлення та психофізичного розвитку через призму ФСММ (О. Белова [6], А. Голуб [24], С. Конопляста [58], А. Яковенко [163] та ін.).

У дітей раннього віку розвиток мовлення відбувається в індивідуальному порядку в певні часові проміжки часу, при цьому прослідковуються загальні специфічні прояви, які свідчать про відповідність мовленнєвій нормі прийнятої у певному мовленнєвому середовищі.

Акцентуємо, що мовленнєва діяльність – це соціальна взаємодія, у якій мовлення використовується для подачі та сприймання інформації. Згідно з науковими пошуками О. Корнев, мовленнєва діяльність складається із домовленнєвого періоду розвитку дитини від народження до року та розвитку мовлення у період від одного року. Формування мовленнєвої діяльності відбувається під час провідної діяльності, що зумовлена соціальною ситуацією розвитку дитини. Для дітей від народження до одного року провідною діяльністю

є емоційне спілкування з дорослими, починаючи з емоційно-тілесного до емоційно-комунікативного. Від 1-го року до 3-х років провідною діяльністю є предметно-маніпулятивна діяльність, саме така діяльність утворює головну умову, завдяки якій відбувається формування мотивації до комунікації, зароджується мовленнєва діяльність, формуються комунікативні навички, необхідні для майбутньої соціалізації дітей. Дотримання та проживання даної умови є необхідними і для розвитку мовлення та комунікативної діяльності дитини з ЦП.

Комунікативно-мовленнєва діяльність – це діяльність, яка спрямована на реалізацію мовленнєвих навичок, необхідних для обміну інформацією. Згідно з дослідженнями домовленнєвого періоду, комунікативно-мовленнєва діяльність починає формуватися з трьохмісячного віку (G. Conger, J. Kagan, M. Lisina, O. Mastuykova, P. Mussem, O. Shipitsina та ін.) [183; 198]. Це відбувається, коли у дитини виникає голосова активність як реакція на дорослого (гуління) у складі комплексу поживлення. Це є одним з перших важливих показників, який впливає на формування ФСММ дитини. Під час емоційного спілкування з дорослим малюк протягом першого року життя демонструє дорослому голосові реакції, що відповідають його стану (комфорту або дискомфорту). У дитини поступово формуються елементарні уявлення про комунікативну поведінку та відповідні навички. До кінця першого року у дитини починає все більше проявляється предметно-маніпулятивна діяльність, яка у свою чергу формує навички діалогічного мовлення, які є засадничими у комунікативно-мовленнєвій діяльності. Важливим на цьому етапі розвитку дитини є усвідомлена спрямованість матері на емоційне спілкування з дитиною, адже від її емоційного стану буде залежати результат розвитку дитини (Н. Гавриш [15], С. Конопляста [62], Н. Манько [81], В. Тарасун [137], М. Шеремет [159], J. Bruner [177], О. Kornev [195], VanderStel [218], D. Winnicot [222] та ін.). Результатом недостатньої емоційної взаємодії дитини з матір'ю виникає соціально-емоційна депривація немовляти, що негативно впливає на розвиток комунікативно-мовленнєвої діяльності дитини. Під час емоційно-тілесного та емоційно-комунікативного спілкування з матір'ю у

дитини формується вміння наслідувати та відтворювати артикуляцію та мімічні рухи обличчя дзеркально, це є важливим елементом формування спілкування.

Приблизно до кінця першого року життя стають більш зрілими мозкові структури, які відповідають за чіткі координовані рухи артикуляційного апарату. Це стає помітними і під час вокалізацій дитини. У мовленні дитини починають виникати перші склади, схожі на слова дорослих «ма», «па», «ба». І це є важливим показником переходу до нового етапу мовленнєвого розвитку дитини.

Формування мовленнєвого етапу розвитку комунікативно-мовленнєвої діяльності розпочинається з формування когнітивного та сенсомоторного забезпечення мовленнєвих актів. Завдяки цьому дитина опановує конвенціональними формами звукової комунікації з використанням як супрасегментарних, просодичних та/або сегментарних мовленнєвих засобів. Відповідно, саме у період домовленнєвого розвитку формуються основи комунікативно-мовленнєвого розвитку дитини [194].

Видатний лінгвіст М. Хеллідей дослідив становлення вокалізацій у дітей раннього віку (від 9 до 24 місяців) і виділив 7 мовленнєвих функцій, які дитина має засвоїти у домовленнєвому періоді становлення мовленнєвих функцій:

- 1) інструментальна функція – забезпечує задоволення життєво важливих потреб дитини;
- 2) регуляторна функція – здійснює контроль за діями інших осіб;
- 3) функція взаємодії – забезпечує досягнення та зміцнення контакту із значущими для дитини особами;
- 4) особистісна функція – прояв власної індивідуальності дитини щодо використання мовленнєвих сигналів;
- 5) евристична функція – забезпечує розвиток пізнавальної сфери малюка;
- 6) когнітивна функція – формування від початкових уявлень про навколишній світ на основі мовленнєвих сигналів;
- 7) інформативна функція – виконує дослідження дитиною довкілля, включаючи соціальні контакти з близькими та родичами.

У віці від 2-х до 8-ми місяців усі мовленнєві функції інтенсивно розвиваються у домовленнєвому періоді, при цьому першими формуються такі функції як інформативна, регуляторна та інструментальна. З 12-ти до 18-ти місяців інтенсивного розвитку набуває евристична функція. Немовля може привертати до себе увагу дорослих,

утримувати увагу та спонукати їх до виконання дій. Дитина раннього віку завдяки мовленнєвим сигналам отримує їх чітке комунікативне значення: ствердження, заперечення, згода, прохання, вимога. На довербальному етапі розвитку мовленнєвих функцій немовля може засвоїти певне значення мовленнєвих сигналів, тобто виявляти розуміння «понять» розташування, зв'язків з певними відчуттями та подіями, відповідної належності, заперечення, існування та ідентифікації, що надалі буде виступати підставою для формування у неї граматичних категорій мовлення [192].

Натомість, при ДЦП спостерігається суттєве викривлення розвитку дитини з самого початку. І це пов'язано, перш за все, із каузальною природою даного порушення, що зумовлено ураженням центральної системи та має вплив на усі сфери розвитку дитини, серед яких страждає і мовленнєва сфера (В. Азарський[2], С. Зінченко [41], В. Козявкін [55], В. Мартинюк [96], О. Prikhodko [212], К. Semenova [209], О. Vynarska [220] та ін.). Тому у розвитку дитини раннього віку з ЦП або ризиком щодо його виникнення спостерігається відсутність або недостатність необхідних умов для повноцінного розвитку мовлення дитини. Згідно з дослідженнями, В. Галущенко [16], А. Голуб [25], В. Козявкіна [50], С. Коноплястої [61], Н. Манько [81], І. Марченко [90], В. Тарасун [136], М. Шеремет [160] та ін., від самого початку розвитку дітей спостерігається відсутність збереженості та достатньої зрілості мозкових структур, що беруть участь у формуванні мовленнєвих функцій; порушення кінестетичного, слухового, зорового сприймання; можливі порушення когнітивного розвитку у дітей, які забезпечують потребу у мовленнєвому спілкуванні; порушення формування будови артикуляційного апарату; недостатнє сприятливе емоційне та мовленнєве середовище.

Наукові висновки М. Lisina дозволяють виокремити вже у дітей в нормі у віці 2 - 4 - х місяців інтонаційні відмінності гуління під час емоційного спілкування з дорослим, у дітей з ЦП зазвичай відмічається переважне використання крику чи своєрідних вигуків (гукань). Через несформованість або порушення дозрівання мозкових структур не відбувається удосконалення рухливості органів артикуляції,

що обумовлює відчутну специфічність формування лепету, його спотворення відповідно до індивідуальних можливостей дітей [198].

Згідно з науковими пошуками С. Коноплястої визначено певну взаємозалежність розвитку ранніх психомоторних функцій дитини з комплексними порушеннями, зокрема дітей з ЦП та її антропометричних даних (зокрема – маси тіла). Цікавою виявляється динаміка розвитку рухів, що забезпечують повзання дитини. Науково доведено зв'язок засвоєння рухів повзання (утримання голови, перевертання з животика на спинку, «плавання», перекочування з боку на бік, повзання «по-пластунськи» тощо) з певними етапами домовленнєвого та раннього мовленнєвого розвитку дитини [59].

Перше, що відмічають О. Arkhipova [167], О. Prykhodko [212] у розвитку такої дитини, є суттєві відставання у фізичному розвитку. Більшість дітей з ЦП до 6-ти місяців не спроможні піднімати та утримувати голову, прослідковується певна паретичність кистей, підвищений тонус пальців рук, відсутність конвергенції, атипове положення тіла із закинутою головою назад. До 12-ти місяців практично відсутня здатність самостійно перевертатися, сидіти, стояти, що провокує обмеження поля зору дитини, засвоєння простору, зниження мотивації та комунікативно-мовленнєвої діяльності, яка мала б активно розвиватися. У період до 12-ти місяців у дітей спостерігається практична відсутність голосової активності, значна затримка термінів формування гуління, лепету, а отже і поява перших слів.

Домовленнєвий період розвитку дітей з ЦП має ряд специфічних проявів. У багатьох дітей відмічають патологічну будову артикуляційного апарату, що проявляється у неправильній будові твердого піднебіння [69], недорозвитку нижньої щелепи, масивному язику, асиметрії обличчя, порушенні симетрії носогубних складок, патологічному розташуванні язика у глибині ротової порожнини. Порушення тону м'язів артикуляційного апарату відповідно спричиняють порушення його функціонування. У дітей спостерігаються проблеми зі вживанням їжі (порушення жування, ковтання, гіперсаливація, гіперкінези язика, спастичність м'язів глотки та гортані). Це унеможлиблює голосоподачу або спричиняє

просодичні порушення, утруднення дихання, які самостійно не зникають, а лише закріплюються з розвитком дитини. Вищезазначене пояснюється тривалістю прояву патологічних рефлексів та їх негативним впливом на м'язовий тонус артикуляційного апарату (С. Зінченко [41], В. Козявкін [51], В. Мартинюк [85], Н. Яценко [164] та ін.).

При цьому відмітимо, що батьки дітей у цей період зазвичай знаходяться на стадії емоційного шоку та прийняття проблеми розвитку власної дитини, вони сконцентровані на клінічному діагнозі, замкнуті, розгублені, малоемоційні на тлі почуття провини або в їх поведінці переважають емоції розпачу, безвиході, що, безперечно, негативно впливає на розвиток дитини, на забезпечення емоційно-тілесного контакту і, як наслідок, позначається на породженні мовлення дитини. У більшості випадків батьки дітей раннього віку з ЦП проявляють гіперопіку у вихованні, не даючи можливості дитині проявити самостійність, попереджуючи усі бажання чи виконуючи їх у відповідь на жести, погляд. Таким чином, у дитини не формується бажання мовленнєвої взаємодії з дорослим, що є важливою умовою для повноцінного розвитку мовлення і, перш за все, комунікативної його функції (Г. Кукуруза [82], О. Mamaichuk [214], О. Mastjukova [226], О. Shipitsyna [214] та ін.).

Згідно з теоретичним аналізом багаторічних досліджень проблеми розвитку дітей раннього віку з ЦП, Е. Данілавічюте [29], М. Єфименко [38], М. Манько [81], М. Мога [97], В. Тарасун [136], Л. Черніченко [151], М. Шеремет [160] та ін. виокремлено рівні домовленнєвого розвитку таких дітей. Основним критерієм такого поділу є стан голосової активності, відповідно до якого виокремлюють чотири рівні домовленнєвого розвитку дітей з ЦП: *перший рівень* – характеризується затримкою пізнавально-орієнтувальної діяльності та відсутністю голосової активності у період неспання; *другий рівень* – спостерігається затримка пізнавально-орієнтувальної діяльності, голосової активності на етапі недиференційованих звуків, відсутність гуління та лопотіння; *третій рівень* – розвиток пізнавально-орієнтувальної діяльності має незначне відставання від вікової норми, голосова активність відображається у вигляді монотонного

позбавленого емоцій гуління; *четвертий рівень* – наявність лепету, розуміння зверненого мовлення відповідно вікової норми [167].

За нормального онтогенезу, відповідно досліджень О. Kornev, формування комунікативно-мовленнєвої діяльності розпочинається з 10-12-ти місяців і триває до 6-ти років. Автор великого значення надає формуванню усіх сфер розвитку дитини. Комунікативно-мовленнєвий онтогенез він поділяє на декілька етапів. Перший етап – *ініціальний (10-18 місяців)*. У цей період відбувається засвоєння простих навичок мовленнєвого спілкування за допомогою простих елементарних, неструктурованих фраз – голофраз. Другий етап – *ранній (18-30 місяців)*, дитина розпочинає формувати мовленнєву систему, долаючи підсистеми мовленнєвих засобів та удосконалює навички мовленнєвого спілкування. Третій етап – *середній (30 місяців – 6 років)*, завершення формування мовленнєвої діяльності та комунікативно-мовленнєвої компетентності. На даному етапі розпочинається формування метамовленнєвих навичок [194]. Вищевикладений матеріал свідчить про те, що більшість дітей з ЦП не має природньої можливості нормотипового розвитку мовлення. Усі діти даної категорії мають значні труднощі вже у домовленнєвий період розвитку, що, відповідно, гальмує і подальший розвиток дитини.

Згідно з дослідженнями О. Romanenko, у дітей раннього віку з ЦП спостерігається пізня поява лепету, поява мовлення у період 1,6-2 роки, переважне використання однієї групи звуків у мовленні (об'єднаної за певним критерієм, наприклад, способом та місцем утворення) [212].

Дитина, що нормально розвивається, вже в один рік починає розуміти зміст коротких речень, за умови підкріплення немовленнєвими засобами спілкування (жестом, мімікою, поглядом). Дитина активно наслідує інтонації мовлення дорослого і таким чином формується її автономне мовлення. До двох років дитина активно користується мовою для спілкування та може використовувати фрази з двох-трьох слів. Дитина 3-х років вже вимовляє декілька простих речень одночасно, розуміє різницю між мовленням та жестами, поєднує їх за ситуацією під час мовлення [183].

У дітей з раннього віку з ЦП спостерігаються порушення усіх компонентів мовлення: фонетико-фонематичні, лексичні, граматичні (В. Галущенко [20], А. Голуб [21], С. Конопляста [71], М. Манько [91], Л. Черніченко [138], В. Тарасун [148], М. Шеремет [170] та ін.). Дослідники прослідковують взаємозв'язок між моторними розладами та формуванням артикуляційних укладів, які з самого початку мають патологічний характер. Крім того, спостерігаються труднощі у розрізненні звуків, відтворення звукоскладової структури, порушення лексичної та граматичної сторони мовлення, якісне обмеження словника та сповільненість його формування через обмеженість та помилковість знань про довкілля. Більше того, є достатня кількість дітей з ЦП, які і у 3 роки не вміють використовувати мовлення у процесі комунікації, в такому випадку вони користуються домовленевими засобами спілкування (В. Галущенко [17], Л. Ханзерук [146], О. Arkhipova [167], L. Belyakova [172], О. Kornev [193], О. Mastyukova [226] та ін.).

Спеціалісти у галузі вивчення мовленнєвих патологій при ДЦП В. Галущенко [20], Е. Данілавічюте [32], Н. Манько [92], І. Марченко [93], Л. Ханзерук [158] зазначають складність та тяжкість мовленнєвого стану, який проявляється у різних мовленнєвих порушеннях: дизартрія, алалія, заїкання, що зустрічаються як ізольовано, так і комбіновано. У складній структурі порушень у дітей з ЦП дизартрія як мовленнєво-руховий розлад посідає перше місце серед інших порушень психофізичного розвитку. У дітей з ЦП значне місце займають різноманітні ступені дизартрії (В. Галущенко [18], А. Голуб [22], Е. Данілавічюте [30], В. Тарасун [147], В. Тищенко [144], М. Шеремет [163], G. Bohme [189], D. Rutherford [215], Н. Westlahe [213] та ін.). Окрім дизартрії, останнім часом усе частіше зустрічаються мовнорухові розлади іншого генезу – по типу диспраксії (І. Марченко, В. Тищенко, О. Kornev) [101; 194].

На сучасному етапі проблема дизартрії дитячого віку продовжує активно вивчатися в клінічному, нейролінгвістичному, психолого-педагогічному, логопедичному напрямках. Найбільш досконало вона описана в дітей з ЦП з точки зору логопедії (L. Danilova, О. Mastyukova, О. Prykhodko, К. Semenova, О. Vynarska

та ін.). Сучасні українські дослідники розглядають багатовекторність проблем розвитку дітей з ЦП з дизартріями та пропонують сучасні програми, методи та прийоми подолання даного порушення (О. Боряк [11], В. Галущенко [17], А. Голуб [21], В. Кисличенко [47], С. Конопляста [58], Н. Манько [81], Н. Пахомова [103], В. Тарасун [137], В. Тищенко [142], М. Шеремет [160] та ін.). У зарубіжній літературі ця проблема представлена працями G. Vohme, M. Climent, P. Nelson, N. O'Dwer, T. Twitchell [205].

Сучасне історіографічне дослідження дизартрії як медико-психолого-логопедичної проблеми здійснила українська дослідниця А. Голуб. Результати системного дослідження дозволили вперше виділити історичні періоди вивчення дизартрії: перший (початковий) період (кінець 19 ст.) – клініко-симптомологічний; другий період (I пол. 20 ст.) – початковий лого-симптоматичний період; третій період (сер. 20 ст.) – діагностично-термінологічний; четвертий період (II пол. 20 ст.) – етіопатогенетичний та корекційно-педагогічний; п'ятий період (поч. 21 ст.) – інноваційний корекційно-педагогічний. Даний історичний екскурс широко розкрив складність та багатоаспектність проблеми мовленнєвого розвитку дітей з ЦП. Керуючись результатами дослідження А. Голуб, за необхідності доречно використовувати термін «дизартрія розвитку», що супроводжує багатьох дітей з ЦП [27].

Структура дизартрії в спеціальній літературі представлена як порушення усієї вимовної сторони мовлення та немовленнєвих процесів (загальної та дрібної моторики, просторових уявлень, мислення, волі тощо). Притаманні дизартрії дані мовленнєві ознаки мають негативний вплив на процес розвитку інших компонентів мовленнєвої функціональної системи, на формування комунікативної компетентності дітей, занижують ефективність мовленнєвого спілкування та негативно впливають на психоемоційний розвиток дитини в цілому. З огляду на це, діти з дизартрією, безперечно, є складним об'єктом наукових досліджень у галузі спеціальної освіти, зокрема логопедії та логопсихології [28].

Враховуючи стан логопедичного напрямку вивчення питання диференційної діагностики та корекції мовлення у дітей з ознаками дизартричних розладів

мовлення (гіперсалівація, слабка пережовування їжі, дистонія м'язів артикуляційного апарату тощо), слід зазначити недостатність сучасних комплексних, систематичних, неперервних міжгалузевих підходів подолання мовленнєвих порушень з урахуванням різних форм ЦП у дітей раннього віку.

Спеціалісти у галузі вивчення мовленнєвих патологій при ЦП Е. Данілавічюте [29], В. Галущенко [16], Н. Манько [81], В. Тарасун [136] та ін. зазначають складність та важкість дизартрії, що проявляється у різних ступенях вираженості при різних формах ДЦП, та наголошують на ранньому початку формування, розвитку, корекції мовлення у дітей раннього віку з ЦП [72].

Дослідження у спеціальній психології, проведенні С. Коноплястою [72], С. Корнєвим [194], І. Мартиненко [94], О. Романенко [126], Т. Сак [71] та ін., визначають психологічні особливості розвитку дітей з дизартрією в контексті загального психологічного розвитку дітей з порушеннями мовлення, а саме особливості пізнавальних процесів, емоційної сфери, особистісного розвитку дітей з дизартрією, спілкування та міжособистісних відносин, розуміння та продукування мовлення [71; 126; 148].

Окрім досліджень, що стосуються вивчення особливостей дизартрії у дітей з ЦП, активно ведуться наукові розвідки щодо розкриття особливостей та специфіки корекційної роботи. У роботі О. Mastyukova, К. Semenova описані необхідні умови для повноцінного розвитку мовлення, яке формується в тісній єдності з моторикою: анатомічне збереження і достатня зрілість мозкових систем, які беруть участь в мовленнєвій функції; збереження кінестетичного, слухового і зорового сприймання; достатній рівень інтелектуального розвитку, який забезпечував би потребу мовленнєвого спілкування; нормальна будова периферичного мовленнєвого апарату; достатнє емоційне і мовленнєве оточення. У дітей з ЦП часто має місце недостатність всіх цих умов із самого народження [209].

У спеціальних логопедичних дослідженнях розпочала вивчатися проблема розвитку просодичної сторони мовлення у дітей зі стертою формою дизартрії (В. Галущенко, С. Конопляста) [20; 71]. Нарешті, розглядаються різноманітні

клінічні форми мінімальних дизартричних розладів, які вимагають диференційованого підходу у подоланні даного мовленнєвого порушення [28].

Важливим досягненням у сучасній українській логопедії слід зазначити появу комплексної багатофункціональної корекційної методики формування та корекції порушень усного мовлення у дітей з дизартріями на засадах синергетично-емергентного підходу, запропоновану А. Голуб та С. Коноплястою [21]. Дана диференційована системна корекція усного мовлення у дітей з дизартріями забезпечує позитивну кількісно-якісну зміну стану усного мовлення дітей з дизартріями, можливість динамічної зміни решітки усного мовлення дітей з дизартріями. Синергетично-емергентні засади комплексної методики формування та корекції усного мовлення дітей з дизартріями урівноважують терези значущості між діагностичним та корекційним процесами. Розроблений і запропонований сучасний зміст корекційно-розвиткової роботи з урахуванням неврологічного та психологічного статусу дитини, стану інтелектуального розвитку, форми дизартрії, стану, віку дитини дає можливість найдієвіше здійснювати корекційну роботу при дизартрії у дітей [24].

Подолання дизартрії при церебральному паралічі в ранньому віці є однією із актуальних проблем сучасної спеціальної освіти. Така ситуація пояснюється збільшенням дітей раннього віку з неврологічною симптоматикою, серед яких діти з ЦП, розвиток яких супроводжується мовленнєвим недорозвитком (дизартрія до 95 %), з іншого боку – мультифакторністю проблеми дизартрії, що розглядається з різних позицій вивчення проблеми (медична, психологічна, педагогічна), що виникає внаслідок впливу різних етіопатогенетичних чинників (О. Боряк, В. Галущенко, А. Голуб, Е. Данілавичюте, С. Конопляста, Н. Пахомова, В. Тарасун, В. Тищенко, О. Чебатарьова та ін.) [11; 16; 29; 103].

У сучасній спеціальній освіті використовують комплексний підхід до подолання дизартрії (В. Галущенко [17], В. Конопляста [61], Н. Манько [80], І. Мартиненко [84], І. Марченко [91], Н. Пахомова [104], Т. Сак [62], В. Тарасун [137], В. Тищенко [139], М. Шеремет [160] та ін.). Цей комплексний підхід щодо усунення дизартрії містить три блоки. Перший медичний блок, його

основні завдання визначаються медичними фахівцями (невролог). Призначаються медикаментозні засоби, ЛФК, фізіотерапія, масаж та ін. Другий психолого-педагогічний блок, його основний напрямок – це розвиток сенсорних функцій. Формуючи слуховий гнозис, розвиваючи слухове сприймання, тим самим готується база для формування фонематичного слуху. Розвиваючи зоровий гнозис, зорове сприймання, тим самим попереджуються графічні помилки на письмі. Крім цього, психолого-педагогічний блок включає вправи на розвиток і корекцію просторових уявлень, графічних навичок, конструктивного праксису, мислення, пам'яті. Третій логопедичний блок, що проводиться в основному в індивідуальному плані. Автори відмічають необхідність проведення специфічної цілеспрямованої роботи з розвитку загальної моторики, артикуляційної моторики, дрібної моторики пальців рук, а також проведення пальцевої гімнастики, дихальних та голосових вправ. Дана система роботи в повному обсязі не забезпечує ефективність роботи з дітьми з дизартрією при ЦП, оскільки має тимчасовий вплив і часто буває пізньою. Дана комплексна система потребує осучаснення, доопрацювання, розширення переходу міждисциплінарності на рівень міжгалузевості, з огляду на відсутність методичних шляхів та змісту, та застосування у роботі з дітьми з раннього віку з ЦП, починаючи від народження.

З огляду на системний аналіз літературних джерел зазначимо, що проблемі корекційної роботи при дизартрії у дітей з ЦП відводиться значна увага як у медичній, так і в педагогічній площині. Проте, гострим залишається питання надання дітям з ЦП, починаючи з моменту постановки діагнозу, науково виважених корекційно-розвиткових послуг, враховуючи складність проблеми та керуючись міжгалузевим системним підходом до її вирішення. На практиці відчутна міжгалужева неузгодженість та розбалансованість, залишається відкритим питання систематизації та удосконалення роботи з формування мовлення у дітей раннього віку з ЦП, що реалізувала б комплексну, систематичну, безперервну організацію логопедичного супроводу дітей даної категорії.

Дослідження особливостей мовленнєвого онтогенезу дітей раннього віку з ЦП повинно виходити за межі логопедичних пошуків. Проведений аналіз сучасних

уявленнь про ранній мовленнєвий розвиток дітей раннього віку дозволяє стверджувати, що розвиток мовлення дітей з ЦП є недосконалим та потребує постійного супроводу, що забезпечить гармонійну траєкторію розвитку такої дитини. До сьогодні питання щодо мовленнєвого розвитку дітей раннього віку з ЦП залишається неповністю вирішеним, враховуючи потенціальні можливості комплексного багатоетапного довготривалого впливу на розвиток такої дитини, починаючи з раннього віку.

1.3. Організація медико-логопсихологічного простору для дітей раннього віку з церебральним паралічем у сучасних освітніх умовах

Спираючись на результати міжгалузевого системно-теоретичного аналізу літератури з проблеми розвитку дітей з ЦП, реабілітаційні заходи для них повинні бути спрямовані на корекцію не лише рухових порушень, але й супутньої симптоматики. З огляду вищезазначених висновків стосовно визначення, етіології та патогенезу ДЦП, характеристики супутніх розладів, специфіки мовленнєвого розвитку, вбачаємо потребу огляду організації медико-логопсихологічного простору для дітей раннього віку з ЦП та їх інтеграцію в освітній вітчизняний простір.

Згідно з даними галузевої статистики МОЗ України, зареєстровано близько 100 тис. дітей, труднощі розвитку яких пов'язані з патологією нервової системи. ДЦП є однією з найбільш частих причин дитячої інвалідності: поширення у Європі становить від 2 до 3 на 1000 живих новонароджених, в Україні – 2,56 на 1000 живих новонароджених. Серед глибоко недоношених дітей кількість випадків ДЦП зростає до 40-100 на 1000 живих новонароджених [31].

Останні 10 років ведеться інтенсивна робота щодо створення клінічних настанов з окремих складових реабілітації дітей з руховими порушеннями. Найбільша кількість клінічних настанов присвячена лікуванню та корекції рухових порушень у дітей з ЦП. Принципи, методи, зміст комплексного відновлювального лікування дітей з ЦП описані у роботах В. Азарського, С. Зінченко, В. Козьявкіна,

В. Мартинюка, В. Підкоритова та ін. Основними компонентами комплексного лікування вищезазначені дослідники визначили лікувальну фізкультуру, різновиди масажу, медикаментозні засоби, ортопедичну допомогу, фізіотерапевтичні процедури, рефлексотерапію тощо. Важливими для проведення теоретико-емпіричного аналізу проблеми стали дослідження К. Vobath [176], W. Phelps [185], G. Tardieu [212], V. Vojta [222], які вважають лікувальну фізкультуру основним засобом корекції рухової сфери в дітей з ЦП, дослідники заклали основні підходи в корекції руху в дітей з ЦП.

Згідно з аналізом теоретико-емпіричної літератури стосовно питання реабілітації дітей з ДЦП, одним із найефективніших у світі вважають Войта-діагностику та Войта-терапію, у деяких країнах Європи дані методи складають основу медичної реабілітації дітей з патологією нервової системи та опорно-рухового апарату. Даний метод знайшов місце і серед українських медичних центрів для дітей з ДЦП, починаючи з середини ХХ століття. Войта-терапія є, безперечно, однією з найефективніших методик, яка застосовується у роботі з дітьми з ДЦП в українському реабілітаційному просторі [85].

В останні роки мають попит методики лікувальної гімнастики, засновані на еволюційних закономірностях розвитку моторики здорової дитини. Такою методикою є методика В. та К. Vobath. Вона застосовується при всіх формах ДЦП, починаючи з раннього віку, у тому числі з дітьми з грубими порушеннями психічної та мовленнєвої сфери. Подружжя В. та К. Vobath обґрунтували необхідність роботи з пригнічення патологічних рефлексів перед початком формування рухів. Вони з'ясували, що при певних положеннях тіла активність патологічних рефлексів знижується. О. Arkhipova назвала такі рухи тіла рефлекс-забороненими позиціями. В основі рефлекс-заборонених позицій є різноманіття відтворення пози ембріона – сидючи, лежачи на спині чи на боку, лежачи на м'ячі, чи на валику. В. та К. Vobath підкреслюють, що, незалежно від віку дитини та стадії захворювання, необхідно починати роботу з того рівня рухового розвитку, який має дитина. Дослідники розробили складні комплекси вправ, що передбачають послідовну роботу з суглобами кінцівок в певних позах. Такий підхід до корекції

фізичного розвитку дитини з ЦП має обов'язково позитивно впливати на розвиток дитини [176]. Згідно з даних наукових пошуків В. Мартинюка, сьогодні в Україні впровадження Бобат-терапії існує на рівні окремих фахівців-ентузіастів і в поодиноких реабілітаційних закладах [164].

Важливим у науковому пошуку є дослідження змісту функціональної системи виховання вмінь та навичок, необхідних для життя та розвитку самостійності хворих дітей, запропонована французьким ортопедом G. Tardieu [205]. Одночасно із застосуванням прийомів розслаблення, розвитку реакцій рівноваги, попередження та, за необхідності, усуненням (хірургічним шляхом) контрактур, G. Tardieu запропонував змінити та пристосувати форму столових приладів, меблів, іграшок, туалетних предметів відповідно до потреб дітей, а опановування діями з ними назвав функціональними вправами.

Останнім часом в корекції рухових порушень дітей з ЦП все частіше використовують різноманітні методи. Наприклад, метод В. Кожевнікова доводить, що з метою профілактики контрактур та деформацій застосовуються різноманітні ортопедичні засоби: спеціальне ортопедичне взуття, супінатори, тютори, ортопедичні апарати, бандажі. З їх допомогою створюються правильні фізіологічні положення голови, тулуба, кінцівок. Широко використовуються різноманітні види ортопедичних укладок та пристосувань.

Не втратив своєї актуальності метод корекції спастичних контрактур етапним накладенням гіпсових пов'язок, за допомогою яких здійснюється поступове виведення кінцівок в середнє положення. Широко використовується у відновлюваному лікуванні хворих на ДЦП метод голкотерапії, який має як локальний вплив, так і вплив на біологічно активні точки (С. Зінченко, В. Козявкін, В. Мартинюк, В. Підкоритов та ін.) [41].

З метою нормалізації спастичного тону та профілактики виникнення контрактур використовують методи апаратної фізіотерапії, теплолікування, парафіно-озокеритові апплікації, грязь-бальнеолікування тощо (Е. Mezhenina, К. Semenova та ін.).

Досліджуючи проблему організації лікування представники медичної наукової школи допомоги дітям раннього віку з ЦП з'ясували, що медикаментозна терапія при дитячому церебральному паралічі найбільш ефективна у ранньому віці і є найрозповсюдженішим видом допомоги в цьому віці (С. Зінченко, В. Козявкін, В. Мартинюк, В. Підкоритов, L. Badalyan, K. Semenova, O. Timoshina, L. Zhurbata та ін.). Вищезазначене є вагомим доробком організації реабілітації дітей з ЦП, проте, не забезпечує комплексного впливу на всі наявні порушення дитини, а саме порушення фізичного, психічного, мовленнєвого розвитку.

Науково значущим прикладом організації терапії дітей з ЦП методом кондуктивної педагогіки є реабілітаційно-терапевтичний центр для неповноцінних дітей у м. Замосці, Польща. Кондуктивна педагогіка – це визнаний у світі метод, який спирається на знання про мозок і його функції. Цей напрям виник в Угорщині в кінці 40-х років та отримав розповсюдження в усьому світі. Метод кондуктивної педагогіки, розроблений А. Ретью в 1945-1967 роках, у подальшому набув розвитку школою М. Нагі. У цьому методі використовується незвичайна властивість мозку, яка полягає в тому, що у випадку пошкодження певних частин, інші здорові зони мозку можуть перейняти на себе функції пошкоджених частин. Потрібно тільки їх цьому навчити, використовуючи природну здатність дитини до навчання (Марія Круль) [131]. Кондуктивна педагогіка зараз вважається однією з найбільш ефективних методик для усунення рухових порушень в дітей з ДЦП без виражених відхилень в психічному розвитку, особливо Європейських країнах [211]. Наукові розвідки показали, що цей метод в Україні застосовуються недостатньо.

Термін «кондуктивна педагогіка» означає «навчання, яке організується кондуктором (ведучим, лідером)». В основі методу лежить системний педагогічний підхід до виховання рухових функцій, у якому головна увага належить медико-педагогічній корекції, спрямованій на відпрацювання самостійної активності та незалежності дитини. Кондуктивна педагогіка має на меті виховання гармонійно розвинутої, творчої, соціально-активної особистості дитини з раннього віку. Кондуктор-спеціаліст, що має знати проблеми медицини, педагогіки, лікувальної фізкультури, логопедії, психології, є єдиним спеціалістом, який працює з дитиною.

Педагог-кондуктор, займаючись з дитиною протягом дня, надає увагу комплексному тренуванню рухів, мовлення, психіки, емоційних реакцій. Е. Лільїн підкреслює, що головною метою кондуктивної терапії є інтеграція дитини з обмеженими можливостями в традиційне суспільство і звичайне життя. Дослідник має на увазі не тільки розвиток рухових та інтелектуальних функцій дитини, а й формування (реконструкцію) особистості, що здійснюється за допомогою добре узгоджених, багаторічно успішних реабілітаційних програм. «Це не терапевтичні сеанси, а процес довжиною в життя, це певний стиль життя, якому навчається не тільки дитина, а і її батьки». Однією з головних умов успіху є неперервність занять. Йдеться про перенесення центру ваги реабілітаційного процесу зі стаціонару в сім'ю з подальшою періодичною ротацією дитини (1 раз в 3-6 міс.) до реабілітаційного центру для аналізу досягнутого і планування нового етапу навчання. Научується не тільки дитина, а й дорослий, що доглядає за нею (частіше це мати). У багатьох країнах велику роль відведено татам дітей з ЦП. Лише батьки, озброєні знаннями, здатні здійснювати щоденну виховно-відновлюючу роботу [131].

Актуальною залишається проблема пошуку найбільш ефективних способів абілітації/реабілітації дітей з ЦП. Сучасний метод відновлюючого лікування хворих з руховими та мовленнєвими розладами церебрального походження за допомогою лікувально-навантажувального костюма («Аделі», пізніше «Космонавта»), заснований на оптимізації аферентного потоку, найбільшою мірою відповідає потребам клініки ДЦП: він «простий у застосуванні, доступний, достатньою мірою ефективний». Метод динамічної пропріоцептивної корекції патологічного рухового стереотипу в дітей з ЦП (К. Semenova) спрямований на нормалізацію і підсилення пропріоцептивної імпульсації від суглобово-зв'язкового-м'язового апарату в різні структури рухового кінестетичного аналізатора спинного і головного мозку.

О. Arkhipova вперше розробила систему корекційно-логопедичної роботи в домовленнєвий період з дітьми, що страждають на ДЦП. Метою корекційної роботи є послідовний розвиток мовленнєвих функцій. Передбачається поетапний

хід логокорекційних заходів, заснований на принципі кінестетичної стимуляції [167].

Сучасним досягненням у роботі з дітьми є запропоновані українським дослідником М. Єфименком [38] ступалки-логос та «Авторський метод М. Єфименка синхронізації рухово-мовленнєвих координацій для поліпшення та корекції психомовленнєвого розвитку дітей з особливими освітніми потребами», зокрема, автор пропонує використовувати його у роботі з дітьми з ЦП.

Не меншою популярністю корекції мовно-рухових порушень користується авторська програма О. Смолянїнова «Нейропедагогічна корекція розвитку дітей з органічними ураженнями ЦНМ» «рука-мозок». В основі програми є «ортопедичне дерево», що пояснює суть корекції мовнорухового розвитку – виправлення відбувається одночасно з розвитком протягом тривалого часу, поки відбувається розвиток та ріст «дерева життя», тобто життя дитини [131].

Цікавою знахідкою нашого дослідження стала методика біомеханічної корекції суглобів хребта і кінцівок для усунення патологічних проявів захворювання ДЦП професора В. Козьявкіним [49], яка стала основою багатокomпонентної системи нейрофізіологічної реабілітації в Україні. Ця унікальна методика усуває блокади суглобів хребта, відкриває «ворота» потоку «правильної інформації від м'язів і суглобів до центральної нервової системи, стимулюючи компенсаторні можливості дитячого організму і механізми пластичності мозку». Дія методики супроводжується комплексом змін в роботі майже всіх систем організму, зокрема – в артикуляційному апараті. При цьому формується так званий новий функціональний стан організму – нормалізується м'язовий тонус, поліпшується трофіка тканин, кровопостачання, обмін речовин, що істотно розширює можливості дитини у подальшому моторному, мовленнєвому і психічному розвитку.

Провідні фахівці в даній галузі вважають необхідною організацію спеціального навчання і виховання дітей з ЦП з метою подолання порушень пізнавальної та мовленнєвої діяльності. Нині фахівці, що працюють з дітьми досліджуваної категорії, дотримуються думки про те, що лікувати та навчати

потрібно всіх дітей з цим захворюванням, і це є позитивним зрушенням у науці та практиці.

Дослідники рекомендують комплексне подолання рухових, психічних і мовленнєвих порушень у дітей за участю різних фахівців, при якому підвищується результативність медичних, педагогічних і логопедичних заходів, особливо наголошуючи на тісний контакт в роботі логопеда і лікаря (В. Азарський, М. Єфименко, В. Козьявкін, М. Мога та ін.) [2; 49; 39; 97]. Говорячи про тісний взаємозв'язок спеціалістів у організації допомоги дітям з ЦП раннього віку, дослідники забувають про важливість залучення батьків до реалізації завдань корекційної роботи.

У спеціальній літературі підкреслюється, що при ранньому початку лікувально-педагогічних заходів більш повно вдається компенсувати порушені функції. L. Zhurba та O. Mastyukova у своїй праці, зазначили: «Пластичність мозку дитини раннього віку, великі потенційні можливості активно реагувати на мінливі зовнішні стимули пояснюють необхідність раннього розвитку вікових навичок у дітей з вираженими неврологічними порушеннями» [226]. Цю точку зору підтримують K. Akos, M. Hari, S. Levitt, F. Peter і V. Vojta. Починати лікувально-корекційну роботу з перших місяців життя дитини необхідно і в зв'язку з тим, що порушення розвитку окремих психічних функцій призводить до вторинної затримки розвитку інших функцій [217].

Важливим для нашої роботи став аналіз змісту системи корекційного впливу, спрямованого на стимуляцію розвитку пізнавальної діяльності (L. Danilova, I. Smirnova) [212]. Саме організація системи роботи з дітьми з ЦП є ефективною для стимуляції розвитку мовлення дітей раннього віку. Крім того, ми вважаємо, що розвиток мовлення дитини з ЦП певною мірою залежить і від розвитку зорового сприймання в дітей. Науковці В. та К. Vobath, G. Tardieu описують методичні прийоми розвитку зорового сприйняття в дітей з ЦП. S. Bortfeld, M. Eidinova, O. Pravdina, O. Zelenina вважають, що в результаті проведення лікувальної фізкультури в дитини поліпшується орієнтування в навколишньому просторі.

Вищерозглянуті методи організації допомоги дітям з ЦП складають медичну сторону організації саме реабілітації, їх головна мета спрямована на корекцію клінічних проблем розвитку, інші сторони особистості дитини не беруться до уваги. На жаль, кожна з них існує сама по собі і не може забезпечити постійний комплексний медико-психолого-логопедичний вплив на дитину з ЦП з раннього віку.

Провівши системний міжгалузевий аналіз діяльності та системних підходів роботи закладів, що надають допомогу дітям з ДЦП в Україні, хочемо звернути увагу на діяльність Українського медичного центру реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи МОЗ України у м. Києві. Прикладом системної корекції є те, що у такому закладі одночасно з медичною реабілітацією надають психологічну та педагогічну допомогу дітям із ДЦП та їхнім сім'ям. Фахівці даної установи заслужений діяч України невролог В. Мартинюк [88], медичний психолог вищої кваліфікаційної категорії, старший фахівець із соціально педагогічної реабілітації Р. Богуш, медичний психолог реабілітаційного центру І. Клещєрова керуються думкою про те, що ураження нервової системи в ранньому віці (пологова травма, ДЦП) завжди викликає виражені порушення психомоторного розвитку й поведінки дитини. Діти з тяжкою неврологічною патологією мають обмежені можливості пристосування до умов навколишнього середовища, пізнання, комунікації та самореалізації, знижену самооцінку. Фахівці зазначеного центру вказують на непоодинокі випадки неадекватного сприйняття батьками проблем дітей із глибокими порушеннями здоров'я, дискримінацію з боку соціального оточення, педагогів і дитячих колективів. На цьому несприятливому тлі у таких дітей можуть формуватися патологічні риси особистості, дезадаптивна поведінка, виникати проблеми у навчанні, пізнавальній діяльності та соціалізації. Фахівці дотримуються думки, що реабілітаційна психологія та спеціальна педагогіка поряд із медичними методами є повноправними й дієвими компонентами комплексної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи. Проте, на жаль, це одиничні випадки організації такої комплексної допомоги дітям раннього віку з ЦП, все ж більша частина дітей нашої країни

залишається поза вчасною увагою висококваліфікованих спеціалістів та державного супроводу.

Проблема інтеграції дітей з ЦП є не менш актуальною, ніж проблема реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи, та не менш соціально значущою, метою якої є покращення якості життя та максимальна соціальна адаптація дітей з особливими освітніми потребами у суспільстві та входження їх у сучасний освітній простір. При розробці індивідуальної навчально-реабілітаційної програми необхідно враховувати наявність супутньої соматичної патології, асоційованих синдромів у вигляді сенсорних порушень, епілептичного синдрому, когнітивної недостатності, ортопедичних ускладнень. Лише комплексний міжгалузевий підхід до інтеграції забезпечить максимальну її ефективність та підвищення не лише рівня функціональних рухових можливостей дитини з ЦП, покращить особистісний розвиток та сприятиме активізації та розвитку психічних процесів та мовлення такої дитини [65].

Діти з ЦП складають основну групу дітей, що потребують не лише особливих реабілітаційних умов, а й, безперечно, освітніх умов та супроводу, і, відповідно, концептуально нового підходу до їх інтеграції у сучасний освітній простір в Україні. Інтеграція дітей з ООП, зокрема дітей з ЦП, передбачає забезпечення доступності освітньої програми, безболісну адаптацію дітей до загальнонавчальних умов їх освіти.

Згідно із сучасними поглядами на лікування, розвиток, виховання та навчання дітей, зокрема дітей з ООП, відбуваються зміни в організації сучасної освіти. Україна перебуває на етапі суттєвих необхідних освітніх реформ. Новітні тенденції освіти передбачають розширення гуманістичних поглядів щодо навчання дітей з ООП. Зокрема, важливою є їх ефективна інтеграція в процес навчання та виховання у загальноосвітніх закладах. Інклюзивна освіта, яка є провідною для дітей з порушеннями розвитку в Україні, забезпечує їх більш гармонійне включення у сучасний освітній простір за умови їх супроводу. Відповідно до широкого розуміння змісту інклюзивної освіти в Україні та міжнародних документів, діти з ООП – це особи до 18-ти років, які потребують додаткової підтримки в освітньому

процесі (діти з порушеннями психофізичного розвитку, діти з інвалідністю, діти-біженці, працюючі діти, діти-мігранти, діти – представники національних меншин, діти – представники релігійних меншин, діти із сімей з низьким прожитковим мінімумом, безпритульні діти, діти-сироти, діти із захворюваннями СНІД/ВІЛ та інші). В українському законодавстві поняття «діти з особливими освітніми потребами» використовується у вузькому трактуванні в інклюзивній освіті й охоплює дітей з порушеннями психофізичного розвитку та дітей з особливими освітніми потребами як окремої категорії. Значну кількість серед дітей з психофізичними порушеннями розвитку займають діти з неврологічними патологіями, серед яких більшість – діти з ЦП.

Загальноприйнятою є позиція, що допомога дітям з ЦП має бути комплексною та обов'язково включати логопедичну складову. Безперечно, це є актуальним для дітей з ЦП, оскільки вони переживають значні труднощі (фізичні, інтелектуальні, мовленнєві, особистісні, соціально-адаптивні тощо), які ускладнюють соціалізацію та інтеграцію у соціумі.

Вагомим для становлення концептуального підходу організації інтеграції дітей раннього віку з ЦП ми вважаємо наукові розвідки [7]. Сучасні дослідники вказують на переваги та проблемні питання щодо інтеграції та інклюзії осіб з ООП, серед яких і діти з ЦП, які висвітлено у вітчизняних наукових джерелах (О. Белова, В. Бондар, О. Боряк, О. Гноєвська, Л. Колупаєва, С. Конопляста, Н. Пахомова, В. Синьов, В. Тарасевич, В. Тарасун, В. Тищенко, М. Шеремет, А. Яковенко та ін.) [65] та зарубіжних (М. Ainscow, J. Bennett, Y. Kaga) [165].

Системний теоретико-емпіричний аналіз актуального стану клініко-педагогічного супроводу дітей з ЦП в Україні та порівняльний аналіз відповідного стану в європейських країнах відкриває можливості для реформування освіти та покращення умов інтеграції дітей з ООП, серед яких діти з ЦП. Так, покращення стану інтеграції та забезпечення якісною освітою дітей з ООП, а особливо в умовах війни, здійснюється, враховуючи власний досвід та здобутки зарубіжних фахівців. Особливо значущими вважаємо роботи, у яких зазначені чинники, що забезпечують успішну інтеграцію. Згідно L. Florian [182], діти з ООП мають брати

участь у всіх сферах навчальної діяльності; важливою є їхня рання інтеграція (J. Bennett, Y. Kaga) [177]; батькам надається право виконувати роль партнерів у навчанні своїх дітей (L. Florian) [182]; необхідне позитивне ставлення до інтеграції всіх учасників навчального процесу; планування та систематична реалізація заходів для покращення соціальної взаємодії учнів із дорослими та однолітками; підтримка на державному рівні інтеграції в освіті (M. Ainscow) [165]; вживання різних педагогічних заходів (B. Knight) [190], які дозволяють дитині отримати повний та збалансований навчальний досвід; вчасне виявлення труднощів у дітей з ОПП під час їхньої інтеграції до інших навчальних закладів (Heba Mohamed Wagih Kotb) [206]; реалізація успішних моделей інтеграційного навчання та виховання; забезпечення диференційної діагностики дітей з ООП (W. Berdine, A. Blackhurst) [178].

Також сучасні українські дослідники В. Бондар, В. Золотоверх, В. Синьов [9; 10], глибоко аналізуючи, обґрунтовують переваги та недоліки інклюзивної та інтеграційної освіти. Висвітлюють важливість освітньої інтеграції дітей з порушеннями ООП. Визначають потребу у чіткому визначенні принципів, мети, змісту, методів та прийомів, організаційних форм навчання, виховання, розвитку дітей з ООП, серед яких є діти раннього віку з ЦП, на загально державному рівні.

Сьогодні активно розробляються інноваційні підходи абілітації та реабілітації в умовах інклюзивної освіти. Сучасна система освіти в Україні дозволяє включати кожну дитину та її родину у загальноосвітній процес. Для дітей з порушеннями розвитку цей процес визначається нормативно-правовою базою «Законом про освіту», постановами Кабінету Міністрів України «Про затвердження Положення про інклюзивно-ресурсний центр» (Порошенко, 2019, с. 56; Постанова КМУ №86, 2021) [106], які регулюють діяльність надання інклюзивних послуг дітям з ООП, нормативно-правовими документами про надання інклюзивних послуг через діяльність ІРЦ. Найсуттєвішим проявом є спеціально створені ІРЦ та реабілітаційні заклади, що впроваджують послугу раннього втручання та намагаються ефективно розв'язувати нагальні проблеми розвитку таких дітей (О. Гноєвська [20], Г. Кукуруза [72], А. Яковенко [163] та ін.).

Сьогодні ми спостерігаємо організацію та впровадження послуги раннього втручання у деяких містах нашої країни. Перш за все, йдеться про БФ «Інститут раннього втручання» м. Харків, Центри надання послуги раннього втручання у м. Львів, м. Одеса, м. Дніпро. На сьогодні здійснюється пілотний проєкт, метою якого є підготовка фахівців до надання даної послуги, зокрема, під керівництвом директора БФ «Іститут раннього втручання» Ганни Кукурузи проводяться семінари про дану послугу, усі охочі можуть долучитися.

Проте, на жаль, якщо говорити об'ємно про забезпечення спеціальними міжгалузевими послугами дітей раннього віку з ООП, серед яких діти з ЦП, – їх немає у всіх куточках України, відповідно, значна кількість дітей залишається без належної фахової уваги.

Суттєво новим та важливим напрямом організації міжгалузевого підходу є впровадження логопедичного супроводу дітей з порушеннями мовлення. Вперше поняття «логопедичний супровід» запропоновано вітчизняними науковцями В. Кисличенко, С. Коноплястою [47; 48], саме вони наповнили його змістом, який займає автономне місце у систематиці науково-педагогічних понять. У монографії «Логопедичний супровід сім'ї, у якій виховується дитина з порушеннями мовлення» [48] чітко дано визначення логопедичного супроводу як поняття, окреслені його базові компоненти. Науковці розглядають його як невід'ємний структурний базовий компонент загального психолого-педагогічного супроводу, де у співвідношенні підсистем функціональної системи мови та мовлення логопедичний супровід виступає самостійним напрямом, що має свої методологічні засади, мету, специфічні завдання та шляхи реалізації. Впровадження логопедичного супроводу у вітчизняну систему корекційно-розвиткової роботи продемонструвало значне покращення стану мовленнєвого розвитку дітей з порушеннями мовлення та підвищення педагогічної культури батьків, що є необхідною складовою безболісної та більш легкої інтеграції дитини з порушеннями мовлення у сучасний освітній простір.

Відповідно до специфіки організації реабілітації, зазначених умов, чинників та описаних труднощів інтеграції та розвитку дітей з ЦП, очевидним є те, що

потрібним є концептуально новий міжгалузевий підхід для забезпечення максимального використання потенціальних можливостей дітей з ЦП, починаючи саме з раннього віку, що уможливить їх більш успішну інтеграцію у сучасні освітні умови в Україні.

Висновки до першого розділу

Здійснений системний теоретико-методологічний, емпіричний аналіз означеної проблеми у медико-логопсихологічному руслі розкриває медичні, педагогічні та соціально-психологічні передумови становлення і формування наукових поглядів на фізичний, психічний та мовленнєвий розвиток дітей з ЦП, зокрема раннього віку.

Діти раннього віку з ЦП – це діти, які мають складні порушення першочергово рухової сфери, що зумовлюють стійкі непрогресуючі стани розвитку організму та позначаються на психомовленнєвому розвитку особистості та проявляються у стійких порушеннях моторної, психічної, мовленнєвої складової особистості, зумовлені ураженнями центральної нервової системи у ранній період формування та розвитку центральної нервової системи.

Причини ДЦП є мультифакторними і діють на організм, що розвивається, у різні періоди раннього розвитку. З огляду вивчення різних трактувань до визначення причин, які призводять до ДЦП, є підстави констатувати, що і сьогодні єдиного підходу не існує.

Теоретичний аналіз мовленнєвого онтогенезу дитини раннього віку в нормі та з ЦП довів, що усі діти з ЦП мають труднощі розвитку мовлення із самого початку свого розвитку. Відчутною є недостатність системних медико-психолого-педагогічних досліджень, спрямованих на організацію комплексного безперервного супроводу дітей з ЦП, починаючи саме з раннього віку. Міжгалузєва неузгодженість та незбалансованість роботи медичних та педагогічних закладів різного підпорядкування із зазначеною категорією дітей практично унеможливають ранню логоінтервенцію у розвиток дітей з ЦП у сучасному освітньому просторі України.

Аналіз змісту досвіду діяльності більшості лікувально-абілітаційних/реабілітаційних та корекційно-розвиткових установ засвідчив, що в основному вони базуються лише на формуванні однієї або декількох складових розвитку дитини з ЦП. Сьогодні відчувається відсутність загальновизнаного

маршруту супроводу, що забезпечить успішну траєкторію розвитку кожної дитини з ЦП, починаючи з моменту виявлення перших ознак ДЦП.

На підставі теоретико-емпіричного аналізу з'ясовано також, що потребує конкретизації діагностичний інструментарій, який би дозволив виявити актуальні та потенційні можливості дітей раннього віку з ЦП і забезпечити диференційований та індивідуальний підхід до подальшої медико-психолого-педагогічної роботи з ними. Бракує адекватних форм та методів неперервного логопедичного супроводу дітей раннього віку з ЦП від народження. Недооцінюються можливості сім'ї у скороченні періоду дезадаптації дитини, у подоланні комунікативних та соціально-психологічних обмежень.

Різномаяття попередньо одержаних даних окреслило необхідність визначення базових структурних компонентів логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП та його стану в сучасних умовах.

Отже, системно-динамічний аналіз сучасних підходів до організації та забезпечення медико-логопсихологічного простору розвитку дітей раннього віку з ЦП у сучасних освітніх умовах дозволяє стверджувати, що у цій проблемі залишаються не реалізованими резерви міжгалузевого забезпечення повноцінного логопедичного супроводу дитини, оскільки дитина раннього віку з ЦП із самого початку свого розвитку має коло різноманітних проблем: медичних, мовленнєво-комунікативних, когнітивних, соматопсихологічних, соціально-адаптаційних.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА

Наукові праці, в яких опубліковані основні результати першого розділу дисертації

Публікації у наукових виданнях, включених до переліку наукових фахових видань України Фахові видання України

1. Синиця А. О. Проблема логопедичного супроводу дитини раннього віку з дитячим церебральним паралічем у сучасній теорії та практиці. *Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія: зб. наукових праць*. К.: НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2016. С. 80-86.

2. Конопляста С. Ю., Синиця А. О. Дизартрія у систематиці мовленнєвих порушень (сучасний погляд). *Наук. часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова. Серія 5. Педагогічні науки: реалії та перспективи: зб. Наукових праць*. К.: НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2019. С. 111-116.

3. Синиця А. О. Актуальність логопедичного супроводу дітей раннього віку з ЦП у сучасному соціумі. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки): збірник наукових праць: вип. 14 / за ред. О. В. Гаврилова, В. М. Синьова*. Кам'янець-Подільський: ПП Медобори-2006, 2019. С. 290-302.

Міжнародні колективні монографії

4. Sinytsia A. Some aspects of speech therapy support for children with early cerebral palsy. *Development of scientific thought: Economics, Management and marketing, Education, Psychology, Philology, Jurisprudence, Geography. Monographic series «European science»*. Book 13. Part 3. 2022. P. 53-84. DOI: 10.30890/2709-2313.2022-13-03-007

Публікації, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

5. Синиця А. О. Комунікативно-мовленнєвий онтогенез дітей раннього віку з ЦП. *Засоби і прийоми, які сприяють розвитку й комунікації педагогів та дітей з особливими освітніми потребами: матеріали всеукраїнського науково-педагогічного підвищення кваліфікації, 30 січня – 12 березня 2023*. Одеса: Видавничий дім «Гельветика», 2023. С. 86-89.
https://fileview.fwdcdn.com/?url=https://mail.ukr.net/api/public/file_view/list%3Fto

6. Синиця А. О. Етіологія дитячого церебрального паралічу у теорії та практиці наукових досліджень. *Становлення особистості в умовах сучасного розвитку суспільства: соціально-педагогічний, психологічний, корекційний і медичний аспекти: збірка матеріалів Всеукраїнської науково-практичної конференції 26 травня 2023 року*. Полтава. С. 108-112.

РОЗДІЛ 2.

ДИЗАЙН ДІАГНОСТИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ АКТУАЛЬНОГО СТАНУ ЛОГОПЕДИЧНОГО СУПРОВОДУ ДИТИНИ РАНЬОГО ВІКУ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ

2.1. Концептуальні засади констатувального експерименту

Теоретико-емпіричний аналіз наукових здобутків різних поколінь через призму міжгалузевих досліджень, здійснений у першому розділі, констатує складну багатовимірну природу дитячого церебрального паралічу. Згідно з результатами авторських теоретико-емпіричних наукових розвідок стосовно означеної проблеми припускаємо, що для корекційно-реабілітаційної роботи виявляється недостатнім той інструментарій та система наявних видів допомоги, якими користуються сучасні фахівці різних галузей, а особливо відчувається певний дисонанс між організованою реабілітацією та корекційною (логопедичною) ланкою допомоги дітям раннього віку з ЦП на рівні злагодженої діяльності, що регулюється державою. Тож виникає потреба організації дослідження стану логопедичного супроводу дітей раннього віку з ЦП у сучасному освітньому просторі.

Дослідження стану логопедичного супроводу дітей раннього віку, перш за все, передбачає використання міжгалузевого підходу. Міжгалузевий підхід у контексті логопедичного супроводу та особливостей розвитку дітей з ЦП дає шанс глибше розуміти етіопатогенез таких дітей і, відповідно, мати змогу в клініко-логопсихологічній та соціальній площині організувати логопедизацію простору, корекційно-абілітаційну роботу та досягати максимально ефективних індикаторів розвитку. Крім того, міжгалузевий підхід забезпечує роботу міжгалузевої команди фахівців, що безперечно покращує результат пливу та супровід дитини раннього віку з ЦП.

Для розуміння багатовекторності проблеми організації міжгалузевого довготривалого логопедизованого простору та розвитку дітей з ЦП через призму

саме міжгалузевого підходу, вважаємо за необхідне на основі методології міжгалузевості здійснити розгорнуте діагностичне дослідження стану логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП та її родини.

Міжгалузевість як методологічний принцип сучасного наукового пошуку, що передбачає широке використання наукової інформації незалежно від її галузевої приналежності, є методологічним оформленням синтезу наукових досягнень із різних галузей у наукових дослідженнях, зауважує західноєвропейський дослідник А. Уйбо [121]. Пошук новітніх підходів до організації комплексної допомоги та вивчення специфіки розвитку дітей раннього віку з ЦП має бути міжгалузевим, оскільки міждисциплінарний підхід в межах однієї галузі не вирішує поставлених задач.

Вищезгадані теоретико-методичні здобутки українських та світових науковців є важливим фундаментом дослідження, проте, вбачаємо недостатність комплексних міжгалузевих методик вивчення дітей з ЦП раннього віку, які б максимально повно дозволили розкрити особливості та потенціал зазначеної складної категорії дітей. Тому завданням дослідження є не лише підбір, модифікація та розробка діагностичного інструментарію визначення стану організації логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП та її родини, а й створення модифікованої міжгалузевої методики вивчення особливостей клініко-логопсихологічного аспекту мовленнєвого розвитку дітей раннього віку з ЦП.

Згідно «Закону про освіту», постановами Кабінету Міністрів України «Про затвердження Положення про інклюзивно-ресурсний центр» [107], законодавчими актами (більше 40), які регулюють діяльність надання інклюзивних послуг дітям з психофізичними порушеннями, нормативно-правовими документами про надання інклюзивних послуг через діяльність інклюзивно-ресурсних центрів сучасна система освіти дозволяє включити кожну дитину, яка цього потребує, та її родину в освітній процес від народження.

Сьогодні процес виховання та навчання дитини з ЦП взяли на себе ІРЦ і це є позитивним надбанням щодо соціалізації даної категорії дітей, однак, з'ясовано, що зазвичай на первинні прийоми в ІРЦ діти з ЦП потрапляють лише на порозі школи.

Дитина з таким тяжким діагнозом, як ДЦП, на жаль, випадає з поля зору логопеда у перші 5-7 років життя.

Українські науковці задумувалися про необхідність забезпечення дітей з тяжкими мовленнєвими порушеннями та їх родин специфічним педагогічним процесом, який мав би ширші завдання та шляхи їх вирішення на відмінну від традиційної логопедичної допомоги. Відповідно, було введено нове поняття «логопедичний супровід» та доведено його автономність у понятійному педагогічному тезаурусі (В. Кисличенко, С. Конопляста) [61]. У результаті наукових розвідок доведено, що поняття «супровід» і «допомога» не є тотожними, хоча їх часто вважають такими. Оскільки «допомога» надається переважно конкретно, прямо й безпосередньо і тільки в тісному контакті у момент зустрічі з труднощами, з якими дитина чи батьки самотійно не можуть впоратися. Поняття ж «супровід» є ширшим і глибшим, оскільки означає тривалий, неперервний рух фахівця з особою, яка потребує будь-якої допомоги, використовуючи потенційні можливості дитини, діючи на випередження розвитку. Поняття «супровід» у психолого-педагогічному аспекті частіше розглядається як метод, що забезпечує створення умов для прийняття суб'єктом оптимальних рішень у різних ситуаціях життєвого вибору. Власне, супровід – це завжди взаємодія що супроводжує і того, відносно кого здійснюють супровід, і того, хто його забезпечує. В. Кисличенко та С. Конопляста вперше визначили логопедичний супровід як важливий структурний компонент загального психолого-педагогічного супроводу, де у логопедичний супровід залишається самотійним напрямом, що має свої методологічні засади, мету, специфічні завдання і шляхи вирішення [73].

Оскільки розвиток дитини з ЦП має низку негативних перешкод клінічного, психологічного, логопедичного характеру (В. Галущенко [17], С. Конопляста [60], І. Марченко [89], Н. Пахомова [105], В. Тарасун [138], М. Шеремет [160] та ін.), логічно передбачити, що фахівці мають враховувати те, що з самого початку розвиток дитини з ЦП має широкий спектр порушень, тому таких дітей необхідно охопити логопедичним супроводом з позиції міжгалузевості, комплексності, непервності та тривалості.

У дослідженні, логопедичний супровід дітей раннього віку з ЦП – це не тільки рух поряд і разом з дитиною і батьками, а це рух попереду, такий, що вказує подальші поетапні орієнтири і шлях до них у зоні «актуального» та «найближчого розвитку» дитини.

Для визначення стану сучасного логопедичного супроводу дітей раннього віку з ЦП ми спиралися на розроблену модифіковану базову діагностичну модель логопедичного супроводу, адаптовану та уточнену для нашого наукового дослідження. При розробці базової моделі спиралися на наукові підходи В. Кисличенко та С. Коноплястої [47; 61].

Логопедичний супровід – це своєрідний психолого-педагогічний логопедизований процес, перш за все який полягає у взаємодії «команди фахівців» дитини раннього віку та родини.

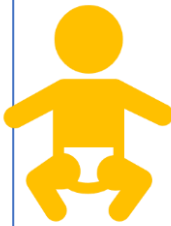
Мета – визначити актуальний стан логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП у сучасному освітньому просторі.

Для реалізації діагностичного маршруту було модифіковано та розроблено спеціальний міжгалузевий інструментарій з метою визначення особливостей психофізичного розвитку дітей з ЦП, рівня логокорекційно-просвітницької культури батьків цих дітей, готовність взаємодіяти батьків з командою фахівців (логопед, лікарі, психолог), рівня міжгалузевої взаємодії фахівців та готовності до взаємодії з батьками дітей з ЦП. Власне, йдеться про стан сформованості базових компонентів логопедичного супроводу дітей раннього віку з ЦП.


Відповідно до показників емпіричного дослідження, для перевірки стану сучасного логопедичного супроводу розроблено та апробовано змістовий програмний діагностичний комплекс, який включав:

- 1) план-схему вивчення та аналізу медичної та педагогічної документації;
- 2) змістову складову спостереження батьків за власною дитиною раннього віку (Додаток А);
- 3) карту клініко-логопсихологічного скринінгу дітей з ЦП;
- 4) освітні анкети для батьків, зміст тематичних бесід з батьками (Додаток Б);

5) професійні анкети та тести для фахівців (логопедів, педагогів, керівників інклюзивно-ресурсних центрів, психологів, медичних фахівців) (Додаток В).



I блок підготовчого етапу дослідження:
 - визначення клініко-логопсихологічних особливостей розвитку дітей з ЦП зі слів батьків.
Інструментарій: - план-схеми вивчення та аналізу медичної та педагогічної документації;
 - структура спостереження за дитиною раннього віку;
 - карта клініко-логопсихологічного скрінінгу дітей з ЦП.



II блок підготовчого етапу дослідження:
 - визначення рівня корекційно-просвітницьких знань батьків дітей з ЦП;
 - визначення готовності учасників логопедичного супроводу до міжгалузевої взаємодії (логопед, психолог, медичний фахівець).
Інструментарій: анкети (освітні для батьків, професійні для фахівців), опитувальники, тести, зміст тематичних бесід з батьками, логопедами, педагогами, керівниками інклюзивно-ресурсних центрів, медичними фахівцями (неонатолог, педіатр, реабілітолог, невропатолог), психологом.

Рис. 4. Модель діагностичного маршруту визначення актуального стану логопедичного супроводу дітей раннього віку з ЦП

Підготовчий етап дослідження

Для здійснення констатувального експерименту було залучено батьків дітей з ЦП – 86 осіб, дітей з ЦП – 86 осіб (54 дітей з ЦП раннього віку), логопедів – 204 особи, психологів – 124 особи, медпрацівників – 96 особи. Географія дослідження охоплює м. Бердянськ, м. Дніпро, м. Запоріжжя, м. Івано-Франківськ, м. Київ, м. Миколаїв, м. Одеса, м. Полтава, м. Суми, м. Харків, м. Херсон, м. Чернівці та їх області. Наукове дослідження здійснювалося у період 2016-2023 рр.. Незважаючи на критичні обставини впровадження карантину по Covid-19, війну, окупацію, еміграцію, дослідження не згоралося, а, навпаки, набувало ще більшої значущості. До окремих аспектів дослідження були залучені медичні фахівці пологових будинків, дитячих поліклінік; логопеди, психологи дитячих будинків, спеціальних дошкільних закладів, шкіл для дітей з тяжкими порушеннями мовлення, інклюзивно-ресурсних центрів, які працюють з дітьми з ЦП; діти раннього віку з ЦП, родини дітей раннього віку з ЦП.

Під час емпіричного дослідження застосовувалися можливості сучасних цифрових технологій для охоплення якомога більшої аудиторії респондентів – анкетування на платформі Google; фіксація даних психофізичного, мовленнєвого розвитку, застосовуючи Word Exiles; проведення бесід з фахівцями та батьками у режимі відеоконференцій, відеоконсультацій на платформі Zoom, Viber, телеграм тощо.

2.2. Клініко-логопсихологічні особливості дітей раннього віку з церебральним паралічем (скринінг та його результат)

Важливим завданням визначення стану логопедичного супроводу дітей раннього віку з ЦП став підготовчий етап дослідження, що стосувався визначення особливостей розвитку дітей раннього віку з ЦП зі слів батьків на сучасному етапі у розрізі клініко-логопсихологічної діагностики. Для цього був розроблений авторський інструментарій дослідження дітей раннього віку з ЦП:

1. план-схема вивчення та аналізу медичної та педагогічної документації;
2. розроблена змістова складова спостереження за дитиною раннього віку (Додаток А.);
3. карта клініко-логопсихологічного скринінгу дітей з ЦП.

Основним структурним компонентом підготовчого етапу дослідження клініко-логопсихологічних особливостей дітей з ЦП вважаємо клініко-логопсихологічний скринінг. При розробці карти клініко-логопсихологічного скринінгу ми спиралися на розробки С. Коноплястої [66]. Скринінг модифікований відповідно до завдань нашого дослідження, а саме допоміг визначити характер порушення, стан та специфіку психофізичного, домовленнєвого та раннього мовленнєвого розвитку дітей з ЦП, а також проаналізувати результати медичної, психологічної, логопедичної допомоги дітям від народження; особливий акцент був зроблений на організацію роботи з дитиною у ранній період розвитку.

Підготовчий етап: його перший змістовий блок передбачав діагностичне вивчення клініко-логопсихологічних особливостей дітей раннього віку з ЦП. На цьому етапі було

залучено 86 дітей з ЦП різного віку (від народження до 18 років (з них 54 дитини від 1-го року до повних 3-х років)). Мета зазначеного етапу дослідження – виявлення зі слів батьків рівня отриманої ними медичної та психолого-педагогічної допомоги у пологовому будинку, поліклініці; визначення характерних станів супутніх порушень дитини у перші роки життя від моменту народження; визначення (керуючись медичною документацією в команді фахівців-медиків) характерних станів ЦНС на користь ДЦП, супутніх порушень дитини з ЦП; визначення рівня взаємодії батьків дитини з ЦП з фахівцями, з якими найбільше прослідковується така взаємодія; визначення інформації про роботу фахівця, яку помічають найбільше; використання допоміжних засобів у розвитку дітей з ЦП. До етапу дослідження увійшло 86 респондентів (батьків дітей з ЦП, які описали розвиток дітей з ЦП, слідуючи поставленим питанням клініко-логопсихологічного скринінгу). З огляду на реалії життя (2016-2023 роки), було застосовано різні додаткові способи фіксації даних: письмова фіксація та можливості цифрових інструментів (Google-форми) для максимального охоплення респондентів з різних куточків України. Для аналізу отриманих результатів клініко-логопсихологічного скринінгу використано методи описової статистики. У дослідженні витримано усі біоетичні, соціальні норми, а також дотримано правило нерозголошення особистих даних.

Клініко-логопсихологічний скринінг

Загальні відомості про дитину

Прізвище, ім'я, по батькові _____

Вік на момент обстеження _____

Домашня адреса, телефон _____

Сімейний анамнез

Склад сім'ї _____

П.І.Б., вік, освіта, місце роботи, посада _____

Мати _____

Батько _____

Умови проживання _____

Відомості про інших членів сім'ї _____

Чи бажаною була дитина? _____

Чи знали Ви про ураження головного мозку дитини та можливі наслідки? _____

Чи відчували Ви професійну психолого-педагогічну допомогу у пологовому будинку?

В чому? _____

Чи відчували Ви професійну психолого-педагогічну допомогу у дитячій поліклініці?

В чому? _____

Чи відчували Ви професійну логопедичну допомогу від логопеда?

В чому? _____

Хто направив до спеціалістів (підкреслити потрібне): *неонатолог, педіатр, вихователь; логопед; лікар; батьки інших дітей; спеціально шукали?*

В якому віці дитини Ви вперше звернулися до дитячого психоневролога?

Хто направив? _____

З якої причини? _____

Висновок дитячого невролога/психоневролога? _____

В якому віці дитини Ви вперше звернулися до логопеда? _____

Хто направив? _____

З якої причини? _____

До яких спеціалістів зверталися у період розвитку дитини з народження до 3-х років? _____

Хто направив? _____

З якої причини? _____

Чи помічаєте Ви системність у роботі фахівців? _____

У чому Ви помічаєте системність у роботі фахівців? _____

А) Клінічний блок

Анамнестичні дані

Вік при народженні дитини: мати _____, батько _____

Наявність нервово-психічних, хронічних, соматичних захворювань у батьків _____

Перебіг пологів

Від якої за рахунком вагітності дитина _____

Хід вагітності (токсикоз 1-ї половини, 2-ї половини вагітності, падіння, травми, хронічні захворювання, інфекції ін.) _____

Пологи (підкреслити потрібне) *дострокові, негайні, швидкі, стрімкі, затяжні, обезводнення* _____

Стимуляція (підкреслити потрібне) *механічна, медикаментозна, електростимуляція* _____

Чи була гіпоксія? _____

Чи була ішемія? _____

Ранній психомоторний розвиток

Коли закричала дитина? _____ характер крику (тихий, дзвінкий, хриплий) _____

Чи була асфіксія (біла чи синя)? _____

Резус-фактор (сумісність чи несумісність) _____

Вигодовування:

коли принесли годувати _____ як дитина взяла груди _____ чи були проблеми з годуванням _____

Чи була затримка при виписці з пологового будинку? _____

На яку добу виписані з пологового будинку? _____

Яким був бал за шкалою АПГАР? _____

Неврологічний статус

Коли були помічені перші прояви ураження ЦНС? _____

У якому віці дитині було поставлено діагноз ДЦП? _____

Яку форму ДЦП має Ваша дитина? _____

Хто звернув увагу на особливий розвиток дитини? _____

Висновок невролога про стан дитини, причина? _____

Динаміка розвитку? позитивна, негативна _____

Висновок отоларинголога _____

Висновок окуліста _____

Б) Логопсихологічний блок

Ранній моторний розвиток

Вага та ріст дитини при народженні _____

Голову тримає (- з __ міс.)

Сидить (- з __ міс.)

Стоїть (- з __ міс.)

Ходить (- з __ міс.)

Перші зуби (- в __ міс.)

Перенесені захворювання (тяжкі соматичні захворювання, інфекції, травми, забої, судоми при високій температурі):

До року ____; До двох років ____; До трьох років ____;

Що саме? _____

Ранній мовленнєвий розвиток:

Яким був плач дитини на першому році життя і потім? (гучним; тихим; настійливим; слабким; високим; низьким) _____

Чи не було у Вас відчуття, що малюк плаче без причини, заходиться криком? Чим можна було заспокоїти дитину? _____

Чи чулись інтонації в плачу (якщо так, то коли вони з'явилися)? _____

Чи можливо було зрозуміти, що вимагала дитина криком і яка була її реакція на ваше розуміння? _____

Коли з'явилась цікавість до брязкальців або до інших предметів? _____

У якому віці з'явилося гуління? _____

Чи відчували у гулінні інтонаційні забарвлення? _____

Характер звукового оформлення гуління? насичений інтонаціями, монотонний, хрипкий, нетиповий, гугнявий _____

Коли з'явилися перші складові ланцюжки? Наскільки різними вони були? Чи з'явилися вони самостійно, чи з'явилися у відповідь на Ваше звертання? _____

Чи прислухалася дитина до різних звуків, якою була реакція? _____

Чи слідкувала очима за предметами? _____

Чи спостерігалися реакції радості, задоволення, гніву чи розпачу, зацікавленості? _____

Коли з'явилися перші слова (які?) _____

Коли з'явилися перші фрази (які?) _____

Чи переривався мовленнєвий розвиток (з якої причини)? _____

Використання жестів (паралельно з мовленням, замість мовлення)? _____

У чому проявляються рухові порушення дитини? _____

Коли помітили перші рухові порушення, про які йдеться? _____

Мовленнєва активність дитини (мовчун, балакун, розмовляє охоче)? _____

Мовленнєва активність залежить від оточення, настрою, здоров'я, ситуації? _____

Чи реагувала дитина на емоційно-тілесний контакт з мамою? (засинала, заспокоювалася, продовжувала плакати) _____

Ранній психічний розвиток дитини

Характер ігрової діяльності _____

Наявність / відсутність комунікативної поведінки _____

Особливості комунікативної поведінки _____

Пізнавальна активність дитини: чи виявляє цікавість до діяльності? Яким чином? _____

Особливості емоційно-вольової сфери _____

Чи орієнтується Ваша дитина у просторі? Яким чином це проявляється? _____

Навички самообслуговування наявність/відсутність. Які? З якого віку? _____

Наявність психотравм, наявність психотравмуючої ситуації _____

Ставлення у сім'ї до порушення психомоторного розвитку дитини _____

Чи відвідує дитина спеціальну установу? _____

З якого віку відвідує спеціальну установу, групу для дітей з порушеннями розвитку? _____

Як часто буваєте у дитячого невролога (психоневролога) на консультації щодо розвитку своєї дитини з ЦП? _____

З якого віку відвідуєте дитячого невролога? _____

Чи займається дитина з психологом? _____

Чи займається дитина з логопедом? _____

Результат роботи якого спеціаліста Ви відчуваєте найбільше? _____

Чи задоволені Ви цими результатами ? Поясніть чому? _____

Висновок логопеда

Логопедичний висновок (за даними карти логопедичного обстеження у медичному стаціонарі або документів, представлених на ІРЦ) _____

Висновок психолога

(за наявності записів у медичній картці хворого або документів психолого-педагогічного обстеження) _____

Забезпечення засобами реабілітації та допоміжними засобами

• Інвалідні візки _____

• Облаштування середовища (кімнати, кухні, туалету) _____

• Спеціалізований інвентар _____

• Тифло-сурдо техніка _____

• Дидактичні іграшки _____

• Посібники _____

• Спеціальна література _____

Заклади забезпечення допомоги дитині раннього віку з ЦП та її родині

- соціальні служби _____

- медичні заклади _____

- педагогічні заклади _____

- спеціальні-корекційні заклади (ІРЦ, садочки) _____

Наявність індивідуальної програми реабілітації _____

Хто склав індивідуальну програму розвитку _____

Згідно аналізу результатів клініко-логопсихологічного скрінінгу більшість дітей – діти від 1-го до 3-х років, розподіл за статтю був класичним: більшість хлопчиків з ДЦП 65,11 % (56) у порівнянні з дівчатками 34,88 % (30).

Важливо зазначити, що значна частина обстежених дітей була на стадії медичної реабілітації, це давало можливість покращувати їх реабілітаційну програму психомоторного розвитку у процесі дослідження, тим самим реалізовувати принципи тераностики. Як зазначає В. Тищенко: «Власне слово «тераностика» походить від двох грецьких слів «терапія» і «діагностика» і означає методику надання допомоги хворим у новому форматі: діагностика, що має терапевтичний вплив» [150; 218].

Важливими у дослідженні стосовно специфіки розвитку саме дитини з ЦП було дослідження сімейного анамнезу, дані показники допомогли вибудувати правильний маршрут логопедичного супроводу. Вік матері при народженні дитини, у якої констатують ЦП, 25-35 років – 46,51 % (40) – з одного боку, це вже вік, який є небезпечним для народження дитини, особливо, після 30-ти років за медичними критеріями в Україні, а з іншої – це говорить про свідоме батьківство; 34,88 % (30) – 20- 25 років, 18,6 % (16) – менше 20-ти років. Відповідно, вік тата 44,18 % (38) – 25- 35 років, 37,2 % (32) – 20-25 років, 15,11 % (13) – 35-45 років, та були випадки, коли батькові було більше 45-ти років, це могло ускладнювати перебіг вагітності, спираючись на наукові генетичні дослідження. Усі опитані батьки не мали відхилень у розвитку (з їх слів) – це було перевагою для історії розвитку дитини з ЦП та прогнозів. Народжених від першої вагітності дітей було 58,13 % (50), 29,06 % (25) – від другої, 12,79 % (11) – від третьої. У 73,25 % (63) прослідковувався токсикоз першого триместру вагітності, у 26,7 % (23) – токсикоз другої половини вагітності, крім того, вагітність супроводжувалася інфекційним захворюваннями, цитомегаловірусом, ГРІПом, набряками, хронічними захворюваннями матері на тлі інтенсивної медикаментозної підтримки тощо (рис.5).

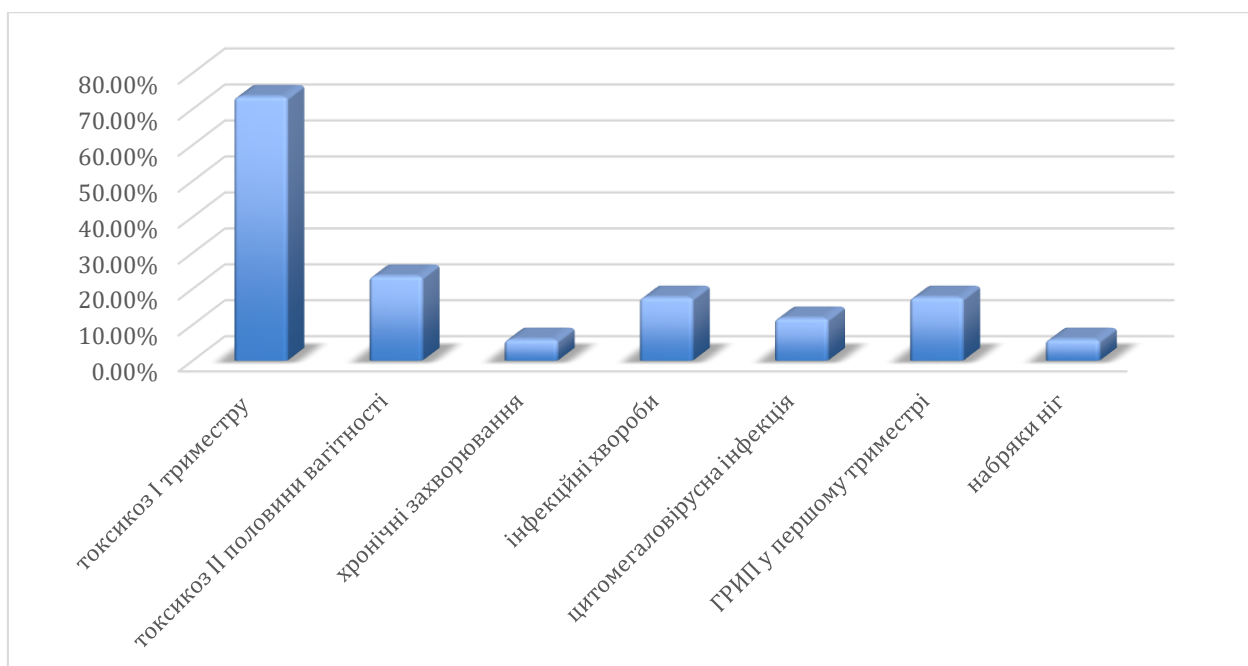


Рис. 5. Хід вагітності матерів дітей з ЦП

Як наслідок, ускладнення пологів: дострокові – 48,8 % (42), обезводнення – 25,5 % (22), стрімкі – 18,6 % (16), кесарев розтин – 30,2 % (26).

Стимуляцію пологів використовували у 74,4 % (64) опитаних респондентів, з яких 54,6 % (47) медикаментозна, 19,7 % (17) механічна стимуляція. 25,5 % (22) респондентів відповіли, що стимуляція була відсутня. Зі слів батьків, у 44,1 % (38) народжених дітей була гіпоксія, 41,8 % (36) дітей мали асфіксію, у 13,9 % (12) була ішемія (рис.6).

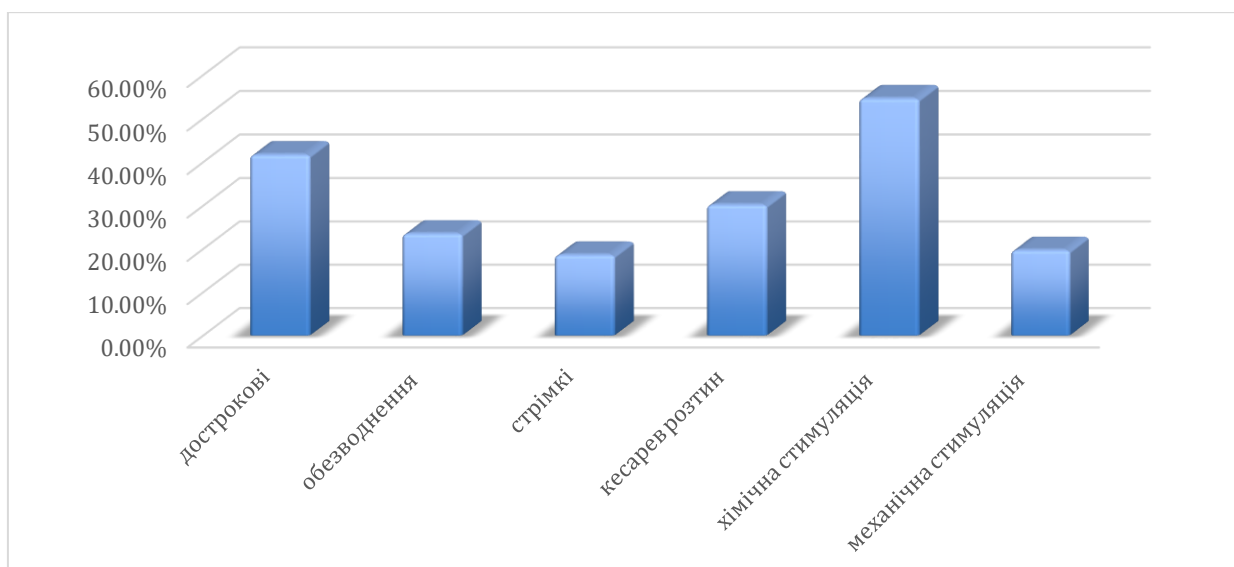


Рис. 6. Особливості пологів у матерів дітей з ЦП

Ранній психомоторний розвиток. Згідно аналізу даних цього блоку скрінінгу отримано інформацію про особливості та перебіг раннього психомоторного розвитку дітей з ЦП. Так, 48,8 % (42) опитаних батьків стверджують, що дитина закричала одразу, після механічної стимуляції – 41,8 % (36), 9,3 % (8) – через 5 секунд, деякі батьки зазначили, що замість крику був стогін, слабкий крик. Також батьки зазначають, що у 18,6 % (16) була біла асфіксія, у 34,8 % (30) – синя асфіксія. У 72 % (62) резус фактор сумісний, що, очевидно, не впливає на виникнення ЦП. Батьки зазначили, що дитина не одразу брала груди з причини слабкості смоктальних рухів; більшість дітей вигодовувалась штучно, і навіть мали певні труднощі внаслідок порушення безумовних рефлексів (смоктального, хоботкового та ковтального рефлексів), що відповідають за акт ковтання. 60,4 % (52) опитаних респондентів зазначають, що була затримка при виписці із пологового будинку, зумовлена погіршенням стану дитини та перебуванням її у реанімації; 39,5 % (34) були виписані відповідно до терміну.

Отже, аналіз результатів клініко-логопсихологічного скрінінгу показав, що в кожному випадку ЦП прослідковується дія сукупних негативних чинників, що у своєму поєднанні зумовлюють ураження ЦНС. Відповідно, перші «червоні прапорці» можливих особливостей стану дитини проявляються в перші дні її життя.

Неврологічний статус. Більшість опитаних відповіли, що перші неврологічні симптоми були помічені вже у перший тиждень життя – 23,2 % (20), у перші місяці життя – 48,8 % (42), до 6-ти місяців – 27,9 % (24) (рис.7).

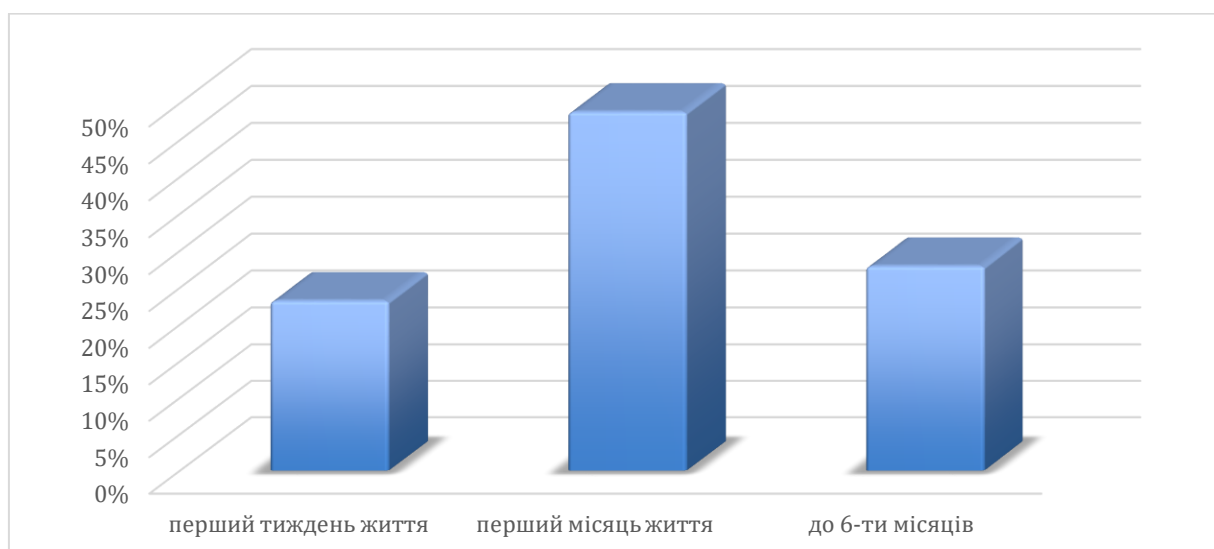


Рис. 7. Перші прояви ураження ЦНС у дітей з ЦП

Відповідно, діагноз «ДЦП» був поставлений до 6-ти місяців 30,2 % (26) опитаних респондентів, до року – 25,5 % (22) дітей, до 2-х років – 41,8 % (38). Отримані дані клінічних досліджень свідчать про необхідність якомога раннього початку корекційно-розвиткової (абілітаційної) роботи, а також логопедизації простору розвитку дитини раннього віку з ЦП, де дієвим є саме логопедичний супровід, враховуючи властивість КГМ – нейропластичність.

Слід зазначити, що порушений розвиток дитини у 27,9 % (24) батьки помітили самостійно, у 20,9 % (18) – помітили близькі, у 48,8 % (42) – медичні фахівці. При цьому важливо було з'ясувати, чи знають батьки неврологічний статус дитини. Стосовно висновку невролога, то тут найбільше питань, адже більшість батьків не змогли дати відповідь на поставлене запитання, можливо, через те, що не хотіли ділитися «болючим», проте, були конкретні та чіткі відповіді. У більшості дітей констатують ДЦП частіше за формою спастична диплегія, лівосторонній гіперкінез, спастичний тетрапарез, спастичний геміпарез. Позитивна динаміка розвитку прослідковувалася у 65,1 % (56) дітей з ЦП, що свідчить про необхідність і можливість здійснення вчасної міжгалузевої роботи з дитиною з ЦП, зокрема, організації логопедичного супроводу таких дітей. Окрім порушень психічного та мовленнєвого розвитку та фізичних труднощів, у дітей з ЦП спостерігаються й інші порушення, зокрема: 37,2 % (32) мають висновок отоларинголога (тонзиліт), 37,2 % (32) мають висновок окуліста (косоокість) (рис.8).



Рис. 8. Супутні порушення при ДЦП, що підтверджують батьки

Важливим було визначити особливості раннього моторного розвитку дітей з ЦП. 37,2 % (32) дітей народженні з масою менше 2 кг, 30,2 % (26) – менше 2,5 кг, менше 3 кг – 13,9 % (12) та були діти, які народженні з нормотиповою масою від 3-х до 4-х кг – 18,6 % (16) (рис.10). Зріст дітей у середньому коливався від 40-50 см – 62,7 % (54), менше 40 см – 25,5 % (22), більше 50 см – 11,6 % (10) (рис.9).

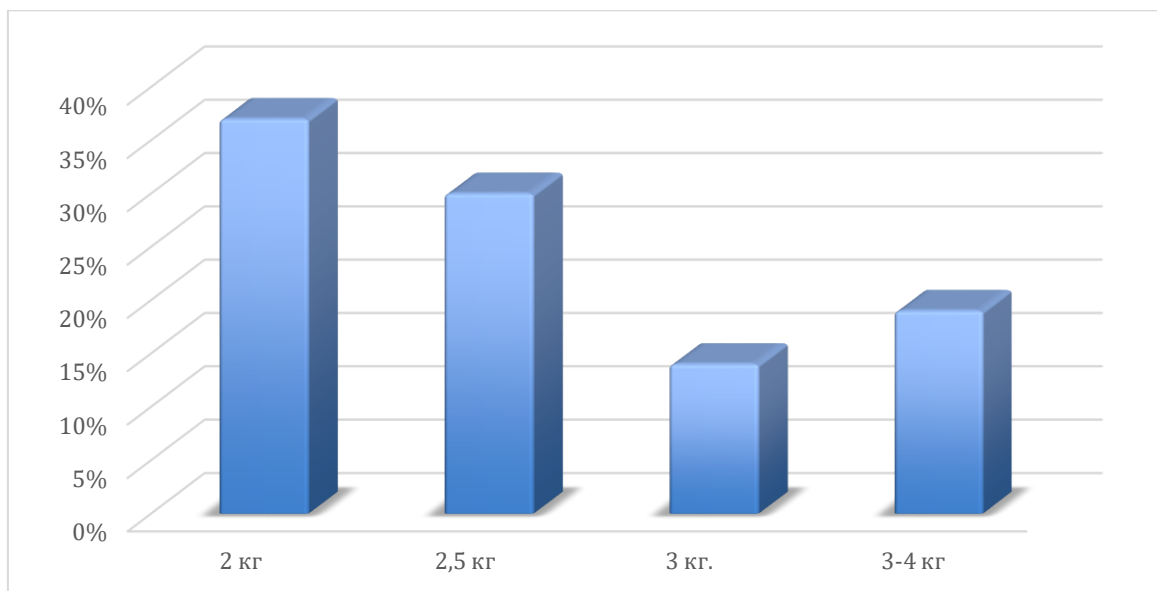


Рис. 9. Маса при народженні дитини з ЦП

Щодо здатності тримати голову, з 1-го місяця утримувати голову 13,9 % (12), з 3-х місяців – 30,2 % (26), з 12-ти місяців – 16,2 % (14), з 6-ти місяців – 13,9 % (12), з 2-х років 6-ти міс – 13,9 % (12), не тримає – 11,6 % (10) (рис.10).

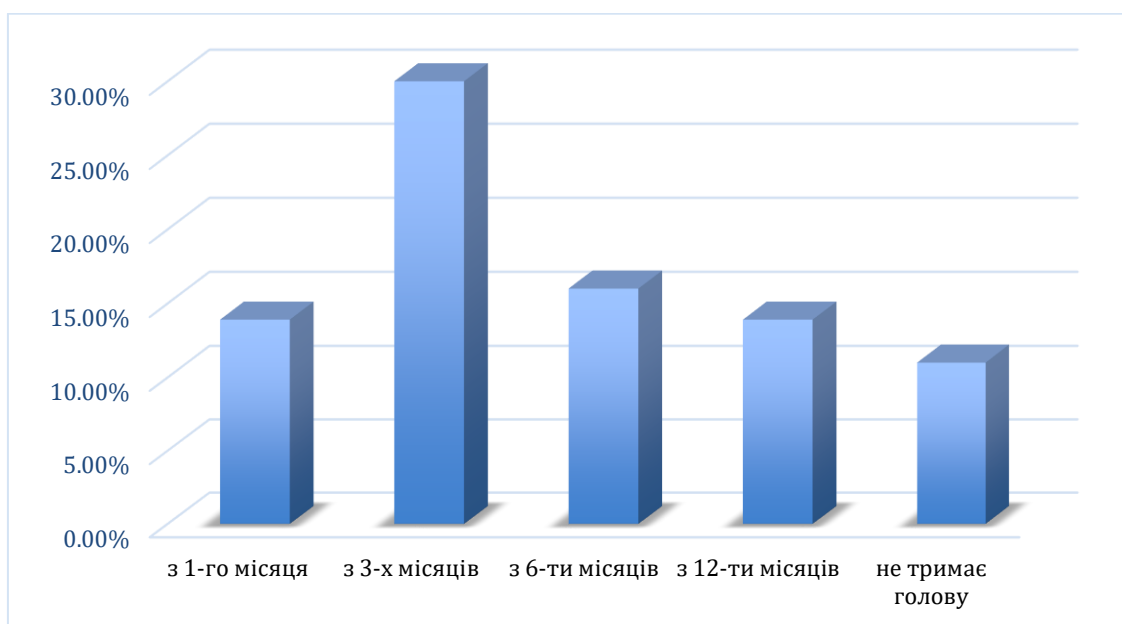


Рис. 10. Вміння утримувати голову дитиною з ЦП

Стосовно сидіння, здатні сидіти з 6-ти місяців 18,6 % (16), 30 % (26) – з 9-ти місяців, сіли до року – 18,6 % (16), сіли у 3 роки 11,6 % (10), не сидять досі – 20,9 % (18).

На відміну від попередньої навички, здатність дитини самотійно стояти відсутня у 23,2 % (20) дітей з ЦП опитаних респондентів, з 9-ти місяців вміє стояти 17,4 % (15) дітей, з 12-ти місяців – 11,6 % (10), з півтора року – 17,4 % (15) дітей, з 3-х років – 30,2 % (26).

Діагностовано, що ходить дитина з ЦП з півтора року – 5,8 % (5), з 2-х років – 17,4 % (15), з 3-х років – 29,06 % (25), після 3-х років – 17,4 % (15), 36,04 % (31) не мають здатності до опанування даною навичкою. Це є негативний показник для розвитку дітей, адже саме з появою прямоходіння у дитини змінюється соціальна ситуація розвитку, з'являються нові горизонти пізнання довколишнього світу, відбувається активізація та стимулювання експресивного мовлення. Ситуація, яка прослідковується у моторному розвитку дітей з ЦП, свідчить про один із найскладніших факторів, що впливають та затримують психофізичний розвиток, який впливає і на формування мовлення у таких дітей.

У розділі про моторний розвиток було питання про появу молочних зубів, адже поява зубів є певним маркером у загальному моторному розвитку, бо забезпечує організм поживними речовинами, які стимулюють його ріст. У 23,2 % (20) опитаних респондентів зуби з'явилися до 6-ти місяців, у 34,8 % (30) батьки стверджують, що поява зубів відбулася до 1-го року, та були відповіді – 41,8 % (36), коли батьки не пам'ятають, коли з'явилися зуби, Це може бути пов'язане із кризою усвідомлення проблем розвитку дитини або ж з відсутністю знань про значення вчасної появи зубів, це також буде враховано у здійсненні формувального експерименту.

У дітей до 1-го року були частими важкі соматичні захворювання, інфекційні, судоми при високій температурі, вітряна віспа, епілепсія; до 2-х років – тяжкі соматичні захворювання, інфекційні, травми, ГРИП, ротовірусні інфекції, судоми при високій температурі; до 3-х років – тяжкі соматичні захворювання, інфекційні, травми, забої, судоми при високій температурі, ГРИП. Тож слід зазначити, що діти від самого народження мають ослаблений імунітет та у цілому соматичну слабкість, що негативно

впливає на загальний стан дитини з ЦП та обумовлює ускладнення її психофізичного розвитку, зокрема мовленнєвого.

Ранній мовленнєвий розвиток. Важливими завдання було з'ясувати специфіку домовленнєвого розвитку та раннього мовленнєвого розвитку дитини, для чого ставилися запитання стосовно характеру плачу дитини (гучний, тихий, слабкий, високий, низький, напористий), про особливості формування голосових реакцій, появу перших складових ланцюжків тощо.

Затримка появи першого крику спостерігалася у 53,4 % (46) дітей. Стосовно характеру плачу дитини з ЦП батьки відповіли, що у більшості дітей плач був гучним 41,8 % (36), високими або слабким 34 % (30), низьким або тихим 19 % (16), настійливим, тривалим 18,6 % (16). Протягом певного часу крик залишався одноманітним, маломодульованим.

Батьки відмічають, що у них було відчуття, ніби дитина не може заспокоїтися 55,8 % (48), при цьому необхідно було постійно тримати її на руках, катати у візочку, слухати музику, годувати, розмовляти, при цьому дитина практично не заспокоювалася до моменту зникнення болю або спазму. 20,9 % (18) опитаних стверджують, що чули інтонації у плачі дитини з ЦП, 79,06 % (68) їх не помічали, 74,4 % (64) опитаних респондентів (батьків) розуміли крик дітей. Важливим показником домовленнєвого розвитку була поява цікавості до брязкалець, Так, за відповідями батьків дітей з ЦП цікавість у таких дітей з'явилася у 3-му місяці 32,5 % (28), до 6-ти місяців – 37,2 % (32), у 2-роки – 18,6 % (16). Були відповіді про те, що батьки не пам'ятають даний факт про розвиток дитини.

Упродовж перших місяців життя у 33,7 % (29) дітей спостерігалася послаблення вроджених рефлексів, а саме хоботкового, смоктального, пошукового, долоно-ротового тощо, що ускладнювало процес годування дитини. Після 4-5 місяців вроджені рефлексі підсилювалися в той час, коли вони мали згасати. Така ситуація створювала відчутні бар'єри для розвитку артикуляційного праксису. Відповідно, прослідкувалися затримки у формуванні гуління вже з самого початку домовленнєвого розвитку дитини. У 4-5 місяців гуління з'явилося лише у 20,9 % (18) дітей, до 6-ти місяців – у 44,1 % (38) дітей, у 27,9 % (24) дітей у 8-9 місяців, у 6,9 % (6) дітей тільки близько 2-х років. При

цьому прослідковувалися специфічні прояви гуління: одноманітність, недостатня інтонаційна виразність, нечаста поява.

Перші складові ланцюжки з'явилися в 6-7 місяців у 6,9 % (6); в 9-ть місяців у 6,9 % (6); у 1 рік – у 37,2 % (32); у 2-роки – у 18,6 % (14); у 3-роки – у 20,9 % (18); 11,6 % (10) опитаних батьків не дали відповідь на дане питання. 44,1 % (38) батьків стверджують, що складові ланцюжки були інтонаційно наповненні, дитина намагалася ніби щось сказати. Ланцюжки насамперед виникали у відповідь на звертання дорослого до дитини. Це є натяком на комунікативну активність, важливо підтримати дитину та забезпечити необхідні для неї умови.

У 34,8%(30) дітей з ЦП, за словами батьків, перші слова з'явилися у період від 1- го до 3- х років (мама, папа, баба), у 39,5 % (34) дітей, за словами опитаних батьків, перші слова з'явилися після 3-х років, 25,5 % (22) батьків дітей з ЦП не дали відповіді на це запитання.

Тривожною для розуміння логопедичного статусу дитини є інформація про появу перших фраз: фрази з'явилися у дітей з ЦП вперше, за словами опитаних батьків, до півтора років у 9,3 % (8); у віці 2-х років – у 16,2 % (14); до 3-х років – у 41,8 % (36); після трьох років – у 32,5 % (28). У групі опитаних були діти, які для комунікації використовують лише жести та міміку. 60,4 % (52) опитаних респондентів зазначають, що діти з ЦП активно користуються жестами під час комунікації, що свідчить про їх потяг до соціальної взаємодії, соціальної активності (рис. 11).

У 32,5 % (28) опитаних переривався мовленнєвий розвиток через інфекційне захворювання, ранній інсульт, після чого зникли усі мовленнєві навички. Тривожним є те, що більшість батьків не знають нормативних показників психофізичного розвитку дитини, не розуміють, у чому проявляються фізичні порушення дитини з ЦП або називають найочевидніші – це координація, рівновага, однак були відповіді про те, що рухові порушення у артикуляційному апараті, 46,5 % (40) стверджували, що фізичні порушення впливають на мовленнєвий розвиток, 27,9 % (24) вважали, що не впливають, 25,5 % (22) – відмовлялися відповісти від незнання. Логопедичний висновок, який переважає у дітей з ЦП – це дизартрія, затримка мовленнєвого розвитку, загальне недорозвинення мовлення, моторна алалія.

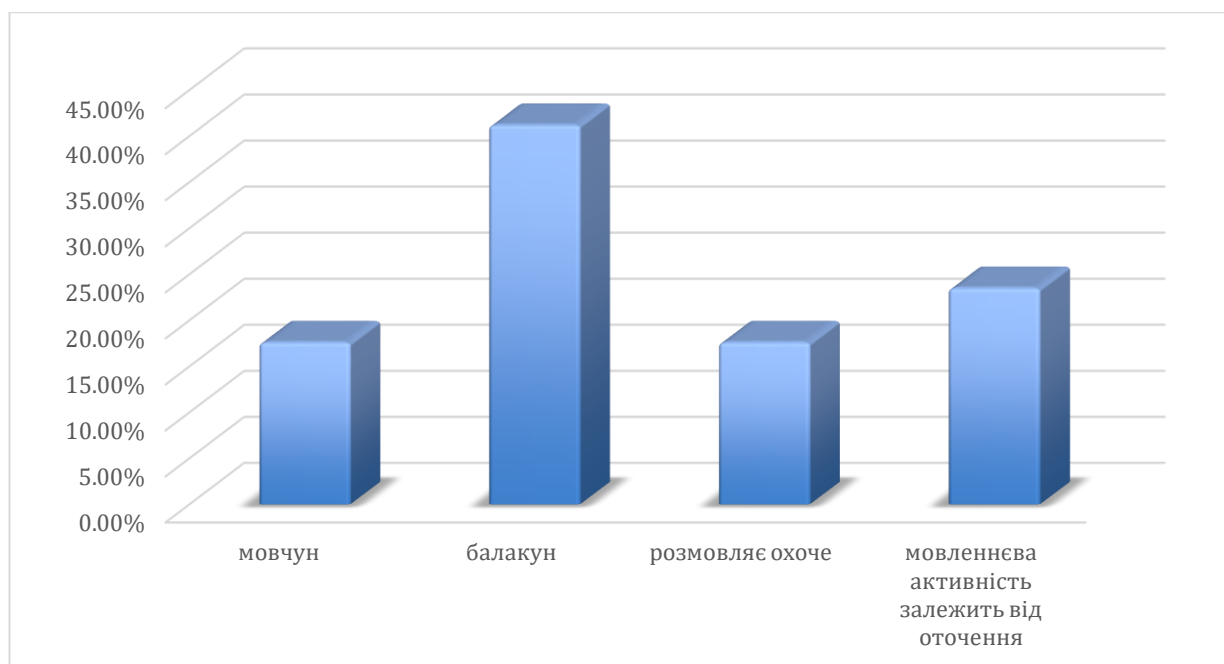


Рис. 11. Мовленнєва активність дитини з ЦП

Ранній психічний розвиток. Під час відповідей на запитання клініко-логопсихологічного скрінінгу батьки зазначали, що гра дітей з ЦП наближена до вікової норми. З цього приводу були здійсненні додаткові опитування та бесіди з батьками під час яких виявили, що батьки не знають особливостей розвитку гри у дітей раннього віку та не розуміють значення розвитку ігрової діяльності. Виявилося, що ігрова діяльність дітей є однотипною, діти рідко використовували іграшки за призначенням, переважна більшість не вміє самостійно гратися тощо (рис.12).

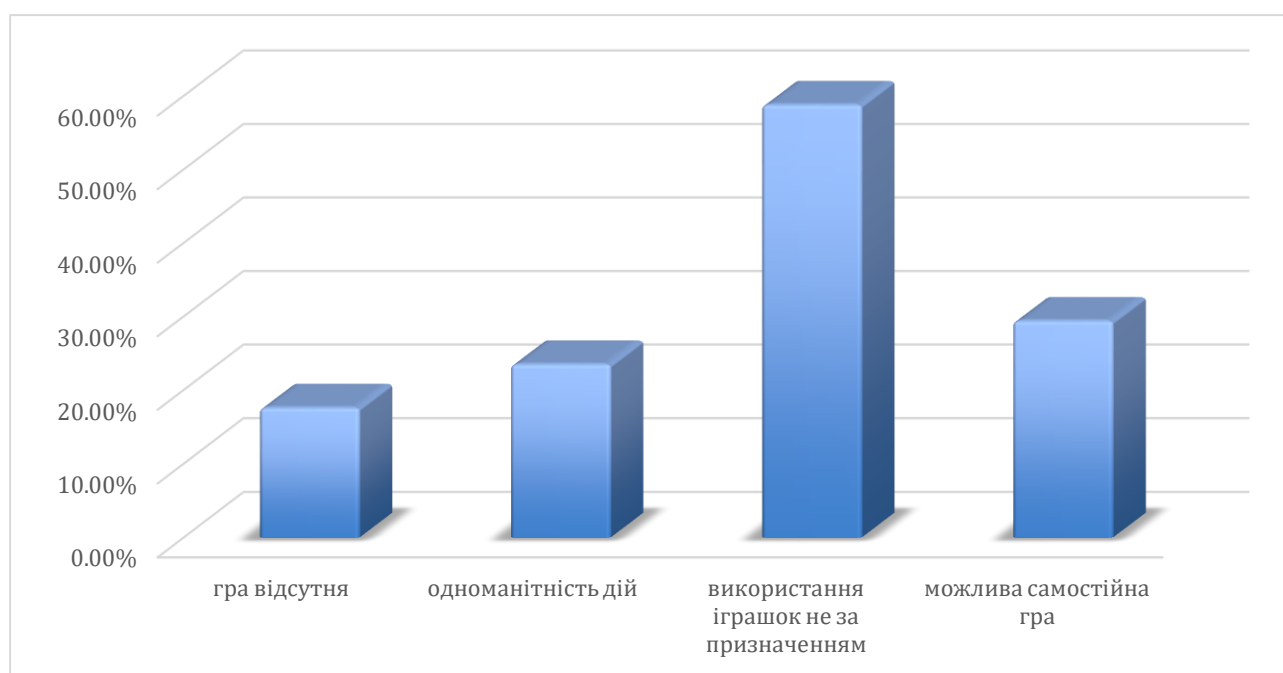


Рис. 12. Особливості розвитку гри дітей з ЦП

Стосовно комунікативної поведінки відмічаємо, що діти із заохоченням вступають у комунікацію з близькими 55,8 % (48), менше з незнайомцями – 41,8 % (36) і є діти, які не бажають брати участь в комунікації, їх 18,6 % (16).

Більшість батьків відповіли, що їх діти з ЦП спокійні – 60,04 % (52), при цьому відмічали особливості емоційно-вольової сфери як замкнутість – 16,2 % (14), гіперактивність – 9 % (8), надмірна емоційність або схильність до істерій – 13,9 % (12).

Стосовно пізнавальної активності, згідно аналізу даних скрінінгу, 11,6% (10) дітей мали відсутність пізнавальної активності, що проявлялася у повній байдужості до оточуючої дійсності; 27,9 % (24) дітей з ЦП мали низький рівень пізнавальної активності, зі слів батьків, дітей цікавили лише нові ситуації, предмети, цікавість до яких швидко зникла; 30,2 % (26) дітей з ЦП мали знижений рівень пізнавальної активності, що проявлялася у певних видах діяльності, що вимагали від дитини певного вольового зусилля; 23,2 % (20) дітей з ЦП мали дисгармонійну пізнавальну активність, зі слів батьків, такі діти проявляли інтерес до оточуючого світу, проте часто при необхідності проявити наполегливість при виконання завдань втрачали цікавість до певної діяльності; лише 6,9 % (6) дітей з ЦП мали виражену пізнавальну активність, зі слів батьків, такі діти проявляли наполегливість при виконання завдань, мали тривалу цікавість до певної діяльності.

Згідно відповідей на питання стосовно розуміння свого порушення 37,3 % (32) опитаних батьків дітей з ЦП із первинно збереженим інтелектом відповіли, що їх діти усвідомлюють своє порушення, 62,7 % (54) батьків не дали відповідь на це запитання.

Важливими показником загального психічного розвитку дітей стали питання стосовно сформованості навичок самообслуговування. Лише 30,2 % (26) дітей з ЦП володіють навичками самообслуговування, решта не оволоділи. 88,3 % (76) опитаних батьків стверджують, що близькі сприймають та розуміють порушення дитини і готові (після професійного спілкування з фахівцями) брати активну участь у напрямі комплексного логопедичного супроводу такої дитини.

Підсумовуючи вищезазначене, констатуємо, що діти з ЦП, починаючи з раннього віку, є однозначно групу ризику загального психофізичного розвитку і, безперечно, мовленнєвого розвитку та, відповідно, потребують негайного логотерапевтичного за умови

взаємодії із міжгалузеву командою фахівців. Під час констатування особливостей раннього онтогенезу дитини з ЦП було виявлено не лише наявність порушень опорно-рухового апарату, а й багатьох супутніх труднощів, що ускладнюють розвиток такої дитини.

2.3 Стан та особливості наданої клініко-логопсихологічної допомоги дітям раннього віку з церебральним паралічем

Важливим блоком клініко-логопсихологічного скринінгу було виявлення рівня отриманої допомоги батькам у медичних та освітніх закладах переважно у період раннього віку дитини з ЦП. Згідно результату скринінгу, 72,09 % (62) опитаних респондентів не отримали належної консультативної психолого-педагогічної допомоги у пологовому будинку, лише 27,9 % (24) отримали її.

Більше того, 60,4 % (52) батькам не повідомили про можливе ураження головного мозку у пологовому будинку і пізніше та не окреслили можливі наслідки даного порушення, були такі батьки, від яких просто приховали факт ураження головного мозку, лише 49,5 % (34) батьків зазначили, що знали про таке ураження.

Наступною ланкою, де батьки дітей можуть отримувати кваліфіковану допомогу, – це дитячі поліклініки. З'ясовано, що на базі дитячих поліклінік отримали належну допомогу лише 27,9 % (24) батьків, більшість опитаних респондентів – 73,09 % (62) – її не отримали. Вірогідно, дається взнаки відсутність сьогодні державної чіткої програми диспансеризації дітей. І це є дуже негативним показником, адже орієнтуючись на дослідження особливостей стану батьків дітей з ООП згідно досліджень (Г. Кукуруза [71], О. Мамачук [214], О. Мастюкова [226], І. Шипітсина [214] та ін.), у період, коли батьки дізнаються про проблеми у розвитку малюка, вони переживають особисту кризу, психоемоційний шок, що, безперечно, негативно впливає і на стан малюка. Адже провідним видом діяльності та основним способом взаємодії є позитивне! емоційне спілкування з дорослим. За таких умов воно практично просто неможливе.

Важливим було з'ясувати, хто помітив прояви ДЦП та рекомендував звернутися до фахівців за спеціальною допомогою. 67,4 % (58) опитаних респондентів відповіли, що

звернутися до відповідного фахівця рекомендував педіатр – і це позитивний показник, який свідчить про високий рівень професійної компетентності медичних фахівців, проте були відповіді, у яких зазначалось, що рідні самостійно помічали порушений розвиток дитини та самостійно шукали необхідних фахівців і це – 48,8 % (42 родини).

Згідно аналізу клініко-логопсихологічного скринінгу, у більшості матерів констатовано порушення як виношування, так і несприятлива картина під час народження. На питання стосовно початку організації допомоги дитині отримали невтішні результати (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Дані про початок організованої допомоги дитині з ЦП

Питання Відповіді представлено у відсотках	З нар-ння	З 1-го року	З 2-х років	З 3-х років	Після 3-х років
<i>З якого віку займаєтесь проблемою розвитку дитини з ЦП?</i>	32,5 % (28)	6,9 % (6)	6,9 % (6)	12,7 % (11)	37,2 % (32)
<i>З якого віку відвідуєте спеціальну установу для дітей з ЦП?</i>	6,9 % (6)	12,7 % (11)	18,6 % (16)	18,6 % (16)	41,1 % (38)

Переважна більшість батьків вперше звернулася до невролога від 6-ти місяців 32,5 % (28); у пологовому будинку – 16,2 % (14), у 1 місяць 1 – 6,2 % (14), у 3 місяці – 16,2 % (14). У більшості випадків до невролога направив педіатр, це склало 48,8 % (42), за власним бажанням звентулося 39,5 % (34) батьків, неонатолог направив 20,9 % (18) опитаних. Причиною лікарі називали профілактичний огляд, недостатню вагу, слабкий крик, відсутність голосових реакцій, наявність ВНГП, порушення сну, загальної уваги, недоношеність, нетипову поведінку, крововилив у мозок, огляд після реанімації тощо.

Проте, в аналізі актуального стану організації допомоги ми з'ясували, що поради від логопеда стосовно мовленнєвого розвитку дітей з ЦП у віці до 18 років отримали 69,7 % (60) опитаних батьків, 32 % (28) – не отримали. Невтішним є те, що 67,4 % (58) – а це значна більшість – звернулись до логопеда вперше у 3-и роки, 27,9 % (24) – у 2-а роки, у 4-и роки – 20,9 % (18). Але була і позитивна відповідь про те, що до логопеда звернулись у 6-ть місяців. Причиною звернення до логопеда батьки називали такі: проблеми із диханням, жуванням, ковтанням; увагою до зверненого мовлення;

нерозуміння зверненого мовлення; порушення темпу і ритму мовлення; спотворене мовлення; затримку термінів формування мовленнєвих умінь та навичок; відсутність ініціативного мовлення; відсутність мовлення.

Важливим було визначити, до яких фахівців зверталися батьки дітей з ЦП до 3-х років. Результати показали, що перший за важливістю, на думку батьків, є невролог – 88,3 % (76), реабілітолог – 79,06 % (68), логопед – 37,2 % (32), психолог – 31,3 % (27), спеціальний педагог – 34,8 % (30) (рис.13).

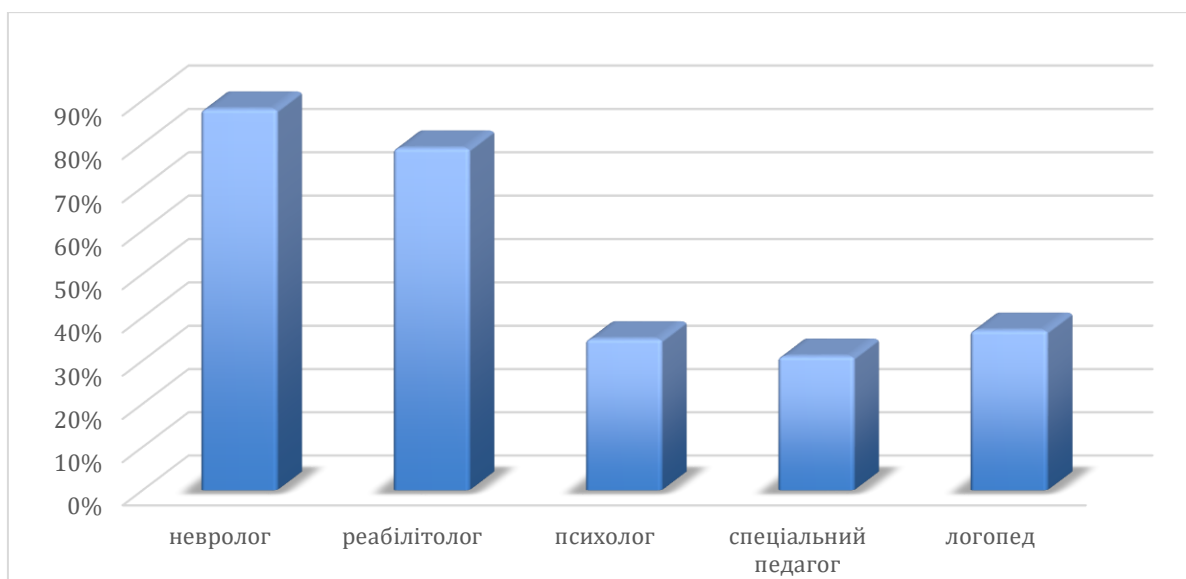


Рис. 13. Звернення батьків до фахівців у віці дитини до трьох років

Згідно аналізу питання стосовно відвідування спеціальної установи визначено, що більшість починає відвідування таких закладів після 3-х років – 89,06 % (68), але є невеликий відсоток дітей, які почали займатися у спеціальних розвивиткових, реабілітаційних закладах від 1-го року – 20,9 % (18).

Констатуємо, що сьогодні, згідно вимог до функціонування інклюзивно-ресурсних центрів, дитина потрапляє до спеціальних закладів на невеликий термін з народження, але найчастіше, традиційно, в першу чергу, в даному віці увагу батьків звертають на організацію медичної та психологічної допомоги, і лише після – на організацію логопедичної допомоги. Згідно результатів бесід з фахівцями ІРЦ зазначаємо, що діти з ЦП найчастіше до них потрапляють у роботу перед школою, і ми розуміємо, що усі синтетивні періоди розвитку мовлення вже позаду. На жаль, батьки

менше на це звертають увагу, що свідчить про недостатність знань про особливості дітей раннього віку з ЦП та їх перспективи.

Несприятлива ситуація прослідковується у реабілітаційних закладах, підпорядкованих Міністерству охорони здоров'я та соціальної політики. Діти перебувають у таких установах протягом певного періоду, а перед цим змушені чекати чергу до моменту їх зарахування. І коли це вже сталося, зазвичай дитині більше 2-х років. Другий момент, який негативно впливає на забезпечення належної допомоги, – це фінансовий бар'єр, адже є комерціалізовані заклади, де дитина може отримати негайну допомогу, проте, на превеликий жаль (що констатуємо нижче), для батьків дітей з ЦП це є практично недоступним. Крім того, у провідних реабілітаційних центрах звертають увагу, по-перше, на відновлення фізичних можливостей дитини та на формування нових потенційно можливих і час роботи з логопедом є вкрай обмежений або ж зовсім відсутній. Практично така ж ситуація і у медичних установах, хоча дитина з ЦП із самого раннього віку найчастіше буває саме там, її перебування є періодичним і, перш за все, здійснюється клініко-реабілітаційний вплив, і лише іноді логопсихологічний.

Згідно вищезазначеного, постає питання створення міжгалузевої системної постійної допомоги на рівні та під контролем держави, щоб батьки незалежно від місця знаходження та можливостей завжди мали поруч досвідченого фахівця, який не лише буде супроводжувати дитину раннього віку з ЦП у її мовленнєвому розвитку, а й стане наставником для батьків в організації логопедизованого простору для їх дитини.

Взаємодія з фахівцями. Щодо зустрічі з неврологом, 44,2 % (38) опитаних батьків стверджують, що зустрічі з даним фахівцем стосовно розвитку дитини з ЦП часті, але більшість – 55,8 % (48) – зазначають нечасті візити до фахівця.

Заняття з психологом підтвердили 67,4 % (58) опитаних батьків і лише 41,8 % (36) повідомили про заняття з логопедом. Найбільше батьки відмічають результати роботи логопеда, реабілітолога, психолога, невролога. Дані свідчать, що батьки дітей з ЦП співпрацюють з фахівцями, але з аналізу попередньої відповіді розуміємо, що така взаємодія стає можливою далеко ближче до початку молодшого шкільного віку (рис.14).

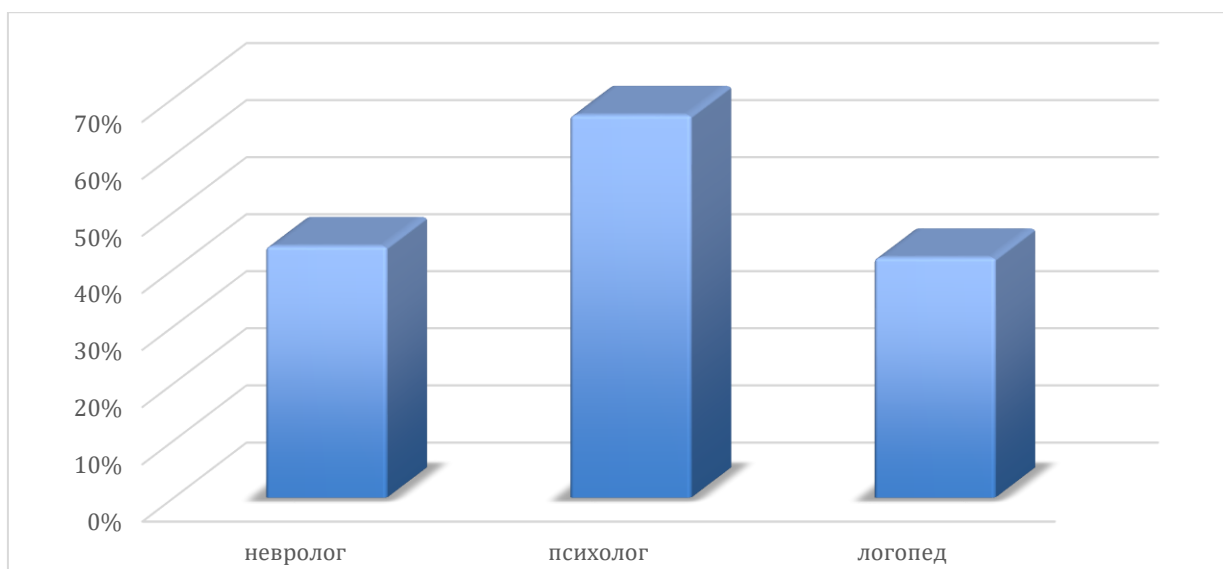


Рис. 14. Взаємодія батьків та дітей із фахівцями у період від народження до 18 років

Позитивною була відповідь про співпрацю із фахівцями, що свідчить про зацікавленість батьків взаємодіяти із спеціалістами та те, що батьки розуміють їх роль у розвитку дитини. Але при цьому відповідь про відвідування спеціальних закладів була досить невтішною. З огляду на дані представленої вище таблиці, розуміємо, що найважливіший період, коли можна зробити найбільш позитивні впливи на розвиток та активізувати зміни на краще, у більшості випадків розвитку дітей з ЦП втрачається. Більшість опитаних батьків – 67,4 % (58) – змушені були самостійно шукати фахівців, які б допомогли констатувати порушення у дитини та направити її у спеціальний заклад.

Теоретико-емпіричний аналіз наукових джерел з питання психологічних особливостей батьків свідчить про те, що у період усвідомлення проблем у розвитку дитини батьки знаходяться у стані глибокої кризи та переважають безпорадність, гальмування. Така ситуація вимагає негайного включення психолога для нормалізації стану батьків та пропрацювання з ними можливих шляхів організації ефективної траєкторії розвитку як дитини, так і збереження «якості життя» родини. Крім того, відчувається особистісна неготовність з боку самих батьків активно взаємодіяти з фахівцями на користь розвитку дитини раннього віку з ЦП.

Згідно з аналізом психологічних висновків, більшість опитаних батьків зазначили, що їх дітей з ЦП констатували затримку психічного розвитку (ЗПР), але вже після 4-х

років, і це той факт, який підтверджує необхідність командного міжгалузевого супроводу дитини з моменту виявлення ознак ДЦП. Проте, спостерігаючи за дитиною раннього віку з ЦП та аналізуючи індивідуальну історію розвитку, ми можемо констатувати таку затримку, але вона не озвучується батькам, тому більшість батьків відкладають це питання на потім, у результаті втрачається сензитивний період розвитку, зокрема і мовлення.

Питання стосовно використання допоміжних засобів засвідчило, що батьки для пересування та адаптації простору дитини з ЦП користуються «інвалідними» візками, спеціальними іграшками, літературою. Це потребує достатньої фінансової мобільності, якої зазвичай не мають сім'ї дітей з ЦП, особливо якщо йдеться про необхідність спеціального взуття, тренажерів для домашнього користування тощо.

Вважаємо за потребу організацію державного контролю та допомоги таким дітям та родинам, використовуючи можливості місцевих громад та їх потенційних ресурсів.

На питання, чи помітили батьки взаємодію між фахівцями 53,4 % (46) відповіли, що не помітили таку взаємодію, 26,7 % (23) – помітили, 24,4 % (17) – не змогли дати відповідь на це запитання. Позитивні відповіді були отримані від респондентів, які відвідують заклади, де впроваджується послуга раннього втручання. Наприклад, дитячий будинок «Сонечко» та поодинокі випадки з інших установ. На жаль, таких установ у нашій країні невелика кількість, хоча і активно реалізується концепція впровадження даної послуги. Під час бесід з батьками більшість навіть не знають про існування такої послуги. Окрім цього, деякі з батьків не знають навіть про інклюзивно-ресурсні центри та їх функціональні задачі. Можемо констатувати, що найскладнішими для батьків виявилися питання про взаємодію з фахівцями.

Важливо те, що частина батьків дітей з ЦП – 43,02 % (37) – максимально намагаються взаємодіяти із закладами різного підпорядкування, це медичні установи, реабілітаційні центри, педагогічні установи. Проте, ми не помічаємо чіткої злагодженої координації цих установ однією мережею на рівні держави. Через це багато дітей з ЦП та їх сім'ї залишаються поза увагою, втрачаються синзитивні періоди розвитку, найбільше це негативно впливає на мовленнєвий розвиток та психічний стан дитини.

Враховуючи складність та тяжкість розвитку дітей раннього віку з ЦП, вважаємо за необхідність долучити до експерименту батьків, логопедів, лікарів, психологів, які працюють з даною категорією дітей.

Отже, згідно аналізу блоку скринінгу, присвяченому організації допомоги дітям з ЦП раннього віку, отримали досить невтішні результати, які свідчать про те, що лише 43,02 % (37) опитаних респондентів отримали належну допомогу, що призводить до припущення про недосконалу систему міжгалузевої допомоги дітям раннього віку з ЦП, що регулюється державними установами, та відсутність належного спеціального, зокрема логопедичного, супроводу дітей з ЦП та їх родини з моменту виникнення ризику такого порушення.

2.4. Актуальний стан логокорекційно-просвітницької культури батьків як основних учасників сучасного логопедичного супроводу дітей раннього віку з церебральним паралічем

За роки незалежності України у закладах освіти склалася певна закономірність, що виявляється у роботі фахівців із батьками дітей з ООП, зокрема, батьками дітей з ЦП. Найпопулярнішими серед форм взаємодії з батьками є батьківські збори, індивідуальні консультації, відкриті заняття. У період карантину, пов'язаного з Covid-19, повномасштабною війною, широко використовуються можливості цифрових ресурсів (відео-конференції, електронне листування тощо). Згідно аналізу даних клініко-логопсихологічного скринінгу з'ясовано, що, перш за все, діти з ЦП отримують медичну допомогу (лікування), наступним етапом є їх часткова абілітаці/реабілітація у соціально-реабілітаційних центрах, яка має, на жаль, певну періодичність і, як правило, розпочинається після 2-го року життя дитини. І лише у дошкільному віці дитина потрапляє в поле зору педагогічної команди, як правило, у 6 років, коли вже сформований певний базис навичок та вмій дитини з ЦП, які не завжди відповідають педагогічним вимогам, а вже мають наявний викривлений хід розвитку.

Визначаючи стан логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП, важливим було долучити до дослідження батьків дітей раннього віку з ЦП. По-перше, ми

спіралися на життєві обставини, які полягають у тому, що дитина раннього віку, перш за все, перебуває у постійній взаємодії та під наглядом батьків. Тому важливо було дослідити саме рівень педагогічної культури батьків, рівень обізнаності ними закономірностей розвитку дитини у нормі та при ЦП, а також визначити їх рівень обізнаності стосовно проблем розвитку у дітей з ЦП. Другим, не менш важливим, завданням стало визначення їх готовності взаємодії з логопедом та іншими учасниками міжгалузевго впливу. Для цього були створенні діагностичні опитувальники безпосередньо для батьків, за результатами яких нами зроблені висновки стосовно ставлення батьків до проблеми розвитку їх дітей з ЦП (Додаток Б).

Питаннями сімейного виховання дітей з психофізичними порушеннями розвитку займалися В. Кисличенко, С. Конопляста, С. Миронова, Т. Піроженко, Л. Ханзерук, L. Shipitsyna та ін. [57; 80; 158]. Автори підкреслюють важливу роль найближчого оточення у процесі корекційно-абілітаційного впливу на дітей і вважають організацію сімейного виховання однією з умов створення для них середовища розвитку.

Згідно науково-методичного аналізу фундаментальних праць українських громадських діячів, письменників та педагогів Є. Миропольського, І. Огієнка, С. Русової, Лесі Українки, І. Франка та ін. [56] засвідчимо, що вони прямо чи опосередковано наголошували на доцільності спеціальної психолого-педагогічної підготовки батьків до реалізації корекційно-виховних завдань, наголошуючи на провідній ролі сім'ї у формуванні особистості дитини.

Педагогічна культура згідно українського словника інтерпретується як такий рівень педагогічної підготовки батьків, який дає їм змогу перетворити сімейне виховання на цілеспрямований, успішний процес, що повноцінно вирішує завдання розвитку і виховання дитини в єдності зі школою [31].

У широкому соціально-педагогічному сенсі педагогічна культура батьків інтерпретується як складова загальної культури людини, в якій відображено накопичений людством досвід виховання дітей у сім'ї, такий рівень їхньої педагогічної спрямованості, який відображає міру зрілості як вихователів і виявляється в процесі сімейного виховання [124]. Тобто, педагогічна культура батьків, з одного боку, віддзеркалює рівень оволодіння ними наявним у суспільстві соціально-педагогічним

досвідом виховання, а з іншого – передбачає реалізацію цього досвіду у повсякденній життєдіяльності своєї сім'ї. Низька педагогічна культура батьків спричиняє їхнє безвідповідальне ставлення до виконання виховної функції, мотиваційну обмеженість щодо розв'язання проблем, пов'язаних із вихованням і розвитком дитини, формалізацію батьківсько-дитячих взаємин, збільшення дефіциту теплоти, уваги і поваги між членами сім'ї, що призводить до формування в дитини низької самооцінки, невпевненості в своїх силах, розвитку негативних способів самоствердження в соціумі.

Спираючись на наукові здобутки вищезазначених науковців у контексті організації логопедичного супроводу дітей раннього віку, вивчаємо рівень логокорекційно-просвітницької культури батьків дітей раннього віку з ЦП як один із видів (характеристик, визначень) педагогічної культури в цілому. *Логокорекційно-просвітницьку культуру батьків* розуміємо як будь-який педагогічний спосіб, метод впливу та взаємодії з дитиною з ЦП раннього віку, будь-який крок батьків у напрямі формування та розвитку її особистості, що здійснюється завдяки володінню знаннями про закономірності психічного розвитку дитини, про розуміння соціальної ситуації розвитку дитини, про специфіку мовленнєвого розвитку, взаємозалежність фізичного, психічного, мовленнєвого розвитку тощо. Впевнені, що ефективність логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП, а також повноцінний психічний та особистісний розвиток такої дитини залежать від рівня логокорекційно-просвітницької культури батьків. Стан готовності батьків до включення у процес логопедичного супроводу оцінювався у межах визначених показників логокорекційно-просвітницької культури – аксіологічний; мотиваційно-ціннісний; когнітивний; діяльнісний; за обсягом і точністю теоретичних й практичних знань та сформованістю мотиваційних потреб за результатами анкетування та опитування.

При визначенні рівня логокорекційно-просвітницької культури батьків важливо ретельно дослідити особливості родини дитини з ЦП. Тож важливим компонентом вважаємо *аксіологічний*, у якому з'ясовували соціальний статус родини, рівень освіченості. Від рівня сформованості даного показника залежав рівень знань про розвиток дітей та готовність взаємодіяти з міжгалузєвою командою фахівців. При дослідженні соціального статусу використовували спеціально створену освітню анкету

для батьків, у якій був розділ, спрямований на визначення даного показника. У результаті визначення рівня логокорекційно-просвітницької культури батьків дітей з ЦП було використано освітні анкети, уточнювальні бесіди тощо. Згідно результатів констатуємо досить неоднозначні відповіді, які свідчать про серйозну соціальну роздробленість родин, у яких виховуються діти з ЦП. Важливим показниками для нас був рівень освіти батьків, адже це говорить про готовність батьків до пізнавальної активності та наявності освітнього кругозору. Так, 50 % (43) батьків дітей з ЦП мали вищу освіту, 50 % (43) – середню професійну.

Дослідження соціального статусу сім'ї дітей з ООП свідчать про те, що чим нижчий показник даного статусу, тим складнішими видаються умови розвитку дітей і не лише з ЦП. Так, досліджуючи цей показник, ми дізналися, що 60,4 % (52) сімей мають власне житло, а 39,5 % (34) мають орендоване житло. Крім того, було виявлено, що усі батьки забезпечені роботою, здійснюють догляд за дитиною більшість матерів: 86,04 % (74) проти 13,9 % (12) батьків. При цьому, на питання стосовно доходу родини у місяць лише 30,2 % (26) мають дохід вище прожиткового мінімуму, і, на превеликий жаль, є родини, які мають дохід нижче прожиткового. Це величезний мінус для розвитку та виховання дитини у такій родині, зрозуміло, що таким сім'ям буде набагато складніше забезпечувати гармонійний розвиток дитини з ЦП, адже він вимагає достатньої матеріальної забезпеченості, щоб покривати витрати лікування дитини, так як держава забезпечує лише частину витрат по догляду за такою дитиною і більшість витрат батьки все ж покривають за власний рахунок і тут хочемо зауважити про державне регулювання лікування, реабілітації, корекції психофізичного розвитку дітей з ЦП та їх родини (рис. 15).

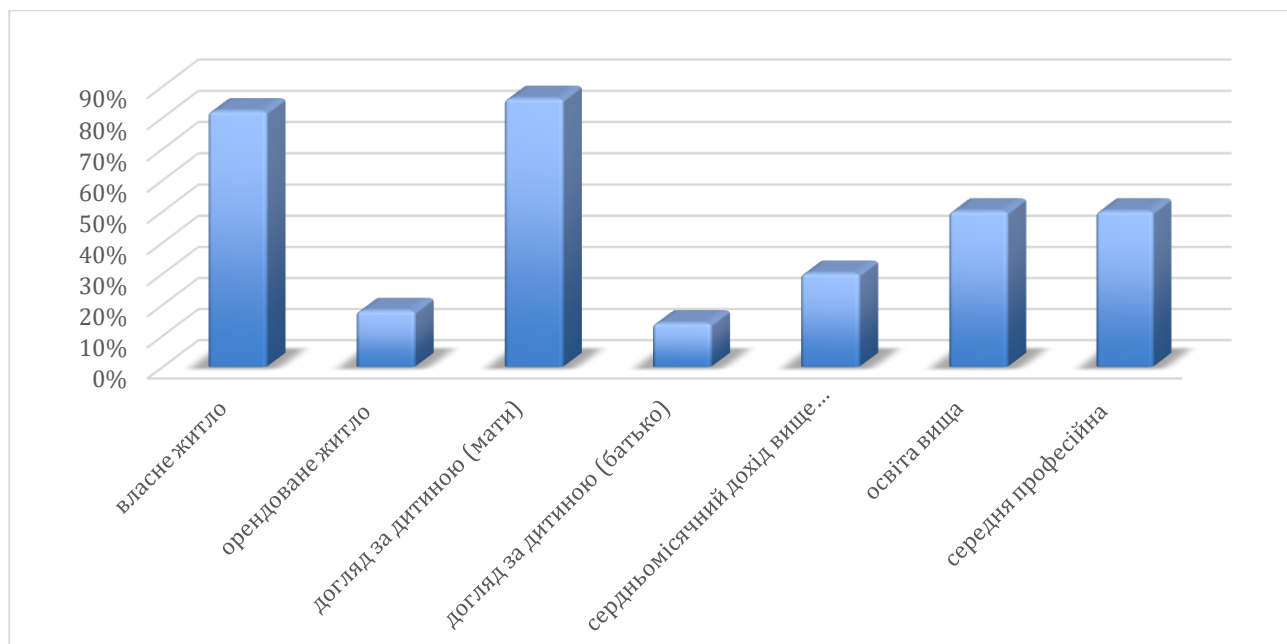


Рис. 15. Показники аксіологічного компонента рівня лококорекційно-просвітницької культури батьків

Важливим у дослідженні було визначення когнітивного компоненту лококорекційно-просвітницької культури батьків дітей з ЦП. Питання стосувалися знань батьків стосовно особливостей розвитку дитини у ранньому віці. Відповіді батьків: 74,4 % (64) опитуваних батьків відповіли, що вони знають нормативи, але при аналізі конкретних питань, коли дитина повинна утримувати голову, сидіти, стояти, з'явитися перші слова отриманні дані свідчать про недостатню обізнаність батьків стосовно нормотипових показників розвитку (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Знання батьків стосовно нормативів розвитку дитини

Запитання	в 1 місяць	3 місяці в	6 місяці в	9 місяці в	12 місяці в	Цікаві відповіді
У якому віці дитина повинна утримувати голову?	16,2 % (14)	53,4 % (46)	-	-	-	25,5 % (22) індивідуально, після року, з 4 місяців.
У якому віці дитина повинна сидіти?	-	-	65,1 % (56)	-	-	34,8 % (30) індивідуально, 7 місяців
У якому віці дитина повинна почати ходити?	-	-	-	39,5% (34)	44,1% (38)	18,6 % (16) індивідуально
Коли повинні з'явитися перші слова?	-	-	-	16,2% (14)	44,1% (38)	34,8 % (30) 2 роки, індивідуально, до 3-х років

Показниками діяльнoгo компоненту були відповіді на питання стосовно звернення батьків за порадою до фахівців. Так, більшість батьків – 65,1 % (56) – зверталися до педагога за порадою стосовно мовленнєвого розвитку дитини з ЦП, до логопеда – 27,9 % (24), невролога з цього питання зверталися 20,9 % (18) батьків, 20,9 % (18) – до педіатра, 27,9 % (24) – звертались до психолога, до рідних, читали літературу (рис. 16).

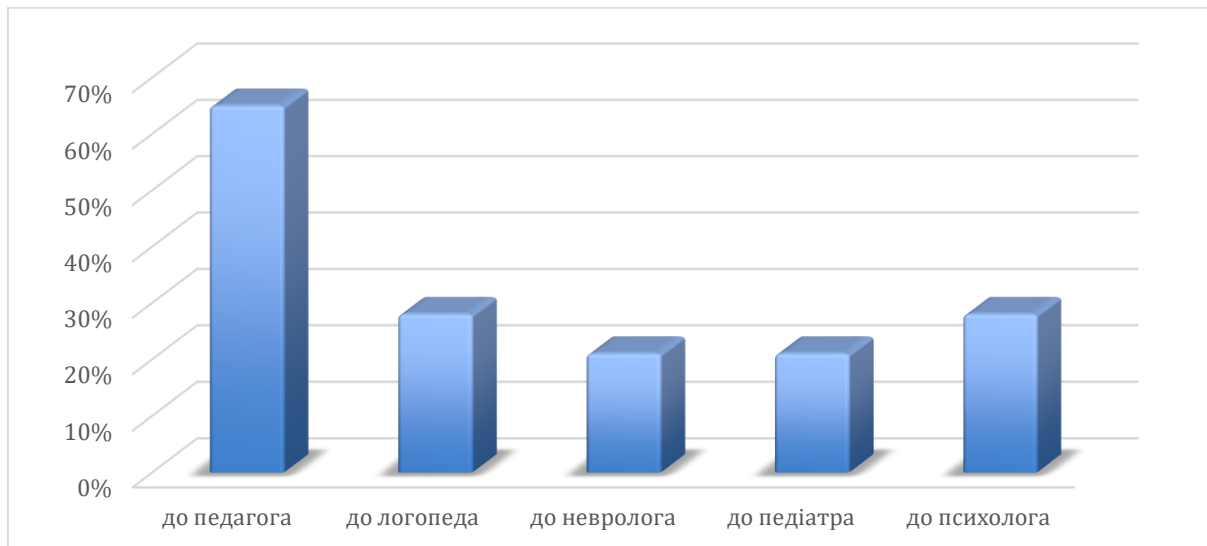


Рис. 16. Звернення батьків до фахівців стосовно мовленнєвого розвитку дитини з ЦП

Стосовно питання, як дитина набуває нових знань, батьки відповіли наступним чином: 72,09 % (62) – у повсякденному житті, 67,4 % (58) – на спеціальних заняттях, 44,1 % (38) – з відео-занять. Крім того, батьки зазначали, що джерелом засвоєння знань дітьми з ЦП також є література, ігри, прогулянки, розмови, дитячі книжки. І це є досить гарним показником, адже більшість батьків турбується про розвиток своєї дитини та максимально адаптується до умов сьогодення. Проте зазначимо, що не всі розуміють, що саме емоційний контакт, тактильні контакти, емоційне спілкування, повсякденна діяльність (рутини) саме у сім'ї найбільше впливають та забезпечують розвиток дитини з ЦП (рис. 17).

Більшість батьків володіють знаннями забавлянок для дітей: 74,4 % (64) з них знають більше 5-ти, 37,2 % (32) знають менше 5-ти.

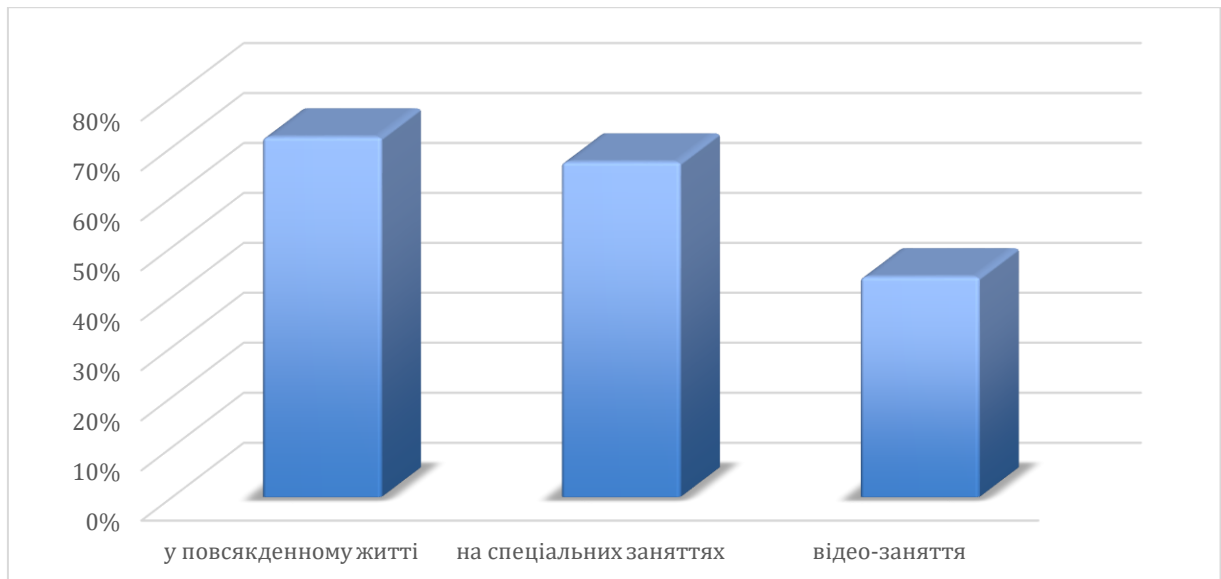


Рис. 17. Способи засвоєння дитиною з ЦП нових знань (зі слів батьків)

Мотиваційно-ціннісний компонент визначався згідно аналізу питань анкети для батьків дітей з ЦП, що охоплювали знання їх про взаємозв'язок фізичного та психічного розвитку дитини з ЦП, про заняття з фахівцями, про необхідність консультування з боку фахівців. З'ясувалося, що 67,4 % (58) батьків знають фактори, які негативно впливають на розвиток дитини, 51,1 % (44) пов'язує мовленнєвий розвиток із фізичним та вважає, що мовлення залежить від рівня фізичного розвитку, 44,1 % (38) батьків розуміють та знають, що мовленнєвий розвиток також залежить від стану психічного розвитку, 30,2 % (26) батьків знають про наслідки порушень мовленнєвого розвитку.

Більшість батьків джерелом отримання інформації називають бесіди з лікарями, інтернет, Google, поради педагога, наукову літературу, не на останньому місці інформацію дізнаються зі спілкування із знайомими, журналів про дитячий розвиток.

Констановано, що 44,1 % (38) батьків (переважно матір) від народження слідкують за фізичним розвитком дитини з ЦП; з 6-ти місяців – 30,2 % (26) батьків, за мовленнєвим розвитком з народження слідкують 20,9 % (18), з 6-ти місяців – 55,8 % (48), з 1-го та 2-х років – по 11,6 % (10). Є випадки, коли слідкування за мовленнєвим розвитком почалося з 3-х років.

Усі батьки ознайомленні із вимогами до вступу до школи, при цьому 60,4 % (52) відвідують заходи для розвитку дітей; слід зазначити, що перш за все йдеться про лікувально-реабілітаційні заклади.

Питання стосовно взаємодії із фахівцями також мали певні особливості. Так, 72,09 % (62) ознайомленні фахівцями з індивідуальними особливостями дитини, 83,7 % (72) батьків відзначили, що такі поради мали позитивний результат, поради частіше були надані лікарем, реабілітологом; 74,4 % (64) батьків отримували поради стосовно мовленнєвого розвитку, які позитивно відгукнулися у 48,8 % (42). На питання «Яку допомогу щодо мовленнєвого розвитку Ви хотіли отримувати?» маємо наступні відповіді батьків: консультації стосовно мовленнєвого розвитку дітей, навчання та виховання дітей у спеціальних закладах, письмові інструкції, відеоматеріали, клуб батьків. Гостро постає питання про відсутність відкритих консультативних центрів для молодих сімей.

Відзначимо, що 72,09 % (62) батьків розуміють та знають, що їх дії можуть прискорити темп як фізичного, так і мовленнєвого розвитку. З 44,1 % (38) випадків опитуваних проводили заняття з фізичного виховання у сім'ї, 55,8 % (48) таких занять не отримували. При цьому 72,09 % (62) сімей не проводили заняття з розвитку мовлення у сім'ї саме у період раннього віку. Така картина свідчить про певну неузгодженість як діяльності фахівців, так і організації міжгалузевої допомоги дітям.

Виявлено: 32,5 % (28) батьків щомісяця зустрічаються із лікарем дитини, 37,2 % (32) – дуже рідко, 30,2 % (26) – щотижня.

Ситуація стосовно частоти зустрічей з логопедом свідчить про певні труднощі взаємодії батьків та логопедів під час роботи з розвитку мовлення дітей з ЦП. Проте, є частина батьків, а саме 27,9 % (24) опитаних, які зустрічаються з логопедом щотижня та щомісяця. При цьому батьки хотіли б отримувати домашні завдання у вигляді друкованих інструкцій – 20,9 % (18) та відео-інструкцій – 37,2 % (32), більшість утрималися від відповіді на дане запитання.

Батьків дітей з ЦП більше турбують фізичні та мовленнєві труднощі. І це свідчить про необхідність ознайомлення батьків із особливостями розвитку дітей з ЦП, комплексного впливу на розвиток дітей з ЦП та необхідної участі у розвитку міжгалузевої команди (лікарі, педагог, логопед, психолог та ін.).

Батьків цікавлять консультації усіх фахівців, це свідчить про певну сформованість мотиваційно-ціннісного компоненту. Домашні завдання батьки бажають бачити більш

поетапними, конкретними, у письмовому вигляді по типу інструкції, відео-рекомендацій. Крім того, батьки виявляють бажання створення клубу батьків для таких сімей та дітей, а також можливість постійних консультацій спеціалістів за підтримки державних установ. Після індивідуальних бесід з батьками складається враження, що в них сформований мотиваційний компонент до організації корекційно-реабілітаційної роботи з дитиною в домашніх умовах.

Важливими даними є ставлення членів родини до дитини. Вони свідчать про переважний стиль взаєностосунків на користь гіперопіки, що негативно позначається на розвитку дітей. Крім того, у сім'ях дітей з ЦП прослідковується низка психологічних проблем, а саме: неприйняття дитини батьками, знецінення власних можливостей, образа на оточуючих, дефіцит спілкування батьків та дитини, погіршення стосунків між батьками, емоційні зриви, дезадаптація та інші, що заважає формуванню партнерських стосунків та побудови ефективного корекційно-реабілітаційного процесу.

Згідно отриманих даних, рівень готовності батьків до включення у корекційно-реабілітаційний процес є недостатнім. Це свідчить про необхідність негайного вирішення цієї проблеми. Шляхами вирішення даної ситуації вважаємо підвищення рівня логокорекційно-просвітницької культури батьків; підвищення загальних показників соціально-психолого-педагогічної характеристики родини через організацію просвітницьких заходів (щодо педагогічної просвіти батьків стосовно особливостей розвитку власних дітей з ЦП; специфіки мовленнєвого розвитку у період раннього віку для вагітних жінок групи ризику та батьків дітей з ЦП) з метою попередження ускладнення стану дитини з ЦП та нашарування проблем розвитку дитини, зокрема, труднощі мовленнєвого розвитку, формування мотиваційних компонентів діяльності, готовність співпрацювати зі спеціалістами.

Оцінюючи рівень логокорекційно-просвітницької культури батьків дітей з ЦП у заходах щодо розвитку виокремлено два рівні: достатній та недостатній (табл. 2.3).

Аксіологічний компонент визначався за такими показниками: вік батьків; освіта батьків; соціальний статус (середньомісячний дохід, наявність житла, зайнятість тощо).

Когнітивний компонент логокорекційно-просвітницької культури оцінювався за наступними показниками: знання норм та закономірностей психофізичного та

раннього мовленнєвого розвитку дитини; знання факторів, що впливають на мовленнєвий розвиток, знання про взаємозв'язок фізичного, психічного та мовленнєвого розвитку; оцінка психофізичного, мовленнєвого розвитку дитини раннього віку з ЦП; знання про необхідні навички та вміння для подальшого формування навичок самостійного життя дитини раннього віку з ЦП.

Діяльнісний компонент визначений такими показниками: спосіб, у який дитина набуває нових знань; використання забавлянок, пісень, читання книжок, використання дидактичних ігор, ігор для розвитку сенсорики, пальчикових ігор у розвитку дитини з ЦП; стиль виховання у сім'ї тощо.

Мотиваційно-ціннісний компонент визначався за рівнем: наявності ініціативи у стосунках із фахівцями; потреби у допомозі фахівців, зокрема логопеда; стійкого бажання подолати труднощі у розвитку дитини з ЦП; відповідального ставлення до виконання домашніх завдань та спільного обговорення результатів.

Достатній рівень визначався за умови правильних або ствердних відповідей, недостатній – якщо відповіді не було або відповідь була неправильною, заперечливою (табл. 4). Кількісне значення рівня кожної складової логокорекційно-просвітницької культури батьків було обчислено як середнє значення за формулою

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

Таблиця 2.3

Результати вивчення рівня сформованості компонентів логокорекційно-просвітницької культури батьків дітей раннього віку з ЦП

Показники	достатній	недостатній
<i>Аксіологічний</i>	60,4%(52)	39,5%(34)
<i>Мотиваційний-ціннісний</i>	55,8%(48)	44,1%(38)
<i>Когнітивний</i>	32,5%(28)	67,4%(58)
<i>Діяльнісний</i>	37,2%(32)	62,7%(54)
Середнє значення	46,5%(40)	53,5%(46)

Незважаючи на деякі відносно сформовані показники логокорекційно-просвітницької культури, загальний рівень знань залишається низьким, Перш за все, йдеться про відсутність чітких знань про нормативи та закономірності розвитку дитини

раннього віку, про взаємозв'язок фізичного, психічного та мовленнєвого розвитку, про значення та необхідність раннього початку роботи з дитиною, усвідомлення необхідності багаторічної боротьби для забезпечення «якості життя дитини» [72] тощо.

Згідно аналізу освітньої анкети стосовно визначення рівня логокорекційно-просвітницької культури батьків встановили, що у середньому він становить 46,5 %, що критично недостатньо для максимально можливого розвитку дитини раннього віку з ЦП.

2.5. Результати дослідження рівня взаємодії міжгалузевої команди фахівців в організації логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП

Важливим завданням другого блоку підготовчого етапу дослідження було визначення рівня міжгалузевої взаємодії команди фахівців щодо організації логопедичного супроводу дитини раннього віку. Широкий спектр проблем та труднощів, що супроводжують розвиток дитини раннього віку з ЦП із самого початку її життя, вимагає участі у організації її розвитку міжгалузевої команди фахівців, що вчасно впливатиме на необхідні сфери розвитку особистості дитини, забезпечуючи її лікування, абілітацію / реабілітацію, розвиток, формування та корекцію. Визначено основних учасників даного процесу, а саме: логопед та команда фахівців з різних галузей: медицина (педіатр, невролог, неонатолог, ерготерапевт та ін.), психологія (психолог) та інші фахівці, які співпрацюють з такими дітьми (за потреби це може бути соціальний педагог, вихователь, вчитель тощо).

Для визначення рівня готовності фахівців до взаємодії у міжгалузевій команді в роботі з дитиною раннього віку з ЦП було розроблено модифіковані фахові анкети, при розробці яких спиралися на наукові розвідки зарубіжних та вітчизняних сучасних дослідників, зокрема, наукові здобутки В. Кисличенко [56; 57] (Додаток В).

В структурі дослідження рівня взаємодії міжгалузевої команди фахівців визначено головну мету – діагностика рівня взаємодії міжгалузевої команди фахівців; визначення готовності до взаємодії із учасниками логопедичного супроводу. Головним завданням на цьому етапі експерименту було вивчення професійних та особистісних якостей фахівців (логопедів, лікарів, психологів та ін.), що взаємодіють з батьками дітей раннього віку з

ЦП, а також впливають на рівень формування їх педагогічної культури та готовність взаємодіяти із фахівцями. Для проведення дослідження на даному етапі використовували методи, такі як: фахове опитування, бесіди з фахівцями, консультації. Відповідно, окреслено основні критерії, що підлягають оцінюванню, такі як: *особистісний, когнітивний, мотиваційно-ціннісний; діяльнісний*.

Аналіз фахових анкет та бесід з фахівцями дав можливість отримати узагальнені результати дослідження рівня взаємодії міжгалузевої команди фахівців при організації логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП.

Аксіологічний компонент. Важливим було визначення рівня освіти фахівців, які забезпечують логопедичний супровід дитини раннього віку з ЦП. Практично усі учасники констатувального дослідження мали вищу освіту (рис. 18).

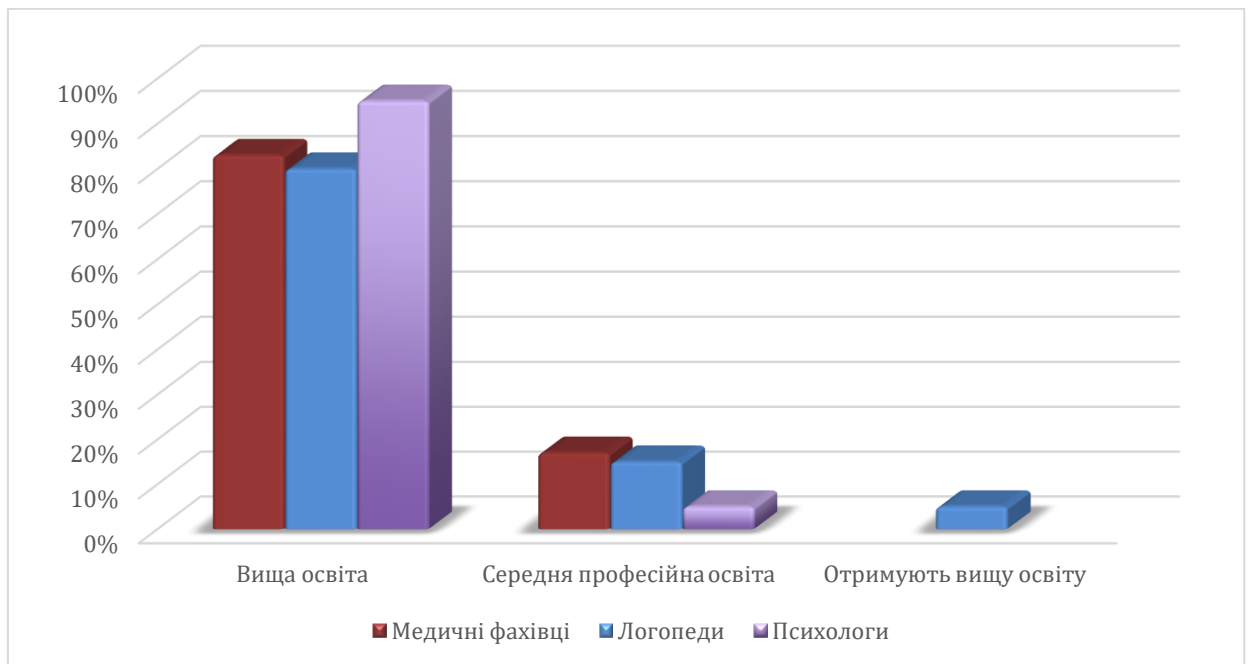


Рис. 18. Освіта фахівців, що забезпечують логопедичний супровід дитини з ЦП раннього віку

Цікавими є дані про професійний стаж роботи в даному напрямі фахівців, які працюють з ЦП (рис. 19).

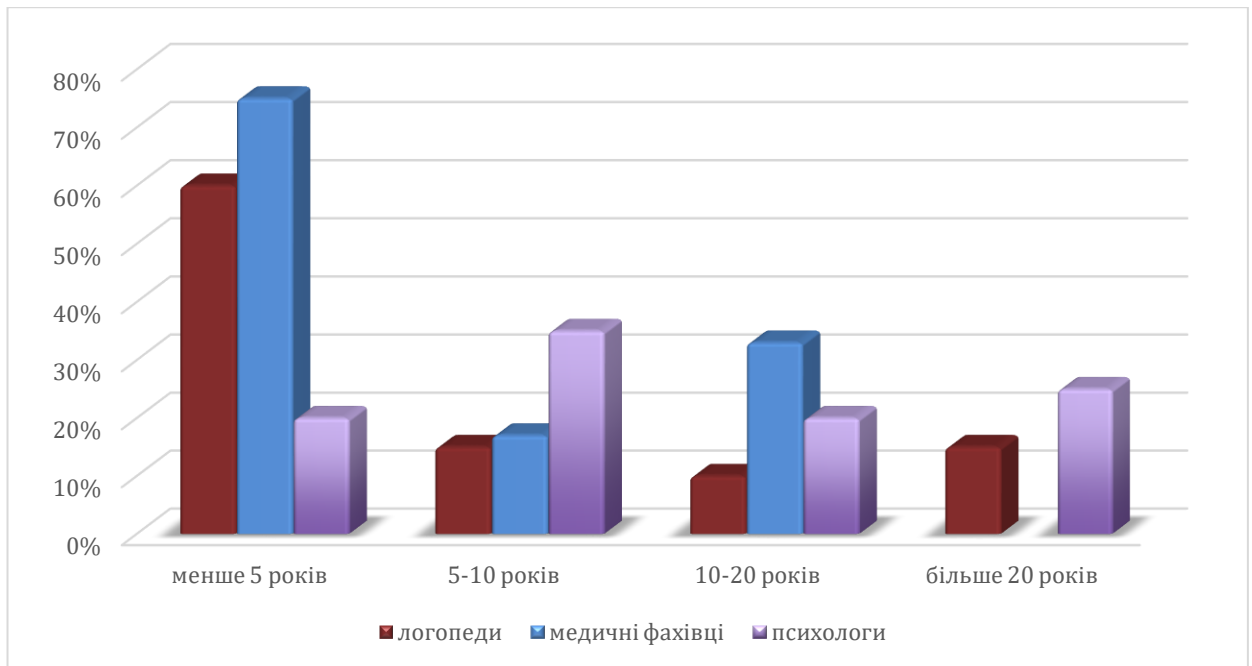


Рис. 19. Кількість років, які фахівці працюють з дітьми з ЦП

Відповідно до отриманих даних, фахівців, які працюють більше 10 років, значно менше, ніж тих, хто працює до 10 років. Під час опитування щодо стажу звучали відповіді про низьку оплату праці, недостатність методичної літератури, погане забезпечення умов праці, відсутність стимулів у роботі тощо. Отримані дані є важливими показниками недостатнього рівня мотиваційно-ціннісного компоненту. Прослідкована тривожна тенденція щодо зміни фаху досвідченими фахівцями унаслідок еміграції, переселення з окупованих територій тощо.

Когнітивний компонент свідчить про рівень знань щодо форм ДЦП, супутніх порушень, самооцінки власних знань та вмінь у роботі з дітьми раннього віку з ЦП. Фахівці майже одноголосно зазначають, що найчастіша форма ДЦП в роботі – це спастична диплегія (G-80). У фахових анкетах було питання: «Батьки дітей з якими формами ДЦП частіше звертаються за допомогою?» і логопеди, психологи та медичні фахівці дали різні відповіді. Це є одним із показників міжгалузевої неузгодженості, а також показником низького рівня логокорекційно-просвітницької культури батьків (рис. 20).

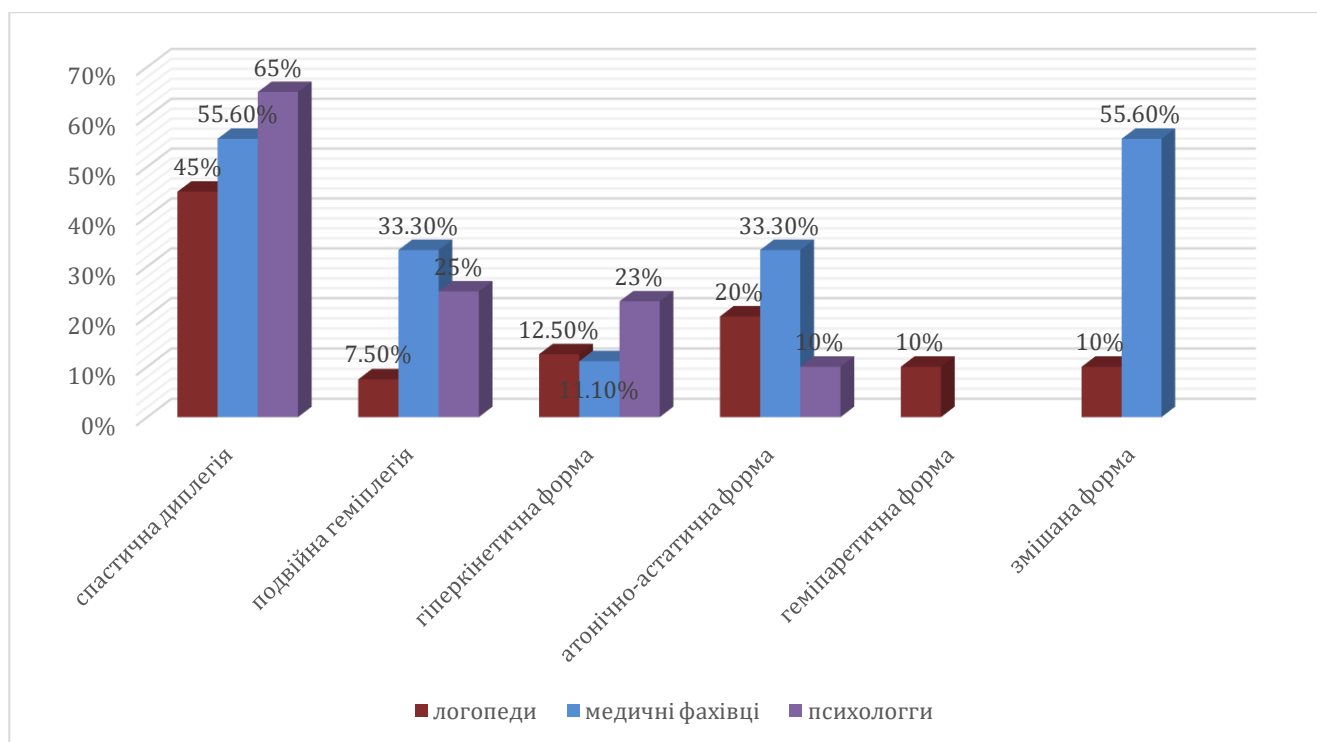


Рис. 20. Клінічний статус дітей з ЦП зі слів логопедів, медичних фахівців психологів

У фахових анкетах важливим було запитання стосовно супутніх порушень у розвитку дітей з ЦП, про які зазначали фахівці (логопед, лікар, психолог). Усі фахівці говорять про наявність супутніх порушень у дітей з ЦП, таких як мовленнєві порушення, психологічні, порушення сенсорних систем, РАС, епілепсія (як симптом або синдром в залежності від форми ДЦП). Неузгодженість та неоднорідність відповідей як фахівців, так і батьків засвідчили різновекторність розуміння психомовленнєвого статусу дитини з ЦП.

100 % (424) опитаних фахівців зазначили наявність мовленнєвого порушення, яке виражалось наступним чином: симптоми порушення діяльності периферичного артикуляційного апарату (порушення процесу жування, ковтання, пиття); порушення дихання; відставання у психофізичному розвитку. Аналіз відповідей підтвердив попередні передбачення, що дітей з ЦП варто віднести до «групи логопедичного ризику». Спираючись на відповіді фахівців, такі симптоми можуть свідчити, в першу чергу, про дизартрію, що підтверджено у вагомих емпіричних дослідженнях [20; 24; 43] (рис. 21).

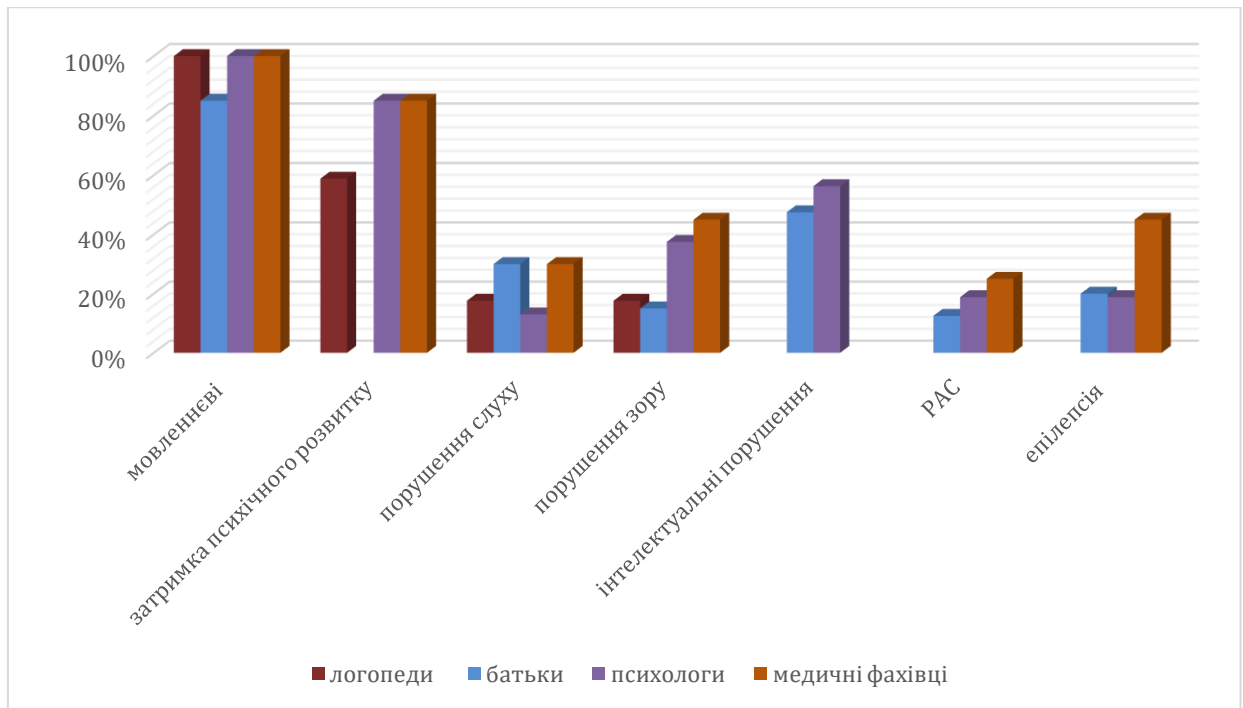


Рис. 21. Супутні психофізичні та мовленнєві порушення при ДЦП (зі слів батьків, логопедів, психологів, медичних фахівців)

Самооцінка знань фахівцями дає поштовх на подолання бар'єру на шляху повноцінного впровадження логопедичного супроводу, а саме забезпечення повноцінної фахової підготовки спеціалістів для командної роботи.

У професійних анкетах для фахівців було питання стосовно самооцінки когнітивних навичок та вмій (рис. 22). Опитані респонденти стверджують, що їм не вистачає методичної літератури, вони не задоволені власною підготовленістю до роботи з дітьми з ЦП. Слід зазначити, що саме логопеди прагнуть постійного підвищення рівня професійних компетентностей і вони хочуть дізнаватися про роботу з дітьми з ЦП та їх особливості постійно. Логопеди зазначають, що для ефективності їх роботи з дітьми з ЦП їм не вистачає: україномовних посібників та методик; адаптованих методик для роботи з дітьми саме раннього віку з ЦП, програм та посібників логопедичного супроводу дітей раннього віку з ЦП, методично-практичних науково обґрунтованих матеріалів для роботи з дітьми з ЦП та їх родинами, відео-посібників для роботи з дітьми тощо. Вищезазначене бачили як проблему і інші фахівці.

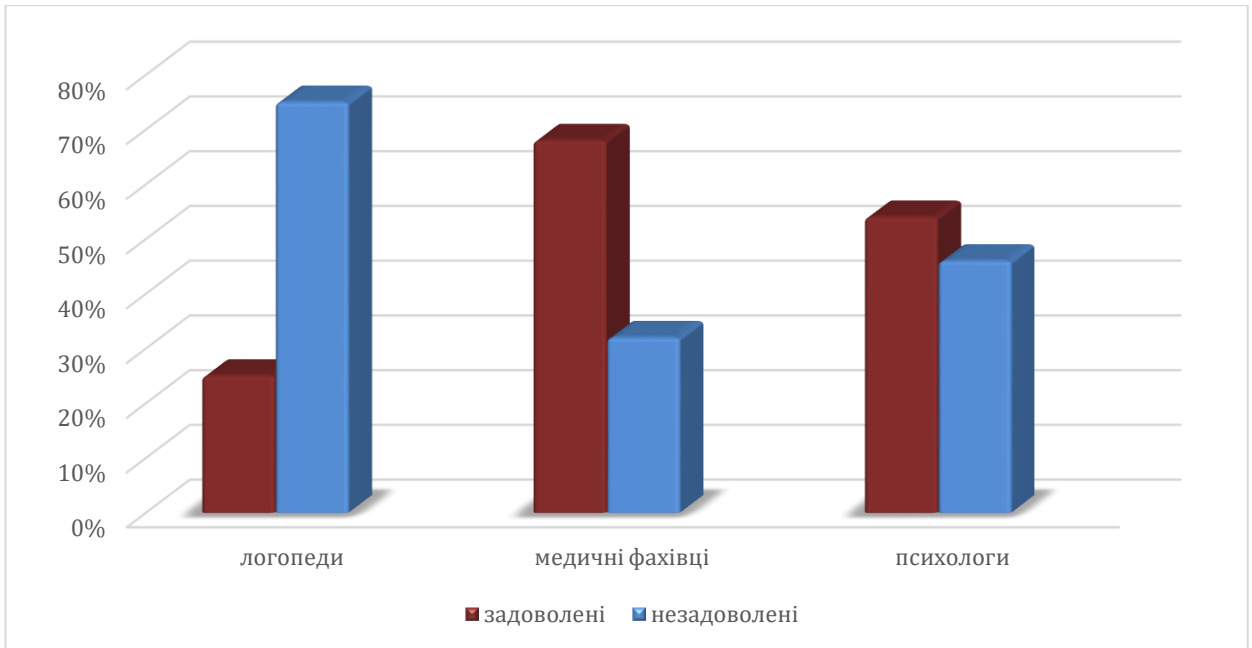


Рис. 22. Самооцінка знань та вмінь стосовно готовності до роботи з дітьми з церебральним паралічем та їх батьками міжгалузевою командою

Важливим було з'ясувати, чи знають фахівці мовленнєві порушення, які супроводжують розвиток дитини з ЦП. Майже усі фахівці зазначили про те, що найчастіше у дітей з ЦП паралічем констатують дизартрію, затримку мовленнєвого розвитку, загальне недорозвинення мовлення, менше зустрічається моторна алалія, заїкання та інші мовленнєві порушення, комбіновані порушення. Найбільше дивує, що саме мовленнєвий діагноз медичні фахівці, керуючись постановою Національної служби здоров'я України (дані – НСЗУ) [111], виставляють аж після 4 років, без відома логопеда та його логопедичного висновка. При тому загальновідомо, що при ДЦП прояви мовленнєвих порушень помітно вже одразу. Відповідно до такої ситуації, до 4 років як правило діти з ЦП не отримують належної логопедичної допомоги та логопедичного супроводу. Хоча з аналізу відповідей фахівців, а саме логопедів та психологів, констатуємо: вони вважають, що корекційно-педагогічну роботу, зокрема логопедичну, слід розпочинати з перших проявів ДЦП.

Мотиваційно-ціннісний компонент. Важливим для нашого дослідження було визначення рівня розуміння фахівцями (медичними працівниками, логопедами, психологами) поняття «супровід». Аналіз відповідей фахівців (Додаток Г) свідчить про те, що уявлення про даний процес в повному обсязі практично не сформовано, проте,

ми помітили правильний хід думок фахівців. Це свідчить про необхідність ознайомлення фахівців (логопедів) із супроводом як автентичним визначеннями у системі міжгалузевих понять та набуття фахівцями знань про впровадження логопедичного супроводу у роботу з дітьми раннього віку з ЦП.

Наступне питання стосовно реалізація комплексного підходу на місцях роботи показало, що такий підхід вкрай погано реалізується у роботі з дітьми з ЦП (рис. 23). Однак, є підстави констатувати, що за останній рік збільшилась кількість установ, які забезпечують комплексність у роботі з дітьми раннього віку з ЦП. У першу чергу, пов'язуємо це з набиранням обертів реалізації концепції впровадження послуги раннього втручання [80].

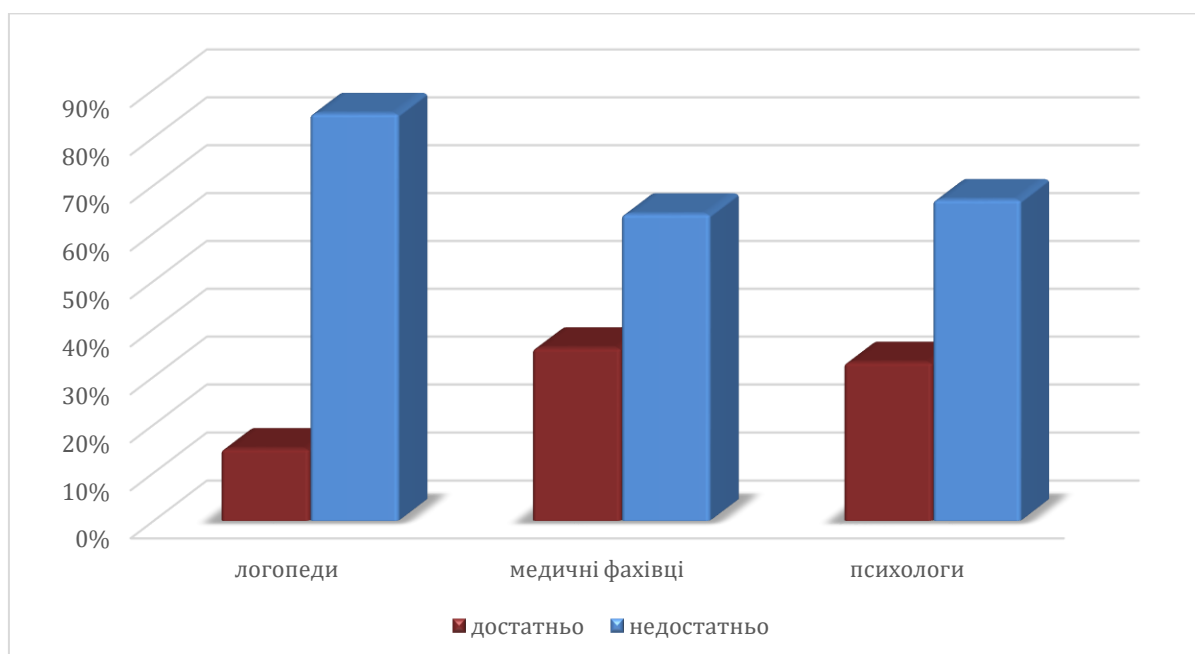


Рис.23. Реалізація комплексного підходу у закладах різного підпорядкування

Відмітимо: 100 % (424) фахівців зазначили, що відчувають перешкоди при організації взаємодії з дитиною з ЦП та її родиною. Більшість фахівців-логопедів визначають найбільше організаційних проблем – 56,8 % (116), змістових – 36,7 % (75), міжособистісних – 18,6 % (38). Та при цьому намагаються вирішити наявні труднощі і проводять: консультації для батьків щодо попередження виникнення комплексних порушень, бесіди з батьками, підключають адміністрацію закладів, застосовують ігрову діяльність для впливу на дітей, ретельно вивчають індивідуальні особливості дитини, планують корекційну роботу з дитиною, окреслюють план співпраці з іншими

спеціалістами, план співпраці з батьками, застосовують альтернативні засоби комунікації тощо.

Зокрема, хочемо звернути увагу на труднощі, що супроводжують роботу медичних фахівців. Найбільші труднощі, які виникають під час лікування дітей з ЦП, це труднощі з контролем м'язів, непорозуміння з батьками викликає труднощі налагодження системності впливу, психологічні та соціальні труднощі, доступність допомоги. Болісним для лікарів є питання початку роботи з дитиною з ЦП: «На жаль, батьки відвідують лише лікарів на першому році життя дитини, а до реабілітологів приходять вже на 3-му році життя, що додає труднощів в досягненні успіхів дитини, бо час нейропластичності втрачається. Було б чудово, якби вони звертались раніше». Це свідчить про те, що, все ж таки, рівень міжгалузевої взаємодії, який регулюється органами державних установ, на досить низькому рівні. При цьому медичні фахівці окреслюють гальмівні фактори розвитку дитини з ЦП: порушення головного мозку, труднощі дихання, відсутність реабілітації, порушення кінестетичного аналізатору, порушення акустичного сприймання, серцево-судинні порушення. При цьому 35,4 % (34) медичних фахівці зазначають, що усі проблеми, які виникають, перш за все пов'язані з участю батьків у процесі лікування, це пов'язано з нерозумінням батьків складності порушення та їх інфантильним ставленням до лікування. Для вирішення професійних проблем медичні фахівці використовують індивідуальний підхід до кожної дитини та її родини, проводять бесіди з батьками стосовно специфіки порушення, залучають інших фахівців, роблять перенаправлення пацієнтів до більш адаптованих закладів, частіше за все це приватні установи та ін.

Згідно аналізу відповідей психологів, то їх, як і логопедів, найбільше турбують організаційні проблеми, як відмітили 58,06 % (72) опитаних респондентів, міжособистісні – 54,8 % (68), змістові – 45,16 % (56). Це дає підстави вважати, що, крім розширення та уточнення знань про особливості розвитку дітей з ЦП, необхідно працювати у напрямі розширення знань про психологічні особливості батьків таких дітей. Нагальним залишається вирішення питань стосовно організації роботи з дітьми з ЦП і, це перш за все, міжгалузева системна підтримка та супровід. Важливо те, що не дивлячись на труднощі, психологи, як і інші фахівці, які взяли участь у дослідженні,

намагаються самотужки вирішувати труднощі: адаптують корекційний матеріал та середовище під потреби дитини, проводять тренінгові заняття для батьків з тем «Врегулювання міжособистих відносин», «Попередження булінгу», залучають адміністрацію закладу, залучають батьків до занять з дітьми з ЦП, беруть супервізії фахівців та ін. При цьому, 59,6 % (74) опитаних фахівців назвали важливою умовою вирішення труднощів у роботі з дитиною з ЦП – обов'язкове залучення батьків.

Згідно з даними про рівень організованої допомоги фахівцями різних установ стосовно вирішення труднощів, підтримки та надання консультацій батькам дітей з ЦП у перші роки життя, він виявляється недостатніми. Отримані дані про організацію логопедичного супроводу показали, що діти з ЦП отримують допомогу, спрямовану на подолання клінічних проявів хвороби (медикаментозна терапія, заняття з лікувальної фізкультури, масаж, рефлексотерапія, бальнеотерапія, гальванічні ванни, електростимулювання м'язів, електрофорез, механотерапія та ін.) і лише після того, як прояви церебрального паралічу вдається урівноважити або зменшити їх силу, до корекційно-лікувального процесу додаються педагогічні методи корекції, у тому числі й розвиток мовлення. Крім того, частіше за все діти з ЦП отримують парціальну допомогу (тобто наприклад, протягом місяця) і це є недостатнім для підтримання досягнутого рівня розвитку під час занять, що свідчить про необхідність активного залучення батьків до процесу роботи з дітьми з ЦП. Тобто, фахівці, взаємодіючи з такою дитиною, паралельно повинні формувати у батьків знання, навички та вміння, які вони зможуть застосовувати у взаємодії з дитиною вдома. Зазначене вище, безперечно, вимагає перегляду особливостей змісту надання дітям з ЦП та їх батькам корекційно-абілітаційної/реабілітаційної допомоги, виникає нагальна потреба впровадження саме логопедичного супроводу таких дітей та їх сімей за підтримки та регулювання державних інстанцій за умови стійкої міжгалузевої взаємодії.

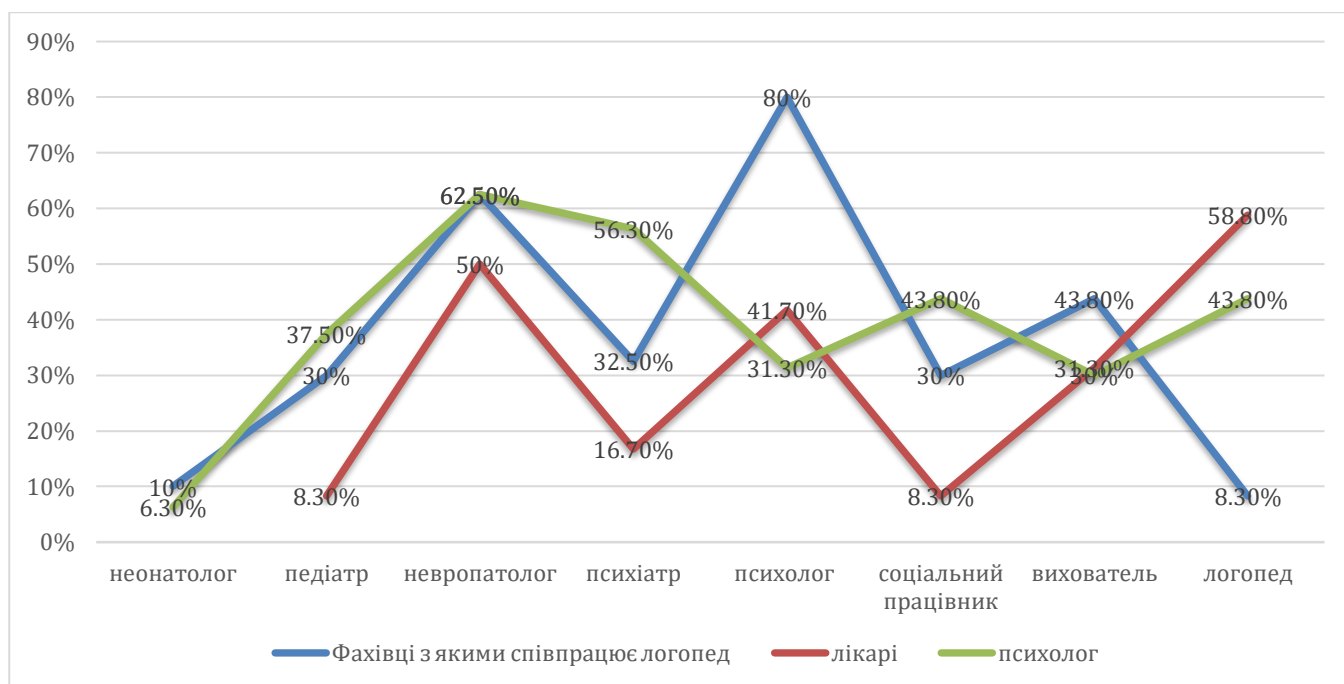


Рис. 24. Міжгалузева взаємодія фахівців

Аналізуючи діаграму міжгалузевої взаємодії (рис. 24) слід зазначити, що саме логопеди найбільше прагнуть взаємодіяти із фахівцями інших галузей, це говорить про їх зацікавленість та стійку усвідомлену мотиваційну готовність до співпраці у достатньо критичних умовах.

Рівень взаємодії фахівців у заходах щодо організації роботи з дітьми раннього віку з ЦП, визначалися двома показниками: достатній та недостатній (табл. 2.4).

Достатній рівень визначався за умови правильних відповідей, недостатній – якщо відповіді не було або відповідь була неправильною, заперечливою. Кількісне значення рівня кожної складової міжгалузевої взаємодії фахівців було обчислено як середнє

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

Таблиця 2.4

Сформованість компонентів міжгалузевої взаємодії фахівців (логопедів, медичних фахівців, психологів)

	Логопеди (204)		Медичні фахівці (96)		Психологи (124)	
	Достатній	Недостатній	Достатній	Недостатній	Достатній	Недостатній
аксіологічний	80,3 % (164)	19,7 % (40)	93,7 % (90)	6,2 % (6)	96,7 % (120)	3,3 % (4)

<i>мотиваційно-ціннісний</i>	51,9 % (106)	48,1 % (98)	70,8 % (68)	26,04 % (25)	59,6 % (74)	40,3 % (50)
<i>когнітивний</i>	62,7 % (128)	37,3 % (76)	81,2 % (78)	18,7 % (18)	82,2 % (102)	17,7 % (22)
<i>діяльнісний</i>	74,5 % (152)	25,5 % (52)	68,7 % (66)	63,2 % (30)	90,3 % (112)	9,7 % (12)
Середнє значення	67,6 % (138)	32,4 % (66)	79,1% (76)	20,8 % (20)	82,2%(102)	17,7% (22)

Узагальнені результати дослідження другого блоку підготовчого етапу свідчать про відсутність узгодженої міжгалузевої взаємодії фахівців і, відповідно, це потребує негайної трансформації підходу до організації лікувально-реабілітаційного, корекційно-розвиткового простору для розвитку такої дитини. Це може бути реалізовано тільки за умови організації міжгалузевого комплексного логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП й забезпечення його впровадження контролем держави.

Висновки до другого розділу

У другому розділі наукового дослідження визначено мету, завдання, напрями та етапи констатувального експерименту; розроблено базову діагностичну модель визначення стану логопедичного супроводу дітей раннього віку з ЦП; визначено стан структурних компонентів моделі; обґрунтовано технологію проведення клініко-логопсихологічного скринінгу; наведено узагальнені результати експериментального дослідження.

Для реалізації діагностичного маршруту було модифіковано та розроблено спеціальний міжгалузевий інструментарій з метою визначення особливостей психофізичного розвитку дітей з ЦП, рівня логокорекційно-просвітницької культури батьків цих дітей, готовності взаємодіяти батьків з командою фахівців (логопед, лікарі, психолог), рівня міжгалузевої взаємодії фахівців та готовності до взаємодії з батьками дітей з ЦП.

Відповідно до показників емпіричного дослідження, для перевірки стану сучасного логопедичного супроводу розроблено та апробовано змістовий програмний діагностичний комплекс, який включав: 1) план-схему вивчення та аналізу медичної та педагогічної документації; 2) змістову складову спостереження батьків за власною дитиною раннього віку; 3) карту клініко-логопсихологічного скринінгу дітей з ЦП; 4) освітні анкети для батьків, зміст тематичних бесід з батьками; 5) професійні анкети та тести для фахівців (логопедів, педагогів, керівників інклюзивно-ресурсних центрів, психологів, медичних фахівців).

Розроблений сучасний дизайн діагностичного дослідження та необхідний інструментарій дозволив визначити актуальний стан логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП. Визначено діагностичні показники кожного з учасників логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП до взаємодії та їх систему оцінювання. Отримані кількісні та якісні показники визначення стану логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП констатували, що сучасна організація та зміст корекційно-реабілітаційної роботи із зазначеною категорією дітей є недосконалими, недостатньо міжгалузевоузгодженими, що не забезпечує умов для здійснення

повноцінного логопедичного супроводу для гармонійного розвитку потенційних можливостей дитини раннього віку з ЦП.

Згідно з результатом констатувального дослідження визначено бар'єри забезпечення логопедичного супроводу. Йдеться про: стан розвитку дітей раннього віку з ЦП із самого початку має широке коло труднощів, що перешкоджають ефективному психофізичному розвитку такої дитини; діти раннього віку з ЦП є однозначною групою «логопедичного ризику»; критично недостатній рівень знань фахівців та батьків про особливості розвитку дітей раннього віку як у нормі, так і з ЦП; труднощі організації та забезпечення роботи логопеда з батьками та іншими фахівцями (лікар, психолог, реабілітолог та ін.); відсутність загальнообов'язкових державних програм та змісту раннього логопедичного супроводу; проблеми з місцем розташування закладів, які мають забезпечувати логопедичний супровід; низький рівень логопедичної освіченості батьків, недостатній рівень підготовки логопедів-практиків до роботи саме з дітьми зазначеної категорії; недостатність чіткої міжгалузевої взаємодії між державними установами охорони здоров'я та освіти у напрямі спільних зусиль для забезпечення логопедичного супроводу дітей раннього віку з ЦП.

Узагальнені результати констатації підтвердили припущення щодо необхідності забезпечення організації та змісту сучасного логопедичного супроводу дітей саме з раннього віку з ЦП у медико-логопсихологічній площині за участі відповідної міжгалузевої команди фахівців. Отримані результати стали основою для розробки та апробації міжгалузевої «Комплексної програми логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП».

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА

Наукові праці, в яких опубліковані основні результати другого розділу дисертації

Публікації у наукових виданнях, включених до переліку наукових фахових видань України

1. Конопляста С. Ю., Синиця А. О. Сучасний стан логопедичного супроводу дітей раннього віку з ЦП та їх батьків як запоруки успішної соціалізації. *Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова. Випуск 37. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія: Зб. наукових праць*. К.: НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2019. С. 63-72.

2. Синиця А. О. Мультидисциплінарний підхід у вивченні дітей з ЦП раннього віку. *Наукові записки Бердянського державного педагогічного університету. Серія: Педагогічні науки*. Бердянськ, 2022. С. 395-408.

Публікації, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

3. Синиця А. Специфіка вивчення дітей раннього віку з ЦП. *Інновації та перспективи розвитку науки та техніки у XXI столітті: виклики майбутнього: матеріали міжнародної наукової конференції (25 грудня 2022): збірник тез*. Польща, 2022. С. 52-58.

РОЗДІЛ 3. МІЖГАЛУЗЕВА КОМПЛЕКСНА ПРОГРАМА ЛОГОПЕДИЧНОГО СУПРОВОДУ ДИТИНИ РАНЬОГО ВІКУ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ

3.1. Концептуальні засади організації та забезпечення логопедичного супроводу дітей раннього віку з церебральним паралічем

Системний теоретико-емпіричний аналіз актуального стану логопедичного супроводу дітей з ЦП в Україні демонструє прогалини у організації логопедичного супроводу дитини, зокрема саме раннього віку з ЦП, підтверджує необхідність нових міжгалузевих реформ, спрямованих на забезпечення успішного розвитку та покращення умов інтеграції дітей з ООП, серед яких діти з ЦП.

Перш за все, негативною детермінантою виступає відсутність вчасної організації міжгалузевої роботи на користь розвитку дитини та супутніх обтяжуючих факторів, невідповідності, незрозуміння батьками причин, механізмів, проявів порушення розвитку, взаємозалежності психомоторних та мовленнєвих порушень, потенційних можливостей своєї дитини раннього віку з ЦП.

Незважаючи на існування традиційної системи роботи фахівців з дитиною раннього віку з ЦП та її родиною, участь батьків у корекційно-абілітаційному/реабілітаційному процесі оцінена як недостатня. Більше того, фахівці відчують труднощі під час роботи з такими дітьми та їх родиною, пояснюючи це недостатністю знань про роботу з такою дитиною, відсутністю мотивації. Фахівці намагаються відкласти вирішення проблем на більш старший вік дитини, при цьому сензитивний період розвитку мовлення лишається втраченим. Як правило, дитину з ЦП у період раннього віку максимально забезпечують медикаментозним лікуванням та реабілітацією, що є недостатнім для гармонійного розвитку потенційних можливостей такої дитини.

Готовність фахівців міжгалузевої команди, зокрема логопедів, до включення батьків у корекційно-абілітаційний/реабілітаційний процес знаходиться переважно

на середньому рівні, проте знання та уміння щодо особливостей психологічного стану батьків, змісту роботи з батьками вимагають значного розширення та уточнення. Враховуючи багатогранність даного процесу, вбачаємо за необхідне організацію спеціального логопедизованого простору для дитини раннього віку з ЦП та її родини; підготовці як батьків, так і логопедів для підвищення готовності до взаємодії у зазначеному процесі та вмінні організувати логопедизований інтервенційно-превентивний простір розвитку дитини раннього віку з ЦП.

Слід зазначити наявність позитивних зрушень у системі організованої допомоги дітям із коморбідними порушеннями в Україні. Йдеться про «раннє втручання», що забезпечує допомогу родині та дитині до повних 3-х років з ризиком виникнення порушення або з порушенням психофізичного розвитку у пристосуванні до життя, враховуючи її особливі потреби. Але, на жаль, масштабного впровадження даної допомоги наразі не прослідковується через існування низки бар'єрів. Тож більшість дітей з тяжкими порушеннями розвитку знаходяться поза постійною увагою необхідних фахівців. Більше того, дана система допомоги не вирішує усіх проблем розвитку, зокрема мовленнєвих, дитини раннього віку з ЦП.

Сьогодні ми притримуємося виваженої позиції щодо глибини впливу неврологічної патології на формування мовлення дитини, не перебільшуючи її, але і не відкидаючи при цьому очевидного. Йдеться про інноваційний підхід до міжгалузевої взаємодії та забезпечення єдиної діагностико-розвивальної технології супроводу мовленнєвого розвитку дітей з ЦП. Саме такий підхід співпадає з магістральними напрямками сучасної світової логопедичної науки, є найбільш наукоємним і водночас оптимальним та ефективним.

Мета формувального експерименту – обґрунтування, розробка та практична реалізація міжгалузевої «Комплексної програми логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП».

Логопедичний супровід дитини раннього віку з ЦП – це міжгалузевий, синергійний та неперервний процес забезпечення спеціально організованого логопедизованого простору супроводу дитини та її родини. Оскільки саме ранній

вік є першою точкою міжгалузевого дотику на користь дитини. Ранній логопедичний супровід суттєво скорочує міжгалузеву неузгодженість у підходах до медичних та педагогічних шляхів лікувально-відновлюваної та логокорекційної роботи. Головною умовою реалізації логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП є діяльність міжгалузевої команди фахівців та родини. Реалізація сучасного сімейноцентрованого підходу у практиці логопедичного супроводу забезпечується наданням відповідної ролі батькам у процесі нормалізації перебігу розвитку мовлення дитини за умови постійної взаємодії логопеда і родини, яка виховує дитину з ЦП. Логопедичний супровід дітей раннього віку з ЦП відбувається за умов дотримання принципів індивідуальності, природовідповідності, міжгалузевого підходу, логопедичної тераностики, сугестивності.

Методологічними засадами логопедичного супроводу дітей раннього віку з ЦП визначено психологічну теорію вікової періодизації у розвитку дитини (D. Elkonin, O. Zaporozhets, O. Leontiev та ін.); психолінгвістичний та системний підхід до аналізу мовленнєвого розвитку дитини (Є. Соботович, В. Тарасун, O. Kornev та ін.); вчення про корекцію мовленнєвих порушень у дітей з тяжкими порушеннями розвитку (O. Боряк, С. Конопляста, Н. Пахомова, Є. Соботович, В. Тарасун, В. Тищенко, М. Шеремет та ін.); концепцію онто- та дизонтогенезу мовлення (O. Kornev); трикомпонентну модель базових складових психічного розвитку (M. Semago, N. Semago); теорію системної динамічної локалізації (мозкової організації) вищих психічних функцій людини (O. Luria); концепцію морфофункціональної готовності дітей з особливостями розвитку до шкільного навчання (В. Тарасун); концепцію сімейного виховання (В. Кисличенко, В. Сухомлинський, E. Fromm, L. Shipitsina та ін.); концепцію реалізації багатопрофільної системи комплексної корекції порушень психомовленнєвого розвитку дітей з інвалідністю від народження (С. Конопляста); концепцію сімейноцентрованого виховання дітей з порушеннями розвитку (В. Кисличенко, С. Конопляста, С. Миронова та ін.); концепцію інклюзивної освіти в Україні (В. Бондар, O. Гноєвська, А. Колупаєва, С. Миронова, В. Синьов та ін.); положення

про провідну діяльність дітей раннього віку (О. Leontiev); нормативні показники і критерії мовленнєвого розвитку дитини (А. Богуш, Н. Гавриш, Л. Vyhotskyi та ін.); ідеї формування особистості у процесі життя людини на основі засвоєння нею суспільних форм свідомості та поведінки (D. Elkonin, О. Leontiev, L. Vygotskyi, А. Zaporozhets та ін.); необхідність спілкування з дорослими для психічного розвитку та формування особистості дитини (О. Arkhipova, О. Prikhodko та ін.); онтогенетичний підхід до психокорекції дитини (А. Wenger), методологія порушеного розвитку (В. Бондар, С. Конопляста, С. Миронова, В. Синьов та ін).

3.2. Зміст комплексної міжгалузевої програми неперервного логопедичного супроводу дитини раннього віку з церебральним паралічем

Логопедичний супровід дитини раннього віку з ЦП ґрунтується на психологічних закономірностях засвоєння мовлення в онтогенезі як засобу спілкування та рівня розвитку такої дитини, враховуючі як вікові, так і специфічні параметри порушення. Логопедичний супровід дитини раннього віку з ЦП головною метою визначає необхідність сформованості у дитини на кінець раннього віку мовленнєвих передумов, що визначенні у програмі розвитку дітей дошкільного віку з порушеннями опорно-рухового апарату, рекомендованої Міністерством освіти і науки України (лист Міністерства освіти і науки від 05.12.2012 № 1/11-18795) [108].

Враховуючи передумови мовленнєвого розвитку дітей з ЦП, передбаченого у законодавстві, та нормотипові показники розвитку дітей у ранньому віці, згідно результатів проведеного експериментального дослідження вбачаємо нагальну потребу у впровадженні логопедичного супроводу дітей раннього віку з ЦП у систему ранньої спеціально організованої допомоги на рівні та під контролем державних установ.

Вагомою змістовою складовою логопедичного супроводу була узгоджена робота міжгалузевої команди фахівців та родини дитини з церебральним паралічем, починаючи з моменту постановки клінічного діагнозу ДЦП, з позиції

сімейноцентрованого підходу: дитина до трьох років та родина як єдине ціле (рис.25). Логопедичний супровід дитини – це певний алгоритм дії логопеда на чолі міжгалузевої команди фахівців, що складається з етапів послідовної та виваженої роботи.

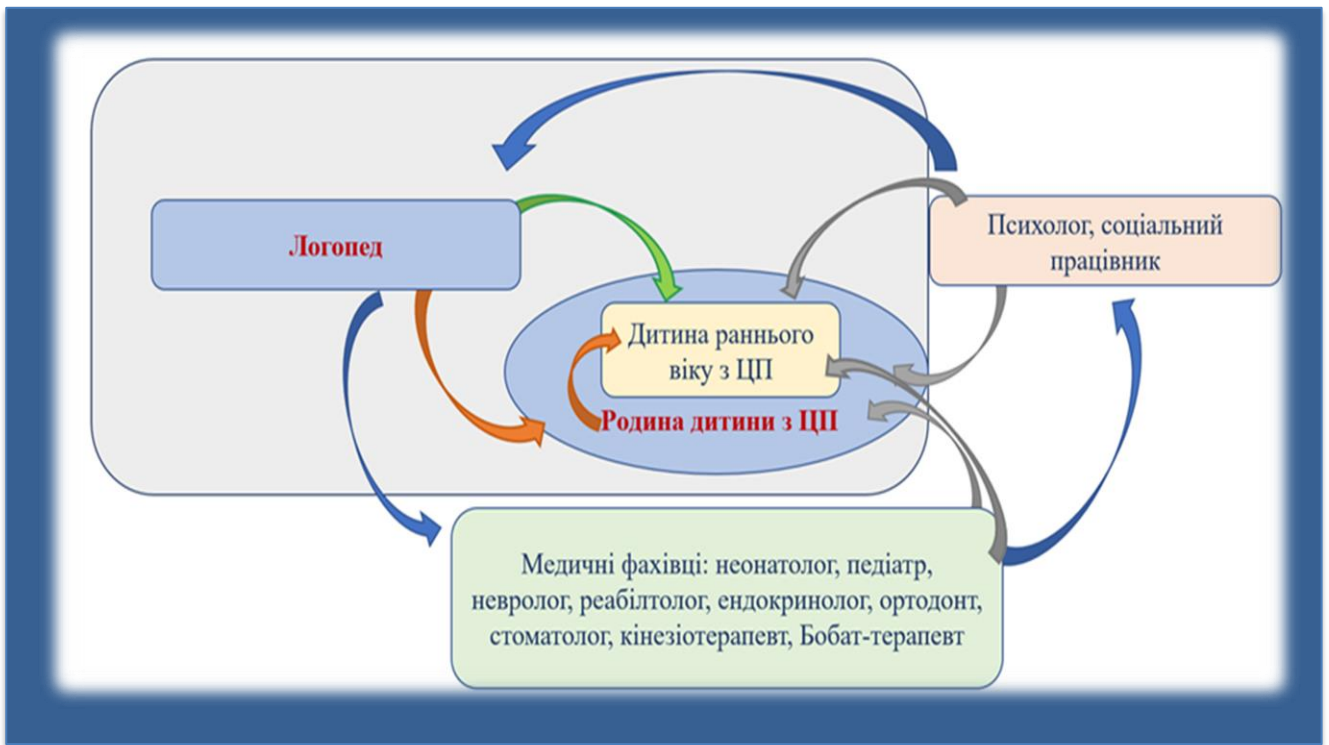


Рис. 25. Схема взаємодії учасників логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП та її родини

Зміст логопедичного супроводу дітей раннього віку з ЦП склали теоретико-методологічні основи діагностичних та авторських корекційно-розвиткових логотехнологій, розроблений алгоритм функціонування міжгалузевої програми, яка включає інноваційні, модифіковані авторські технології логопсихологічної діагностики, логопрофілактики, розвитку дітей раннього віку з ЦП та зміст логопедичного супроводу родини.

Об’ємне бачення структури та змісту логопедичного супроводу дозволило вперше запропонувати нову філософію логопедичного супроводу. Новий інноваційний комплексний підхід спрямований на випередження та запобігання ускладнень психомовленневого розвитку дітей раннього віку з ЦП. Оскільки цей період визначається становленням і формуванням психічних функцій та адаптивних

можливостей дитячого організму, варіативністю відмінностей у межах вікової норми, різноманітністю стратегій засвоєння функціональної системи мови та мовлення (далі – ФСММ) та соціально-емоційного досвіду, високим рівнем загальної та мовленнєвої сензитивності.

Вихідними параметрами, які визначають зміст логопедичного супроводу, вважаємо рівень сформованості домовленнєвого та раннього мовленнєвого періодів розвитку ФСММ; рівні сформованості базових складових психічного розвитку; вік дитини; етап лікування та логопедичного впливу; рівень педагогічної культури батьків, готовність їх бути включеними у логокорекційний процес; готовність фахівців співпрацювати між собою та з батьками дитини раннього віку з ЦП.

Для більш об'ємного представлення змісту логопедичного супроводу дітей раннього віку з ЦП розроблена відповідна міжгалузева **«Комплексна програма логопедичного супроводу дитини раннього віку з церебральним паралічем»** (рис. 26).

Міжгалузева «Комплексна програма логопедичного супроводу дитини раннього віку з церебральним паралічем» складається з базових компонентів: цільового (мета, принципи, завдання); змістового (етапи, напрями, основні види діяльності); логопревентивного (технологічного) (періоди, напрями, етапи, форми, методи, прийоми, взаємодія) та контрольного (критерії та показники).

Відповідно, обґрунтовано, розроблено та впроваджено **методику ранньої логоінтервенції (далі – МРЛ) «У ритмі Метелика»**, основна мета якої – міжгалузева логопревентивна/розвивально-корекційна робота, спрямована, перш за все, на активізацію та формування фізіологічних, нейробіологічних, психолінгвістичних навичок домовленнєвого та раннього мовленнєвого періоду розвитку; пропедевтику можливих ускладнень у період раннього віку на засадах міжгалузевого, синергійного, нейролінгвістичного підходів. МРЛ «У ритмі Метелика» складається зі змісту, етапів, вікових орієнтирів, функцій, зазначених складових та учасників.

МРЛ «У ритмі Метелика» складається з модифікованих авторських методик, а також адаптованих відповідних методик корекційно-розвивального навчання та розвитку мовленнєвої особистості дитини з порушеннями мовлення у

нейролінгвістичному, нейробіологічному, логопедичному та психолого-педагогічному напрямах сучасних дослідників (О. Белова [8], В. Галущенко [20], А. Голуб [24], Е. Данілавичюте [160], М. Єфименко [41], В. Кисличенко [56], С. Конопляста [66], Н. Манько [91], І. Мартиненко [94], Н. Пахомова [114], О. Романеко [126], В. Тарасун [149], В. Тищенко [152], М. Шеремет [170], А. Яковенко [176] та ін.). Методика ранньої логоінтервенції розкриває основні напрями та зміст роботи логопеда з дитиною раннього віку з ЦП. В основу покладено системний аналіз складної структури мовленнєвих порушень та їх впливу на загальний психомовленнєвий розвиток дитини раннього віку з ЦП з позиції нейропсихолінгвістики та логопедії.

Методика «У ритмі Метелика» включає в себе як основні напрями безпосередньої роботи логопеда з дитиною, так і напрями та зміст логопедичного супроводу сім'ї та корекції батьківсько-дитячих стосунків (автономний сімейно-орієнтований сегмент «LogoАбетка»). Сімейно-орієнтований сегмент «LogoАбетка» забезпечує підвищення рівня логокорекційно-просвітницької культури батьків дітей раннього віку з ЦП; психологічну підтримку батьків дітей раннього віку з ЦП; формування у батьків необхідних навичок та вмінь для більш гармонійного розвитку дітей раннього віку з ЦП; уможливлення «якісного життя родини» та «якісного життя щасливої дитини». Підготовлено та зреалізовано кейси заходів логосупроводу для батьків: консультації, логолекції, групові заняття, тренінги, логопрактикуми, воркшопи тощо.

Відповідно до окреслених бар'єрів, на етапі констатації визначено інтегральний напрям міжгалузевої програми логопедичного супроводу, зміст якого передбачав підвищення професійної компетентності логопедів та рівня їх готовності до взаємодії з батьками та іншими учасниками логопедичного супроводу. Поглиблено зміст існуючих та розроблено нові спеціальні освітні компоненти, які успішно реалізуються у вищих закладах освіти за спеціальністю 016 Спеціальна освіта Українського державного університету імені Михайла Драгоманова, Бердянського державного педагогічного університету, Південноукраїнського національного педагогічного університету ім. К. Д. Ушинського, Прикарпатського університету ім. Василя Стефаника, Миколаївського національного університету імені В. О. Сухомлинського.

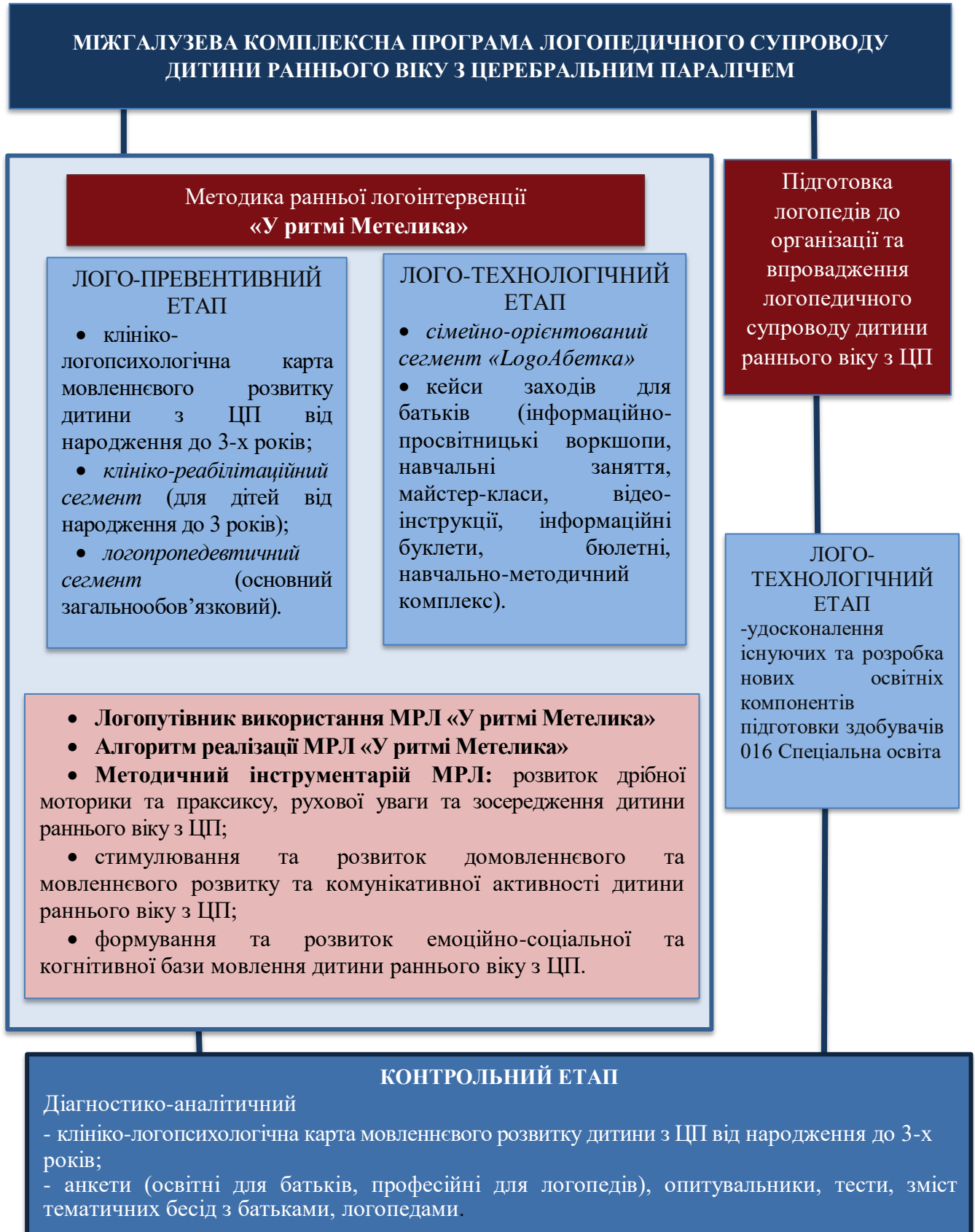


Рис. 26. Міжгалузева «Комплексна програма логопедичного супроводу дитини раннього віку з церебральним паралічем»

3.2.1. Організація та проведення формувального експерименту

Формувальний експеримент здійснювався протягом 2018-2023 років на базі установ медичного, реабілітаційного, освітнього підпорядкування (м. Бердянськ, м. Дніпро, м. Запоріжжя, м. Івано-Франківськ, м. Київ, м. Миколаїв, м. Одеса, м. Полтава, м. Суми, м. Харків, м. Херсон, м. Чернівці та їх області). Для здійснення формувального експерименту було залучено батьків дітей раннього віку з ЦП – 26 осіб експериментальної групи (далі – ЕГ), 86 осіб контрольної групи (далі – КГ); дітей раннього віку з ЦП – 26 осіб ЕГ, 28 осіб КГ; логопедів – 112 осіб ЕГ, 204 – особи КГ.

Міжгалузеву «Комплексну програму логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП» було впроваджено у закладах ІРЦ по Комунарському району м. Запоріжжя; «Особлива Дитина» Буковинського центру комплексної реабілітації для дітей з інвалідністю м. Чернівці; КУ «Інклюзивно-ресурсний центр» Мар'їнської міської військово-цивільної адміністрації Покровського району Донецької області; КУ «Інклюзивно-ресурсний центр» Бердянської міської ради; КП «ТМО «Бердянська міська дитяча лікарня та пологовий будинок» (до 2022 року), КУ «Запорізький обласний спеціалізований будинок дитини “Сонечко”» Запорізької обласної ради.

Формувальний експеримент здійснювався через реалізацію міжгалузевої комплексної програми ЛС дитини раннього віку з ЦП та її родини як результат реалізації МРЛ «У ритмі Метелика», мав забезпечити гармонійний розвиток та логопевенцію дитини. Крім того, у закладах впровадження були створенні логошколи для батьків, де відбувалося спілкування та реалізація сімейно-орієнтованого сегменту даної методики. Зокрема, автономний сімейно-зорієнтований сегмент «LogoАбетка», впроваджений на базі школи для батьків при кафедрі прикладної психології та логопедії Бердянського державного педагогічного університету, Українського державного університету імені Михайла Драгоманова, КУ «Інклюзивно-ресурсний центр» Мар'їнської міської військово-цивільної адміністрації Покровського району Донецької області, КУ «Інклюзивно-ресурсний центр» Бердянської міської ради, сприяв підвищенню рівня логокорекційно-просвітницької культури батьків цих дітей.

Розроблено методичний інструментарій для забезпечення реалізації визначених напрямів міжгалузевої «Комплексної програми логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП»: розроблена модифікована клініко-логопсихологічна карта мовленнєвого розвитку дитини з ЦП від народження до 3-х років; розроблена МРЛ «У ритмі Метелика»; зміст сімейно-орієнтованого сегменту «LogoАбетка»; розроблено методичний інструментарій МРЛ; розширенні та розроблені вперше освітні компоненти «Логопедичний супровід дитини раннього віку з ЦП», «Логопедичний супровід осіб з тяжкими порушеннями мовлення», «Логопедичний супровід сім'ї дитини з тяжкими порушеннями мовлення», «Основи сімейного виховання дитини з особливими освітніми потребами», «Методика роботи з дітьми з порушеннями опорно-рухового апарату», «Логопедія», «Логопедія та планування логопедичної роботи», які були введені у освітній процес підготовки здобувачів першого (другого) рівнів освіти «016 Спеціальна освіта» в Бердянському державному педагогічному університеті, Українському державному університеті ім. Михайла Драгоманова, Південноукраїнського національного педагогічного університету ім. К. Д. Ушинського, Прикарпатського національного університету ім. Василя Стефаника, Миколаївського національного університету імені В.О. Сухомлинського.

Спираючись на наукові дані про розвиток та специфіку мовленнєвих порушень у дітей з ЦП та авторські наукові розвідки, здійснено діагностику мовленнєвого розвитку дітей раннього віку з ЦП та основних функціональних одиниць (слухове сприймання, зорове сприймання, сенсорний розвиток, загальна та дрібна моторика, предметна діяльність, самообслуговування, соціальний розвиток, мовленнєвий розвиток), що складалося з двох основних блоків. *Перший діагностичний блок* включав аналіз медичної документації дітей раннього віку, проведення діагностики психофізичного, мовленнєвого, інтелектуального розвитку дітей раннього віку (анкетування родин, клініко-логопсихологічний скрінінг), дав змогу виявити особливості раннього психофізичного, домовленнєвого, мовленнєвого розвитку дітей з ЦП та дітей раннього віку загальної групи розвитку, зокрема, зі слів батьків. *Другий діагностичний блок (основний) передбачав роботу з дитиною раннього віку з ЦП щодо визначення стану мовленнєвого розвитку з позиції нейпропсихолінгвістики згідно розробленої*

«Клініко-логопсихологічної карти мовленнєвого розвитку дитини з ЦП від народження до 3-х років». Організація дослідження здійснювалася згідно даних наукових досліджень В. Тищенка, що стосуються особливостей застосування психолінгвістичного підходу у роботі з такими дітьми, що відбувалася за відповідними напрямами [152].

Перший напрям: аналіз характеру та глибини порушення рухової сфери дітей з ЦП здійснювався, спираючись на аналіз медичних карток, у яких медичними фахівцями визначено рівень сформованості великих моторних функцій дітей з ЦП (Gross Motor Function Classification System, далі – GMFCS) [63]. Перший етап психомовленнєвого дослідження полягав у визначенні рівня розвитку загальної та дрібної моторики, що відбувався з використанням системи класифікації великих моторних функцій дітей з ЦП (GMFCS). Дана система класифікації великих моторних функцій дітей з ЦП (GMFCS) запропонована співробітниками Канадського університету McMaster University в 1997 році для забезпечення стандартизованої оцінки ступеня тяжкості моторної обмеженості пацієнтів з ЦП. Ця система класифікації застосовується для об'єктивної оцінки рівня моторних порушень у дітей з ЦП, базуючись на їх функціональних можливостях, потребі у допоміжних пристроях та можливостях пересування. Система класифікації великих моторних функцій в даний час є загальноновизнаним світовим стандартом, валідність та надійність якої перевірена у дослідженнях зарубіжних науковців D. Bartlett, A. Bodkin, C. Morris, F. Perales, C. Robinson та ін. [203]. Крім того, важливим аспектом на цьому етапі вивчення дитини раннього віку було визначення стану та рівня розвитку дрібної моторики, для цього застосовували методику діагностики розвитку дитини 1-2 років «рухи руки» за А. Kazminom. Ця методика стала доповненням основної класифікації моторних функцій та допомогла визначити напрями розвитку основних рухів руки дитини раннього віку з ЦП.

Важливою була перевірка навичок прийому їжі дитиною раннього віку з ЦП. Використовували класифікацію здатності прийому їжі та пиття (EDACS) [130], головною метою є визначення рівня сформованості навичок пережовування та ковтання їжі та пиття рідини. Цей напрям дослідження зумовлений необхідністю

правильної кваліфікації порушення психофізичного розвитку з урахуванням його первинно порушеної ланки. Згідно результатів проаналізовано порушення рухової сфери у дітей з ЦП різного ступеня складності, що надало нам додаткову інформацію про характер порушень іннервації (центрального чи периферійного паралічу (парез), гіперкінези, дискоординованість рухів тощо), про локалізацію органічного ураження, а, відповідно, і про можливі порушення психофізіологічних механізмів мовлення. Вищезазначене здійснювалося за участі міжгалузевої команди (логопед, педіатр, дитячий невролог, ерготерапевт та ін.).

Другий напрям: аналіз особливостей сформованості пізнавальної діяльності дітей з ЦП з позицій психолінгвістики. Важливість цього напрямку дослідження пов'язана з тим, що, визначивши рівень інтелектуального потенціалу дитини, педагог отримує необхідну інформацію щодо рівня актуального і найближчого розвитку дитини, а отже може визначити складність використаного на наступних етапах дослідження мовленнєвого матеріалу. Це спрямувало дослідження у русло адекватності можливостям та інтересам дитини. Для визначення рівня інтелектуального потенціалу дитини використали модернізовану методику, що ґрунтувалася на комплексному діагностичному матеріалі Н. Компанієць [67]. Використано блок даної методики, що дозволив визначити рівень інтелектуального розвитку дитини з ЦП раннього віку, що складається з показників розвитку гри дитини, самообслуговування, поведінки під час проведення занять, ставлення до допомоги під час виконання завдання, пізнавальний розвиток. Доповнили його вибіркою нейропсихологічних завдань для діагностики сенсорно-пізнавального розвитку Zh. Glozman [187], L. Wenger [221].

Третій напрям: аналіз порушень мовленнєвої діяльності дітей раннього віку з ЦП. Для точного визначення стану психологічних механізмів мовлення у психолінгвістиці виділяють дві групи механізмів: специфічні мовленнєві та загальнофункціональні. Перша група механізмів тісно пов'язана з функціями мовленнєвих зон кори головного мозку, мозочка та підкіркових утворень. Вони забезпечують сенсорний та руховий компоненти сприймання та породження мовлення. Загальнофункціональні механізми мовлення більшою мірою пов'язані зі станом пізнавальної діяльності дитини. Тому вони вочевидь є порушеними у дітей, що мають затримку мовленнєвого розвитку чи

розумову відсталість. Однак, навіть діти із цілком збереженим інтелектом можуть виявляти певні відхилення під час виконання розумових дій на вербальному рівні. Тому мозаїчні порушення загальнофункціональних механізмів мовлення вимагають ретельної та диференційованої діагностики. Як зазначав В. Тищенко: «Зазначені напрямки дослідження мовленнєвої діяльності дитини дозволяють зібрати досить повну інформацію про характер порушення, його глибину та психологічні механізми, про їх взаємозв'язок з порушеннями інших видів психофізичної діяльності дитини. Отримані результати зможуть суттєво розширити та доповнити наукові уявлення про мовленнєвий розвиток дітей з ЦП і будуть покладені в основу розробки відповідних методик їх корекційно-розвивального та попереджувального навчання» [139].

Для визначення рівня розвитку мовлення дитини раннього віку з ЦП розроблено та застосовано модернізовану методичку визначення особливостей мовленнєвого розвитку дитини раннього віку з ЦП на основі рекомендованих у практиці методик логопедичного обстеження дітей раннього віку, зокрема мовленнєвого обстеження дітей з ЦП (С. Коноплястої, О. Razenkova, К. Semenova, N. Serebryakov та ін.). Завдяки синтезу цих методик нам вдалося визначити стан мовленнєвого розвитку дитини відповідно до її віку та встановити рівень необхідного логопедичного супроводу такої дитини. Основними компонентами даної методички було з'ясування загальних та специфічних механізмів мовлення, стану експресивного та імпресивного мовлення. При цьому орієнтувалися на класифікацію О. Kornev про розвиток комунікативно-мовленнєвої діяльності та ФСММ. Організація такого міжгалузевого клініко-логопсихологічного дослідження мовленнєвого розвитку мала систематизувати дані про домовленнєвий та ранній мовленнєвий розвиток дитини раннього віку з ЦП [195].

Під час здійснення міжгалузевого обстеження дитини раннього віку з ЦП використовували модифіковану «Клініко-логопсихологічну карту мовленнєвого розвитку дитини з ЦП від народження до 3-х років».

Клініко-логопсихологічна карта мовленнєвого розвитку дитини з ЦП від народження до 3-х років.

ПІБ дитини _____

Дата народження _____
 Форма церебрального паралічу _____
 Висновок логопеда _____
 Висновок психолога _____
 Висновок офтальмолога _____
 Висновок отоларинголога _____
 Висновок психіатра _____
 Інші висновки за наявності _____
 Рівень розвитку згідно класифікації великих моторних функцій GMFCS _____

Рівень EDACS (система класифікації здатності прийому їжі та рідини) _____
 Дата обстеження _____
 Вік дитини на момент обстеження _____
 Примітка: _____

ЗАГАЛЬНІ НЕЙРО-МОТОРНІ МОЖЛИВОСТІ ДИТИНИ

**3 – сформовано; 2- за підтримки тривало; 1– самостійно не довгий час;
 0 – відсутня навичка (необхідно поставити цифру)**

Утримання голови (3 міс.) _____
 Вміння сидіти (6-7 міс.) _____
 Вміння лежати на животі (1 міс.) _____
 Вміння стояти (9-10 міс.) _____
 Самостійна хода (12-18 міс.) _____
Примітки (зазначення певних особливостей виконання даних рухів) _____

Моторика руки

Ведуча опорна рука _____
 Ведуча хапальна рука _____
 Ведуча маніпулятивна рука _____
Примітки _____

Нейромоторна діяльність

Пальцевий захват _____
 Ведуча рука _____
 Дослідницькі рухи руками _____
 (Розглядає дрібні візерунки, картинки, фотографії, дрібні предмети з чіткими контурами (1 рік) _____
 Спостерігає, як дорослий пише чи малює олівцем (1 рік) _____
 Розуміє 2-3 жести («бувай», «не можна» та ін.) (1 рік 1 міс.) _____
 Обходить високі перешкоди під час ходи (1 рік 2 міс.) _____
 Наслідує побачені дії дорослого (1 рік 3 міс.) _____

Впізнає себе та близьких на світлинах (1 рік 4 міс.) _____

Показує кілька названих предметів чи картинок (1 рік 4 міс.) _____

Впізнає кілька предметів за їх реалістичним малюнком (1 рік 4 міс.) _____

Уникає перешкоди на поверхні, якою йде (ямки, горбки) (1 рік 6 міс.) _____

Запам'ятовує, де лежать деякі предмети або іграшки (1 рік 6 міс.) _____

Впізнає свої речі, одяг (2 роки) _____

Підбирає парні картинки або іграшки (до 2 років) _____

Підбирає предмет до його малюнку (2 роки 6 міс.) _____

Знає 2-4 основні кольори (3 роки) _____

Впізнає предмет за малюнком його характерної частини (3 роки)

Примітка _____

Особливості дихання (підкресліть потрібне)

У спокої (прискорене, судомні поверхневі вдихи, дихання напіввідкритим ротом, нормальне, хрипке, аритмічне) _____

Під час годування (прискорене, судомні поверхневі вдихи, дихання напіввідкритим ротом, нормальне, хрипке, аритмічне) _____

Під час мовлення _____

Під час плачу _____

Зв'язок дихальних порушень із положенням голови та тіла дитини (прослідковується, не прослідковується) _____

Зв'язок вдиху та видиху із м'язовим тонусом (прослідковується, не прослідковується) _____

Примітки _____

Годування

3 – норма, 2 – слабкість рухів, 1 – напруження, 0 – відсутня навичка

Сання груді матері _____

Кусання _____

Жування _____

Захлинання під час годування _____

Примітки (у якому положенні голови годування ускладнюється, полегшується) _____

Рефлекторна діяльність

Прояв патологічних тонічних рефлексів (оберіть потрібну цифру)

3 – норма; 2 – незначний прояв; 1 – помірний прояв; 0 – значний прояв;

Лабіринтно-тонічний _____

Шийно-тонічний _____

Асиметрично шийно-тонічний _____

Примітки _____

СЕНСОРНО-ПІЗНАВАЛЬНИЙ РОЗВИТОК

Рівень розвитку пізнавальної активності та мотивації (підкреслити потрібне)

пізнавальна активність (норма, недостатньо сформована навичка, знижена активність)

мотивація до діяльності (норма, недостатньо сформована навичка, знижена діяльність)

Увага (підкресліть потрібне)

- низька концентрація та нестійкість уваги (дитина погано зосереджується, насилу утримує увагу на об'єкті, відволікається)
- увага нестійка, поверхнева, швидко виснажується
- увага недостатньо стійка
- тривалість зосередження та переключення уваги задовільні

Розвиток ігрової діяльності (підкресліть потрібне)

- прояв інтересу до іграшок, вибірковість, стійкість ігрового інтересу

(Чи тривало займається однією іграшкою або переходить від однієї до іншої):

- інтересу до іграшок не виявляє (- з іграшками не діє; - у спільну гру з дорослим не включається; - самостійної гри не спостерігається)
- виявляє поверхневий, короткотривалий інтерес до іграшок
- виявляє стійкий, але вибірковий інтерес до іграшок

Адекватність використання іграшок:

- здійснює безглузді дії з предметами (безглузді, які не диктуються логікою гри або якістю предмета дії або маніпулює з предметами)

- іграшки використовує адекватно (використовує предмет відповідно до його призначення)

Характер дій з предметами-іграшками:

- неспецифічні маніпуляції (з усіма предметами діє однаково, стереотипно – постукує, перекладає, тягне до рота, смоче, кидає тощо)
- специфічні маніпуляції (враховує лише фізичні властивості предметів)
- предметні дії (використовує предмети відповідно до їх функціонального призначення)
- процесуальні дії (з 1,5 років) _____
- гра з елементами сюжету (з 2 років) _____

Знання про оточуючий світ (підкреслити потрібне)

відсутні або вкрай низькі, суворо обмежені, дещо знижені, відповідає віку

СЕНСОРНИЙ РОЗВИТОК

Зорове сприймання (так/ні)

- впізнає матір, розрізняє близьких та чужих людей _____
- розглядає людей, іграшки, навколишні предмети, що знаходяться в полі зору _____
- зорове вивчення віддалених предметів _____
- впізнавання, розрізнення знайомих предметів, іграшок на однопредметних картинках, де зображення максимально наближено до оригіналу _____
- диференціація іграшок та однопредметних картинок (співставлення предметів, іграшок з їх зображенням) (з 1,5 років) _____
- розглядання та впізнавання предметів, іграшок на предметних та сюжетних картинках (з 1,5 років) _____
- співвіднесення предметів за кольором, формою, величиною (з 1,5 років) _____
- розрізнення (виділення за словом) предметів за кольором, формою, величиною (з 2 років) _____
- знання та називання кольору, форми, величини предметів (з 2-2,5 років) _____

Примітки _____

Слухове сприйняття (так/ні)

- слухове зосередження _____
- орієнтовно-пошукова реакція на звукові подразники, голос та звертання дорослого _____

- локалізація звуку у просторі (поворот голови у бік невидимого джерела звуку та його знаходження) _____
- диференціація тембрового забарвлення та інтонації голосу матері (або іншої «близької» людини) та «чужих» людей _____
- впізнавання свого імені (диференціація свого та чужого імені) _____
- розрізнення суворої та лагідної інтонації голосу дорослого _____
- слухова увага до мовлення дорослого _____

Примітки _____

Слухова увага та слух (так/ні)

- розрізняє немовленнєві звуки _____
- розрізняє мовленнєві звуки _____
- орієнтування в сторонах власного тіла (з 2,5 років) _____
- цілісний образ предмета (з 2, 5 років) _____
- диференціювання просторових понять (праворуч-ліворуч, вище-нижче, далі-ближче, попереду-заду, у центрі) _____

Конструктивний праксис (з 18 міс.)

- складання пірамідки _____
- складання картинки з двох частин (з 18 міс.) _____
- будова башти (з 1 року) два кубики, 4 кубики _____
- дошки Сегена _____

Кінестетичне сприймання (так/ні)

- локалізація дотику _____
- відчуття пози та рухів у рухах опорно-рухового апарату _____
- відчуття пози та рухів у рухах рук _____
- відчуття пози у мовленнєвій мускулатурі _____

Примітки _____

Стан та будова артикуляційного апарату

(підкреслити потрібне)

Голова (норма, гідроцефалія, асиметрія, мікроцефалія, макроцефалія, інше) _____

Обличчя (норма, стигми дизембріогенезу під час плачу, крику, розмови, сінкенизії, незрощення інше) _____

Мімічна мускулатура (так/ні) з 2,5 років

- піднімання брів _____
- насуплення брів _____
- вміння посміхатися (з 3 міс.) _____
- надування щік _____

Тонус м'язів обличчя (*підкреслити потрібне*)(нормотонус, гіпотонус, гіпертонус, дистонія)

Ніс норма/ особливості _____

Рефлекси орального автоматизму (так/ні)

- пошуковий _____
- хоботковий _____
- долоно-ротовий-головний _____
- глотковий _____

Прикус (ортогнатичний (норма), дистальний, мезіальний, відкритий, перехресний та ін.) _____

Рухливість органів артикуляції

- вміння відкрити рот _____
- вміння закрити рот _____
- закушування нижньої, верхньої губи _____

Рухливість губ

- трубочка (з 1 року) _____
- посмішка _____
- трубочка-посмішка (з 2,5 років) _____

Будова губ (норма, незрощення верхньої губи, занадто великі, малі, вузькі, малорухливі, інше) _____

Язик, його форма та особливості (норма, макрогlossenія, мікрогlossenія, агlossenія, географічний, інше) _____

Положення язика у роті (норма, зазначити розташування язика) _____

Наявність саливації (так/ні) _____

Довільні керовані рухи язика (так/ні)

- рухи вперед _____
- рухи в сторону _____
- рухи в гору _____

Сінкінезії та гіперкінези (мимовільні рухи) язика (так/ні)

- гіперкінези язика _____
- ротові сінкінезії _____

Будова та стан м'якого та твердого піднебіння (підкреслити потрібне)

- тверде піднебіння (норма, готичне, низьке, наявність незрощень) _____
- м'яке піднебіння (норма, коротке, наявність незрощення, інше) _____

Рухливість м'якого піднебіння (так/ні)

- парез _____
- сінкінезії _____

Голос (підкреслити потрібне)

- тихий, хрипкий, глухий, гучний, інше (зазначити) _____

Домовленнєвий розвиток

(Зазначити, з якого віку та характер інтонацій, мелодійність: писк, крик, хрип, нормальний та інші)

- гуління (вимова голосних) _____
- лопотіння (складові ланцюжки) _____

Імпресивне мовлення(так/ні)

- розуміє назви оточуючих предметів (іграшок) _____
- розуміння назв дій (1р. 9міс.) _____
- орієнтування у просторі _____
- розуміння нескладних сюжетів за картинкою _____
- розуміння прийменників «під», «за», «над» _____
- розуміння числа однини, множини _____

Експресивне мовлення (так/ні)

Фонетика

- голосні _____

- приголосні _____
- губні п, б _____
- губно-зубні ф, в _____
- задньо-піднебінні г, к, х _____
- передньо-піднебінні т, д _____
- шиплячі, свистячі, африкати с, з, ц, ш, ж, ч, щ _____
- повторення складів _____
- повторення складів зі збігом приголосних _____

Вимова звуків під час називання: (так/ні)

- в словах _____
- в фразах _____

Активне мовлення:

- відображувальне мовлення _____
- спонтанне мовлення _____
- віршоване мовлення _____

Клініко-логопсихологічний висновок: _____

Обстеження дитини здійснювали у декілька зустрічей, оскільки відбувався збір інформації з різних сфер розвитку дитини, до якого були залучені фахівці різних галузей (лікарі, психолог, логопед). Під час обстеження дитини раннього віку з ЦП абсолютно в повному обсязі реалізували принцип логопедичної тераностики (В. Тищенко), що, в першу чергу, передбачає одночасне діагностування рівня розвитку дитини та формування навичок, розвиток, навчання такої дитини, що є обов'язковим під час взаємодії з дитиною раннього віку з ЦП, оскільки час дуже швидкоплинний і жоден фахівець не може втрачати дорогоцінний період на користь взаємодії для розвитку дитини раннього віку з ЦП.

На основі результатів клініко-логопсихологічної оцінки розвитку мовлення на кожну дитину з ЦП складався індивідуальний план логопедичного супроводу дитини та її родини.

Вихідними критеріями, за якими підбиралися технології, методи та прийоми впливу, а також способи взаємодії із дитиною та її родиною, були:

- показники неврологічного статусу дитини;
- особливості психофізичного розвитку дитини;

- рівень комунікативних навичок та вмінь дитини;
- рівень розвитку мовлення дитини;
- рівень логокорекційно-просвітницької культури батьків дитини з ЦП.

Індивідуальний план розвитку дитини раннього віку з ЦП має структурований характер, враховуючи особливості стану та потреб дитини, оскільки церебральний параліч негативно впливає на всі аспекти розвитку дитини. Індивідуальний план логопедичного супроводу передбачав комплексні заходи та інтервенції.

Алгоритм визначення індивідуального логопедичного супроводу дитини з ЦП та її родини здійснювався, спираючись на результати комплексного клініко-логопсихологічного дослідження дитини раннього віку з ЦП (рис. 27).

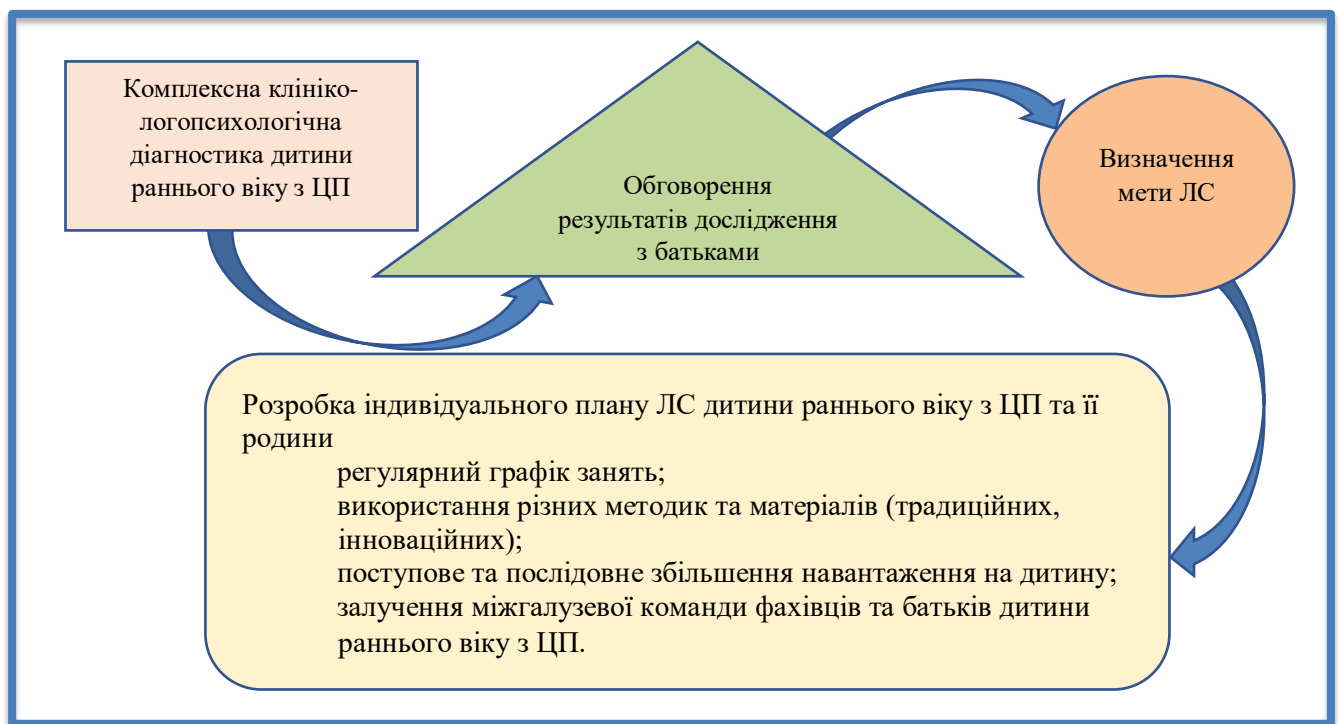


Рис. 27. Алгоритм визначення індивідуального ЛС дитини раннього віку з церебральним паралічем

3.2.2. Методика ранньої логоінтервенції дитини раннього віку з церебральним паралічем

Методика ранньої логоінтервенції «У ритмі Метелика» для дитини раннього віку з ЦП є першим кроком занурення дитини та її родини у логопедичний простір. Під час створення модифікованої методики спиралися на наукові здобутки

С. Коноплястої [59]. Зміст МРЛ «У ритмі Метелика» передбачає забезпечення можливості кожної дитини раннього віку з ЦП та її родини у сучасний логопростір.

Методика ранньої логоінтервенції «У ритмі Метелика»

для дітей з ЦП від народження до 3-х років

Зміст МРЛ «У ритмі Метелика» передбачає:

- врахування умов та потреб сучасного освітнього простору;
- врахування особливостей розвитку та специфіки порушення дитини раннього віку з ЦП;
- врахування потенційних можливостей дитини раннього віку з ЦП;
- врахування та орієнтування на досягнення нормотипових показників розвитку усіх сфер особистості дитини;
- нейропсихологічний та нейролінгвістичний підходи до формування базових засад мовлення дітей раннього віку з ЦП;
- розвиток мовлення дітей раннього віку з ЦП, спираючись на етапи комунікативно-мовленнєвого розвитку та ФСММ (О. Kornev) [194];
- максимальне залучення членів родини у логорозвивальний/корекційний процес;
- врахування особливостей психологічного стану батьків дітей раннього віку з ЦП;
- міжгалузева взаємодія з фахівцями медичної, педагогічної, психологічної, соціальної галузей.

Головна мета МРЛ «У ритмі Метелика» – міжгалузева логорозвивальна/корекційна робота, спрямована, перш за все, на активізацію та формування навичок (фізіологічних, нейробіологічних, психолінгвістичних) домовленнєвого періоду; формування, розвиток, пропедевтику та корекцію мовлення у період раннього віку.

Вікові орієнтири комунікативно-мовленнєвого розвитку та ФСММ (О. Kornev) [195].

- 1) від народження до 10 місяців;

- 2) від 10 місяців до 18 місяців;
- 3) від 18 місяців до 3-х років.

Завдання:

1. максимально раннє виявлення дітей «групи логопедичного ризику»;
2. стимулювання морфофункціональної готовності;
3. стимулювання нейропсихологічного базису мовлення;
4. ранній початок логорозвиткової/корекційної роботи з дітьми раннього віку з ЦП;
5. розвиток мовлення та корекція порушень відповідно етапів розвитку комунікативно-мовленнєвої діяльності та ФСММ;
6. охоплення змістом методики «У ритмі Метелика» максимальної кількості дітей з ЦП (або ризиком його виникнення);
7. злагоджена, системна робота команди фахівців для успішного занурення дитини раннього віку з ЦП у новому логопедизованому просторі.

Відповідно до мети, завдань даної МРЛ «У ритмі Метелика», вважали необхідним дотримання як загальних, так і спеціальних принципів, що застосовуються у роботі з дітьми з особливими освітніми потребами, а саме: раннього виявлення мовленнєвих порушень; системності; врахування структури мовленнєвого порушення; комплексності; диференційованого підходу; поетапності; врахування індивідуальних особливостей.

Важливого значення надано *спеціально модифікованим принципам логопедичного супроводу дітей раннього віку з ЦП:*

- послідовності та здійснення онтогенетичного підходу;
- врахування етіопатогенетичності та багатовекторності системних порушень при ДЦП;
- індивідуально-каузальногенетичного підходу;
- початку логорозвиткової/корекційної роботи від моменту постановки клінічного діагнозу;
- опори на провідну діяльність;

- використання кінестетичної стимуляції у комплексному розвитку дитини раннього віку з ЦП;

- синергійної міжгалузевості або трансдисциплінарності впливу на дитину раннього віку з ЦП;

- логопедичної терапії;

- сугестивності;

- активності та діяльності учасників логопедичного супроводу, включаючи дитину раннього віку з ЦП, батьків, команду фахівців.

Функції МРЛ «У ритмі Метелика»: організаційна, плануюча, діагностична, консультативна, інформаційно-просвітницька, навчально-розвиткова.

Складові МРЛ «У ритмі Метелика»:

- клініко-реабілітаційний сегмент;

- логопропедевтичний сегмент (розвиток моторики загальної, дрібної, артикуляційної, підготовка до гри, стимулювання та розвиток психічних процесів);

- сімейно-орієнтований сегмент.

1. Клініко-реабілітаційний сегмент (для дітей від народження до 3 років)

Головна мета: міжгалузеве дослідження стану розвитку дитини, за потреби постановка діагнозу; рання реабілітація дитини з ЦП; стимулювання нервової системи до компенсації втрачених можливостей та формування нових нервових з'єднань; рання реабілітація за усіма доступними програмами (Бобат-терапія, Войта-терапія, бальнеотерапія, система комплексної реабілітації В. Козьявкіна, кінезіотерапія, базальна стимуляція та ін.); медикаментозне лікування.

Забезпечують: медичні фахівці (неонатолог, педіатр, невролог, реабілітолог, імунолог, ерготерапевт та ін.).

2. Логопропедевтичний сегмент (основний загальнообов'язковий)

Головна мета: пропедевтика, формування, розвиток та корекція мовленнєвого розвитку дітей раннього віку з ЦП.

Напрями: фізичний розвиток, емоційно-психологічний, домовленнєвий, соціальний.

Завдання:

Домовленнєвий період

Мета: забезпечення формування нейропсихологічного, моторного базису формування та розвитку мовлення.

Від народження до 10 місяців:

- створення емоційно-розвиткового середовища (фізіологічного, психолінгвістичного, психологічного) для спонтанного розвитку мовлення;
- спеціально організований психоемоційний розвиток;
- активізація пускових механізмів домовленнєвого розвитку;
- організація превентивно-профілактичних заходів, спрямованих на уникнення ускладнення та затримки темпу мовленнєвого, психоемоційного та психосоціального розвитку;
- організація спеціально підбраного адаптативного обладнання для розвитку дитини згідно її можливостей та існуючих труднощів, які перешкоджають її розвитку.

Ініціальний період

Мета: початок формування мовленнєвої системи згідно закономірностей формування елементарних мовленнєвих засобів, неструктурованих форм висловлювань.

Від 10 місяців до 18 місяців:

- розвиток розуміння зверненого мовлення дорослого до дитини;
- розвиток розуміння мовлення у різних мовленнєвих ситуаціях, під час предметно-маніпулятивної діяльності;
- розвиток навичок маніпулювання предметами;
- формування та закріплення навичок кінетичних та кінестетичних уявлень;
- заохочення до спілкування з дорослими, взаємодії з іграшками.

Ранній період розвитку ФСММ

Мета: формування ФСММ, стимуляція підсистеми мовленнєвих засобів, удосконалення навичок мовленнєвого спілкування.

Від 18 місяців до 3 років:

➤ формування та можливе наближення до нормативного загального мовленнєвого розвитку відповідно можливостям кожної дитини раннього віку з ЦП;

➤ попередження затримки та корекція порушень психомовленнєвого розвитку;

Забезпечують реалізацію: логопед, логопсихолог (спеціальний психолог), корекційний педагог (за необхідності), батьки дитини, сама дитина.

Напрями логопропедевтичного, логокорекційного модулю:

- загальний моторний розвиток дитини та розвиток дрібної моторики;
- формування психологічних передумов розвитку мовлення;
- формування домовленнєвих навичок та вмінь;
- активізація та стимулювання навичок та вмінь комунікативно-мовленнєвої діяльності;
- розвиток мовлення відповідно функціональної системи мови та мовлення;
- розвиток ігрової діяльності.

Важливою умовою логопропедевтичного, логокорекційного сегменту роботи вважали дотримання тематичного підходу до організації роботи з дитиною з ЦП. Матеріал, який пропонували дитині, відповідав віковим можливостям, специфіці порушення та порі року. Це забезпечило максимальну можливість здійснити такий вплив, що формував у дитини з ЦП точні уявлення про оточуючий світ, спираючись на потенційні можливості дитини (наприклад: розвиток відчуттів та заохочення до пізнавальної активності, торкнутися ручкою до холодного снігу, відчути, як він тане, спостерігати, як листочки летять із дерева, покидати камінці у калюжу та ін.).

Під час проведення занять використовували рефлекс-забороняючі позиції (О. Arkhipova), хендлінг, адаптації середовища, принципу природовідповідності розвитку (М. Єфименко) до потреби дитини з ЦП, створення безбар'єрного логопедизованого простору для такої дитини та її родини.

Зміст МРЛ «У ритмі Метелика» дитини раннього віку з ЦП:

Від народження до 10 місяців (домовленнєвий період):

❖ розвиток довільної регуляції рухової активності за допомогою масажу, гімнастики: загальної моторики та наслідування рухам, утримання голови, перевертання із сторони у сторону, вміння сидіти, повзати, стояти, робити перші кроки за можливістю.

❖ стимуляція розвитку дрібної моторики за допомогою предметів-стимулонів (брязкальця, м'ячі тощо);

❖ стимуляція артикуляторних рухів та формування кінестетичних відчуттів як передумови формування просторових уявлень;

❖ забезпечення емоційно-психологічного середовища як нейропсихологічної бази функціональної системи мови та мовлення, як пускового механізму загальноенергетичного мотивуючого фактору життєдіяльності дитини; розвитку аналізаторних функцій;

❖ сприяння вихованню сенсорних функцій та навичок перцепції – розвиток зорового, слухового, нюхового, смакового, пропріоцептивного, вестибулярного та тактильного сприймання – розширення сенсомоторного потенціалу;

❖ уточнення, закріплення та розширення сенсомоторної взаємодії: вироблення умовних рефлексів, формування схем тіла (під час сидіння, повзання, перевертання та ін.), моторне планування; стимулювання у орієнтуванні у власному тілі; активізація сприйняття вихідної інформації, запуск навички утримування рівноваги тіла.

❖ розвиток слухового сприймання різної модальності (розпізнавання немовленнєвих та мовленнєвих звуків) як провідної функції у становленні пізнавальної сфери дитини у ранньому віці; стимуляція вокалізацій;

❖ формування та розвиток базових засад афективної регуляції;

❖ ранній психоемоційний та психосоціальний розвиток;

❖ здійснення ігрових дій для стимуляції відповідних вокалізацій;

❖ виховання емоційно-тілесного контакту з мамою (татом);

❖ стимуляція ініціативної посмішки, природньої міміки;

❖ створення позитивного емоційного фону та позитивного мікроклімату сім'ї.

Для дітей від 10 місяців до 18 місяців (ініціальний період):

Рекомендована умова: здійснення роботи у період від народження до 10 місяців. Якщо дотримання умови неможливе, то рекомендовано визначити рівень розвитку дитини з ЦП та розпочати роботу з визначення зони актуального розвитку дитини та провести необхідні заходи для досягнення успіху у подальшій логопропедевтичній, логокорекційній роботі.

- ❖ удосконалення навичок загальної рухової активності відповідно віковим можливостям та потенційним можливостям дитини згідно діагнозу;
- ❖ стимулювання та активізація маніпулювання з предметами, здійснюючи розвиток дрібної моторики;
- ❖ стимулювання вироблення артикуляційних позицій та мімічних схем, що відображають психоемоційний стан та рівень комунікативної взаємодії;
- ❖ формування мотиваційної бази комунікативно-мовленнєвої діяльності;
- ❖ розвиток імпресивного мовлення згідно певної предметно-маніпулятивної, ситуативно-ділової, ігрової ситуації;
- ❖ стимулювання контакту очі в очі реципрокної координативності та реципрокного узгодження рухових актів;
- ❖ формування відчуття темпо-ритмічного складу мовлення;
- ❖ створення передумов для стимулювання вокалізацій, що зумовлюють виникнення «голофраз», звукослідувань;
- ❖ розвиток просодичного компонента мовлення та елементарного розуміння його змістової структури;
- ❖ удосконалення сенсомоторного розвитку дитини з ЦП;
- ❖ стимулювання та підтримка ситуативно-ділового мовлення дитини з ЦП та дорослого.

Для дітей від 18 місяців до 3-х років (ранній період розвитку ФСММ):

Мета: формування та розвиток комунікативно-мовленнєвої діяльності та основних компонентів ФСММ.

Обов'язкова умова: здійснення роботи у попередні періоди. Якщо дотримання умови неможливе, то рекомендовано визначити рівень розвитку

дитини з ЦП та розпочати роботу з визначення зони актуального розвитку дитини та провести необхідні заходи для досягнення успіху у подальшій логопропедевтиці та логокорекції.

Цілеспрямоване формування та розвиток складових семіотичної підсистеми ФСММ на експресивному та імпресивному рівнях через провідну діяльність дітей цього віку з дотриманням правил врахування специфіки порушення дитини з ЦП.

Фонологічний (фонематичний) блок. Експресивний рівень (Ф/е):

- ❖ підвищення тону та енергетичності сенсомоторного потенціалу та сенсомоторної взаємодії;
- ❖ корекція та розвиток фізіологічного та фонаційного дихання;
- ❖ стабілізація органів артикуляційного апарату;
- ❖ розвиток орального та артикуляційного праксису та кінезису;
- ❖ розвиток сприймання різної модальності як провідної функції у становленні пізнавальної сфери дитини у переддошкільному віці;
- ❖ активізація або виховання здатності до звуконаслідування;
- ❖ постановка голосу та розвиток голосових регістрів засобами евритмії, фонетичної ритміки, кінезіоуправ та елементів Бобат-терапії;
- ❖ корекція та формування звуковимови;
- ❖ засвоєння акцентно-просодичної моделі слова.

Фонологічний (фонематичний) блок. Імпресивний рівень (Ф/і):

1. корекція та розвиток фонематичного (слухового) сприймання:
 - а) розвиток немовленнєвого слуху, уваги до звуків оточуючого світу;
 - б) розвиток мовленнєвого слуху, сприймання мовлення оточуючих людей;
2. корекція та розвиток фонематичної (слухової) уваги:
 - а) розширення пасивного словника;
 - б) формування імпресивного словника;
3. розвиток мовленнєвої активності.

Логопівник використання методики «У ритмі Метелика»

Характер занять: клініко-реабілітаційний, клініко-педагогічний, формуючий, розвивальний; навчальний; виховний.

Організують та проводять заняття: медичні фахівці, логопед, психолог, батьки (частину вправ та завдань).

Рекомендовано кількість занять з логопедом:

I період домовленнєвий – щоденні заняття тривалістю (20-30 хв);

II період – ініціальний – 5 днів на тиждень (20-30 хв);

III період – ранній розвиток ФСММ – через день без вихідних (20-45 хв).

Важливою умовою реалізації змісту методики ранньої логоінтервенції «У ритмі Метелика» є забезпечення організації повсякденного життя дитини згідно вищезазначених завдань та умов розвитку дитини раннього віку з ЦП, тобто забезпечення логопедизації рутинного дня сім'ї, у якій виховується така дитина.

Так, наприклад, якщо дитина раннього віку перебуває у лікувальному закладі, реабілітаційному або відвідує освітню установу певний час, то коли дитина не має занять з фахівцем, особливо з логопедом, то їх продовжують батьки такої дитини, тому залучення батьків до реалізації логопедичного супроводу є загальнообов'язковим та здійснюється під контролем логопеда. При цьому логопед тісно взаємодіє із іншими учасниками логопедичного супроводу та визначає найпотужніші сприятливі індикатори розвитку такої дитини та навчає батьків розпізнавати їх та використовувати під час розвитку дитини.

Основні види роботи:

➤ лікувально-корекційні заняття (ЛФК, фізіотерапія, Войта-терапія, МРТ-терапія, лікувальний, логопедичний масаж, базальна стимуляція тощо);

➤ корекційно-розвивальні заняття з логопедом, логопсихологом, корекційним педагогом;

➤ спільні корекційно-виховні заняття з батьками (обов'язково і з татами);

➤ виховні заняття, навчальні заняття з батьками, під час яких вони навчаються взаємодіяти з дитиною під контролем логопеда);

➤ подолання гіперсалівації.

Умови оптимізації лого-корекційного процесу:

- а) формування у дитини раннього віку з ЦП радості буття;
- б) природність середовища;
- в) урахування психоемоційного настрою дитини та режимних моментів;
- г) індивідуальний характер занять;
- д) виконання ігрових дій з мамою, татом або з іншою еталонною (значущою) особистістю.

Наповнюваність видами роботи під час заняття:

1. організаційний момент: налагодження емоційного контакту, вибір рефлекс-забороняючої позиції;
2. елементи масажу загального;
3. дихальні вправи;
4. стимулювання відчуттів слухових, зорових;
5. артикуляційний масаж, гімнастика;
3. стимулювання емоційного спілкування;
4. стимулювання голосових реакцій;
5. активізація мовленнєвої активності.

Реалізація МРЛ «У ритмі Метелика» передбачала використання практичних, наочних, словесних методів та прийомів: показ способів дій, допомога логопеда, спільне мовлення, активні методи навчання, ігри та вправи, повторення, бесіда, логоритміка, нейроігри, фонетична ритміка, кінезіотерапія, елементи евритмії тощо.

Інноваційні технології: здоров'язберігаючі технології, нетрадиційні методики, елементи Бобат-терапії, елементи блонберг-терапії, ІКТ, технологія різнорівневої лого-психологічної роботи, базальна стимуляція тощо.

Умови реалізації:

- раннє визначення дитини групи ризику або дитини з ЦП;
- ранній початок логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП;
- створення спеціального розвивального адаптованого безбар'єрного логопедизованого середовища;
- дидактичний та наочний матеріал;

- технічне оснащення;
- участь батьків та міжгалузевої команди фахівців.

Структура кожного логопедичного заняття включає наступні елементи:

1. розвиток загальної моторики;
2. формування емоційно-психологічних передумов розвитку мовлення;
3. артикуляційна гімнастика;
4. пальчикова гімнастика та ігри;
5. вправи в розвитку фонематичного слуху;
6. вправи в розвитку мовленнєвого дихання;
7. вправи в розвитку сили та висоти голосу;
8. ігри та вправи на формування лексико-граматичного ладу мовлення, зв'язного мовлення;
9. ігри та вправи з використанням інноваційних технологій.

Алгоритм реалізації методики визначався послідовними наповненими змістом етапами роботи з дитиною раннього віку з ЦП та її родиною (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Алгоритм реалізації методики «У ритмі Метелика»

Назва етапу	Зміст	Інструмент
Оцінка стану розвитку дитини	<p>Проведення міжгалузевого дослідження: клініко-логопсихологічна оцінка розвитку дитини раннього віку з ЦП, залучаючи до процесу фахівців з різних галузей та батьків.</p> <p><u>Учасники:</u> медичні фахівці, логопед, психолог, батьки.</p>	<p>Розроблений клініко-логопсихологічний скринінг; карта клініко-логопсихологічного дослідження, підбрано необхідний інструментарій для обстеження розвитку дитини.</p>
Планування	<p>Створення індивідуального плану супроводу дитини раннього віку з ЦП та її родини.</p>	<p>Підготовка протоколу для побудови індивідуального плану за напрямками розвитку дитини відповідно карти клініко-</p>

	<p><u>Учасники:</u> медичні фахівці, логопед, психолог, батьки.</p>	<p>логопсихологічного дослідження. Окреслення завдань для обов'язкового виконання вдома батьками або тими, хто їх замінює.</p>
<p>Реалізація індивідуальної програми розвитку дитини на базі установ МОН, МОЗ України (реабілітаційних, лікувальних, освітніх закладів)</p>	<p>Проведення занять з дитиною згідно графіка та роботи різних фахівців за методикою «У ритмі Метелика» відповідно вікових потреб та можливостей дитини.</p> <p><u>Учасники:</u> медичні фахівці, логопед, психолог, батьки.</p>	<p>Добірка методичного супроводу для активізації, розвитку формування комунікативної активності та ФСММ через активізацію сенсорних систем дитини раннього віку з ЦП з використанням ігрового підходу. Паралельно та у комплексі з лікувально-відновлюючою роботою (здійснюють медичні фахівці).</p>
<p>Робота з батьками дітей раннього віку з ЦП</p>	<p>Створення програми підвищення логокорекційно-просвітницької культури батьків через впровадження школи для батьків «LogoАбетка» на базі закладів освіти.</p> <p><u>Учасники:</u> логопед, психолог.</p>	<p>Підготовка кейсів заходів спрямованих на підвищення рівня логокорекційно-просвітницької культури батьків дітей з ЦП.</p>
<p>Моніторинг стану розвитку дитини раннього віку з ЦП та залученості батьків до корекційно-розвиткового процесу</p>	<p>Проведення скрінінгу обстеження дітей за словами батьків, здійснення постійного динамічно-моніторингового спостереження за розвитком дитини.</p> <p><u>Учасники:</u> медичні фахівці, логопед, психолог, батьки.</p>	<p>Клініко-логопсихологічний скрінінг, карти спостереження за дитиною раннього віку з ЦП.</p>

Сімейно-орієнтований сегмент «LogoАбетка»

є автономним компонентом

Враховуючи природну єдність родини та дитини у ранньому періоді розвитку, доцільним вважали виокремити сімейно-орієнтований сегмент, який був автономним компонентом програми «У ритмі Метелика».

Мета:

- забезпечення сімейно-центрованого підходу у логопедичному супроводі дитини раннього віку з ЦП;
- створення мікропростору родини у макропросторі логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП;
- врегулювання та збереження якості життя родини дитини раннього віку з ЦП.

Об'єкт: родина дитини раннього віку з ЦП або ризиком виникнення ЦП.

Напрями:

- 1) клініко-логопсихологічне консультування батьків;
- 2) логопсихологічна допомога родині дитини раннього віку з ЦП;
- 3) клініко-логопсихологічне консультування родини міжгалузєвою командою фахівців, що працюють з дитиною раннього віку з ЦП.

Завдання:

- підвищення рівня логокорекційно-просвітницької культури батьків дітей раннього віку дітей з ЦП, а саме загальної логопсихологічної освіченості батьків дітей раннього віку з ЦП; вироблення вмінь та навичок, необхідних для розвитку дітей раннього віку з ЦП;
 - формування позитивного емоційного контакту з логопедом та психологом;
 - формування у батьків навичок моделювання процесу спілкування з дитиною раннього віку з ЦП; стимуляція потреби дитини раннього віку у спілкуванні;
 - забезпечення оптимально-ефективного позитивного комунікативного простору розвитку для дитини раннього віку з ЦП:
 - а) виховання «материнської позиції» (через підвищення рівня сензитивності та продуктивності матері);
 - б) наочування членів родини ігровій взаємодії з дитиною;
 - в) стимуляція, викликання вокалізацій або висловлювань дитини у роботі з логопедом у процесі ігрової взаємодії;
 - г) проведення спільних з батьками ігрових занять;

- визначення моделі сімейних відносин; психологічна підтримка батьків дітей раннього віку з ЦП;

- забезпечення позитивно-забарвленого життя родини;
- покращення «якості життя родини» та відчуття радості буття.

Виконавці: логопед, логопсихолог (спеціальний психолог), корекційний педагог (за необхідності); батьки дитини (ті, хто їх замінюють).

Основні форми роботи:

- логопедизація рутинного дня, що спонтанно формує у дитини необхідні мовленнєво-комунікативні навички;

- дидактичні ігри (емоційні, артикуляційно-мімічні, імітаційні, маніпулятивні, предметні, процесуальні);

- дидактичні вправи;
- організація «інформаційного поля»;
- відео-консультації, он-лайн;
- туторіали;
- відео-інструкції;
- публікації тощо.

Основні способи розвитку та корекції:

- безпосередній вплив дорослого на дитину;
- вплив дорослого на дорослого.

Сімейно-орієнтований сегмент МРЛ «У ритмі Метелика» дитини раннього віку з ЦП передбачає реалізацію основних компонентів через кейси практико-зорієнтованих заходів для батьків, які проводять усі члени команди (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Кейси заходів для батьків

Види	Теми	Форми проведення
------	------	------------------

Інформаційно-просвітницькі воркшопи	<ul style="list-style-type: none"> ● ДЦП від А до Я. ● ПРОДизартрію. ● Малюк раннього віку. ● Мої надії. 	Очні, онлайн з використання цифрових технологій (консультації, логолекції, групові заняття, тренінги, логопрактикуми тощо).
Навчальні заняття	<ul style="list-style-type: none"> ● Хендлінг дитини раннього з ЦП. ● Роль родини у логокорекційній роботі. ● Необхідність турботи про себе матері дитини раннього віку з ЦП. 	
Майстер-класи	<ul style="list-style-type: none"> ● Цікава логопедизація рутинного дня. ● Ігри з Вау-ефектом для малюків з ЦП. ● Логопедичний масаж та гімнастика вдома: весело, цікаво та корисно. 	
Відео-інструкції	<ul style="list-style-type: none"> ● Лого-гімнастика. ● Стимулювання голосових реакцій у дитини раннього віку з ЦП. ● Розвиток дихання. 	
Інформаційні-буклети, бюлетні	<ul style="list-style-type: none"> ● Такий важливий ранній вік. ● Про психологічне здоров'я родини. ● Адаптація середовища для дітей раннього віку з ЦП. 	
Навчально-методичний комплекс	<ul style="list-style-type: none"> ● Все про дитину раннього віку з ЦП. 	

Враховуючи непростий період життя, про який вже зазначали у попередніх розділах (Covid-19, війна в Україні та повномасштабне вторгнення РФ на території держави), внесли певні особливості у дослідження. Максимально використовувалися цифрові дистанційні можливості, що забезпечили ефективне здійснення логопедичного супроводу дітей з ЦП та їх родини навіть на відстані. Представляємо систему інструментів, які найактивніше були використанні у здійсненні формувального експерименту (Додаток Г).

3.2.3. Методичний інструментарій логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП

У процесі організації та здійснення логопедичного супроводу був використаний методичний інструментарій, що вплинув позитивно на розвиток дитини раннього віку з ЦП, зокрема мовленнєвий.

Методичний інструментарій дозволив зреалізувати інтегральний напрям міжгалузевої «Комплексної програми логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП», що забезпечив та сприяв розвитку: дрібної моторики та праксису, рухової уваги та зосередження дитини раннього віку з ЦП; домовленнєвого та мовленнєвого розвитку та комунікативної активності дитини раннього віку з ЦП; емоційно-соціальної та когнітивної бази мовлення дитини раннього віку з ЦП (табл. 3.3; 3.4; 3.5).

Таблиця 3.3

Розвиток дрібної моторики та праксису, рухової уваги та зосередження дитини раннього віку з ЦП

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).

<u>Ініціальний період</u>	<p><i>10-18 місяців</i> Розвиток активності руки та пальців.</p>	<p>Ігри: виливання води, втулки, вкладиші, ігри та завдання, які стимулюватимуть рух великого пальця руки та інших фаланг. Активізація вказівного жесту: ігри з пластиліном та іншими предметами, які вимагають активної участі вказівного пальця. Проштовхування помпона у отвір, розплющування горошини з пластиліну, поп-іт, розмазування крапельок 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>
<u>Ранній період розвитку ФСММ</u>	<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), сквіши, магнітні конструктори, Lego-duplo, інші види конструктору, пісок, кінетичний пісок, гідрогелеві кульки, природні матеріали (шишки, жолуді, каштани, мушлі тощо).</p>
	<p><i>3 роки</i> Зорово-моторні навички: зорове сприймання цілого предмету. Увага до рухів рук при маніпулюванні предметами.</p>	<p>Ігрові вправи та завдання для розвитку гнозису та праксису. Пристьобування гудзиків, маніпуляції зі змією, конструювання найпростіших схем, піраміди тощо.</p>	<p>Олівці, пластилін, кубики, конструктор, бізі-борди, бізі-кубики, бізі-планшетки, ортопедичні килимки, сенсорні м'ячі.</p>

Примітки: вправи з дітьми розпочинаються із налаштування позитивного емоційного фону. Спочатку показуємо те, що необхідно зробити, викликаючи можливу позитивну емоційну реакцію у дитини, потім пропонуємо дитині

спробувати, спостерігаємо за успіхом виконання дії, за потреби надаємо допомогу. Вправу повторюємо протягом дня декілька разів, щоденно 2-3 дні, потім ускладнюємо завдання або переходимо до іншої гри.

Таблиця 3.4

Стимулювання та розвиток домовленнєвого та мовленнєвого розвитку та комунікативної активності дитини раннього віку з ЦП

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>	Тактильне стимулювання органів артикуляційного апарату, спрямоване на активізацію рухливості губ. Регулювання величини отвору пустушки під час годування. Розвиток слуху та слухо-зорової уваги, використовуючи різної сили звуки. Стимулювання гуління. Стимуляція позитивної реакції дитини на усмінене обличчя дорослого. Використання гри-хованки для викликання позитивної голосової реакції дитини. Використання тактильного контакту з мовленнєвим супроводом для стимулювання позитивної реакції у дитини у вигляді вокалізацій, гуління.	Ложка, шпатель, рука, лід, тепла хустинка, дзвіночок, брязкальце, дзеркало тощо.
	<i>4-10 місяців</i>	Гімнастика органів артикуляції: пасивні рухи губами, розтягування, зближення губ, утворення зморшок до відчуття спротиву. Стимулювання смоктального рефлексу через піднесення пустушки, їжі до вуст дитини. Використання надавлювання предметом (ложкою, пальцем, шпателем) на кінчик язика під час годування. Стимулювання жувальних рухів: підштовхування нижньої щелепи дитини під час їжі вгору. Використання різноманітних вправ	Пустушка, їжа, ложка, шпатель, брязкальця, дзеркало тощо.

		для спротиву. Активізація гуління та стимулювання лопотання.	
<u>Ініціальний період</u>	<i>11-18 місяців</i>	Відпрацьовування схеми жування, ковтання. Виконання пасивних підтримуючих рухів нижньою щелепою верх, вниз. Використання звукових іграшок для показу та виклику звучання для розвитку зорово-моторної координації та ритмізації. Розвиток фонематичного та фонетичного слуху та уваги. Закріплення зв'язку між словом, предметом, розташуванням його у просторі, його рухами. Розвиток вміння давати або брати названий предмет із розташованих перед дитиною. Стимулювання називання простих назв предметів, дії у відповідь на прохання дорослого. Розвиток інтонаційної виразності голосу через використання звуконаслідувальних вправ та завдань.	Брязкальця, предмети побуту, іграшки, книжки, картинки, відео-матеріали, музичні інструменти тощо.
<u>Ранній період розвитку ФСММ</u>	<i>18-36 місяців</i>	Розвиток фізіологічного дихання, вміння дути на предмет. Виконання артикуляційної гімнастики для губ, язика, нижньої щелепи, щік. Стимулювання уваги до нових предметів. Ознайомлення дитини з предметами оточуючого світу, використовуючи всі можливі органи чуттів. Забезпечення абсолютної правильності мовленнєвого середовища для дитини, звертаючи увагу дитини на правильну артикуляцію та чітку вимову слів. Забезпечення озвучення діяльності під час взаємодії з дитиною протягом усього дня, активізуючи та стимулюючи її увагу на предметах та явищах оточуючого світу. Навчання інтонувати під час запитання та відповіді. Використання під час	Пір'ячко, свічка, султанчик, бульбашки, іграшки, ароматичні палички, їжа, дзеркало, картинки, книжки, відео-матеріали, логопедичні зонди (для логопедів) тощо.

		мовлення з дитиною простих слів та речень, які для неї зрозумілі.	
	3 роки	Організація ситуацій, в яких максимально виявляється мовленнєва активність дитини, забезпечення можливості висловитися. Показ та пояснення зображень на картинках, назви яких мають звуки раннього онтогенезу. Використання ігри лото, сортування, пазлів. Навчання дитини слухати звуки живої та неживої природи, стимулювати спонтане мовлення. Читання книжок, опис картин та ситуацій. Розвиток активної слухової уваги.	Фарби, картинки, пластилін, лото, брязкальця, іграшки, предмети, логокилимки, нейрокилимки, нетрадиційні-логоматеріали, спортивний інвентар тощо.

Примітки: вправи з дітьми розпочинаємо з налаштування позитивного емоційного фону. Спочатку встановлюємо зоровий контакт, розпочинаємо емоційне спілкування, стимулюємо дитину до мовленнєвої активності, залучаючи до цього членів родини, особливо татусів та сиблінгів. Вправу повторюємо протягом дня декілька разів, щоденно 2-3 дні, потім ускладнюємо завдання або переходимо до іншої гри.

Таблиця 3.5

Формування та розвиток емоційно-соціальної та когнітивної бази мовлення дитини 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 Необхідність тілесно-тактильної взаємодії з дорослим (мама, тато).	Тілесно-емоційний контакт з близькою людиною (мамою, татом, іншими членами родини). Позитивно-емоційне спілкування, що є результатом основних соціальних потреб немовляти у догляді, піклуванні, харчуванні, що зумовлює реакцію дитини у вигляді посмішки, комплексу очікування,	Теплі обійми близької людини для дитини. Позитивно-емоційно налаштована доросла людина. Домашні тваринки.

	Задоволення основних потреб.	комплексу поживлення, перші спроби комунікації, емоційно-соціального контакту.	
	<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.
<u>Ініціальный період</u>	<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-
<u>Ранній період розвитку ФСММ</u>	<i>3 роки</i>	Спеціально облаштоване безбар'єрне середовище, що спонукає дитину до прояву емоцій та навичок комунікації. Стимулювання здатності виокремлювати предмети	конструктор, мозаїка, колочки, вібротажери, пневматичні сходи, відео-

	<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>	<p>матеріали, логодрабинки, логокилимки, дерев'яні конструктори та інше.</p>
--	--	--

Примітки: вправи з дітьми розпочинаємо з налаштування позитивного емоційного фону. Спочатку встановлюємо зоровий контакт, розпочинаємо емоційне спілкування, стимулюємо дитину до мовленнєвої активності, залучаючи до цього членів родини, особливо татусів та сиблінгів. Вправу повторюємо протягом дня декілька разів, щоденно 2-3 дні, потім ускладнюємо завдання або переходимо до іншої гри. Обов'язковим вважаємо використання сформованих навичок при формуванні та розвитку емоційно-соціальної та когнітивної бази мовлення дитини раннього віку з ЦП.

Важливим у роботі з дітьми раннього віку з ЦП було використання диференційованих видів масажу та вібротерапії в залежності від потреб та стану дитини, спираючись на наукові розвідки та методичні рекомендації В. Галущенко, А. Голуб, С. Коноплястої, Н. Пиляєвої, О. Arkhipova, L. Belyakova, О. Prykhodko, S. Tomilinoi, а також застосовування при виконанні масажу спеціально створеного інструментарію: зонди, логостимулони та інші предмети зондо-замінники. Важливим вважали навчання батьків деяким вправам масажу (загального, артикуляційного тощо) для виконання вдома з дитиною.

Крім того, слід зазначити основні *клініко-логопсихосинергетичні умови* здійснення логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП та її родини:

- ранній початок корекційно-абілітаційної роботи;
- міжгалузевість, синергійність, неперервність забезпечення супроводу;
- використання збережених функціональних систем організму та функцій;
- сенсорна інтеграція;
- використання гри (усі форми та види) для розвитку та корекції;

- логопедизація рутинного дня дитини;
- забезпечення морфофункціональної готовності;
- активізація усіх систем організму;
- масаж, спрямований на активізацію загальної, дрібної, артикуляційної моторики;
- ретельно підібраний іграшковий матеріал для дитини раннього віку з ЦП;
- хендлінд дитини раннього віку з ЦП;
- активна позитивна позиція та участь батьків у реалізації індивідуальної програми логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП.

Для сімейноорієнтованого сегменту розроблено методичні матеріали для батьків, що сприяли підвищенню рівня логокорекційно-просвітницької культури. Методичний матеріал для зручності використання батьками та фахівцями розміщено на платформі **Google-диск** (<https://drive.google.com/drive/folders/1BjrRfvUsv9Vz2IFzgby>) (Додаток Д, Е, Є, Ж).

3.3. Агреговані результати впровадження міжгалузевої комплексної програми неперервного логопедичного супроводу дітей раннього віку з церебральним паралічем

Формувальне дослідження здійснювалася у трьох інтеграційних напрямках: робота з дитиною раннього віку з ЦП (основний напрям), робота з родиною дитини раннього віку з ЦП; робота, спрямована на підготовку логопедів здійснювати логопедичний супровід дитини раннього віку з ЦП та її родини.

Представляємо агреговані результати проведеної роботи. Організація та зміст міжгалузевої «Комплексної програми логопедичного супроводу дитини раннього віку» продемонструвала позитивну динаміку у всіх стратегічних напрямках. Перш за все, йдеться про виражену позитивну динаміку у розвитку такої дитини, а саме розвитку її фізичних, психічних та мовленнєвих вмінь та навичок.

Згідно з аналізом отриманих результатів формувального експерименту, слід зазначити покращення показників нейромоторного розвитку, сенсорнопізнавального, мовленнєвого дітей раннього віку з ЦП. Варто відмітити покращення саме

нейромоторного стану дитини раннього віку з ЦП. Важливим підтвердженням ефективності впровадженої міжгалузевої «Комплексної програми логопедичного супроводу дитини раннього віку з церебральним паралічем» та її змісту були показники стану опанування дітьми з ЦП фізичними вміннями та навичками. Отже, 80,7 % (21) дітей ЕГ навчилися утримувати голову до 2-х років, 53,8 % (14) дітей самостійно навчилися сидіти до 2-х років, 23,07 % (6) – оволоділи ходьбою до 2-х років. До 3-х років стан фізичного розвитку мав наступний вигляд: 92,3 % (24) дітей ЕГ навчилися утримувати голову, 84,6 % (22) навчилися сидіти, 61,5 % (16) навчилися самостійно стояти, 53,8 % (14) навчилися ходити.

На відміну від ЕГ, серед дітей КГ у віці 3-х років навчилися утримувати голову 71,4 % (20), 46,4 % (13) навчилися сидіти, 21,4 % (6) – стояти, лише 10,7 % (3) навчилися ходити (рис. 28).

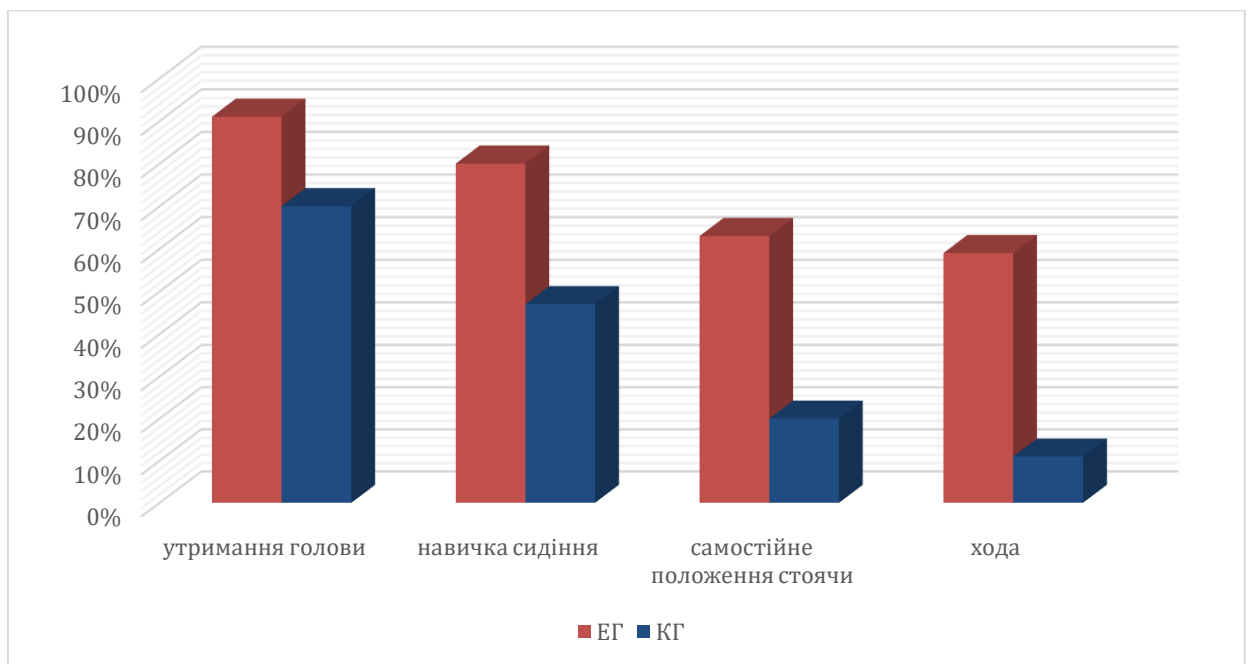


Рис. 28. Стан нейро-моторного розвитку дитини раннього віку з ЦП в ЕГ та КГ

Важливим під час організації логопедичного супроводу було створення умов для розвитку дрібної моторики та кистьового праксису дітей раннього віку з ЦП. У результаті проведеного формувального експерименту зазначаємо, що у дітей ЕГ зафіксована позитивна динаміка в опануванні функціональними можливостями кистей та пальців рук. У віці 2-х років у 7,7 % (2) зафіксовано відсутність рухів рук (у дітей не

сформований захват предметів), 11,5 % (3) дітей нетривало вміли утримувати предмет в руках, при цьому не могли ним маніпулювати, 38,5 % (10) – вміли брати предмет в руки, але не могли маніпулювати, 34,6 % (9) – вміли брати предмет, утримувати його та покласти предмет на поверхню, провівши з ним прості маніпуляції, 7,7 % (2) – вільно маніпулювали предметами.

У 3-роки у дітей ЕГ не спостерігалась відсутність маніпулювання з предметами. Яскраві прояви порушення функціонування рук спостерігалися у 7,7 % (2) дітей, такі діти були здатні взяти та утримувати предмет; помірні порушення функції рук спостерігалися у 42,3 % (11) дітей, які могли захопити предмет та виконати прості маніпуляції. Незначні порушення спостерігалися у 38,5 (10) % дітей, вони вміли маніпулювати предметами та володіли тонкими диференційованими рухами пальців рук. Та 11,5 % (3) дітей вільно маніпулювали предметами та володіли тонкими диференційованими рухами пальців рук.

Сенсорно-пізнавальний розвиток дітей раннього віку з ЦП в ЕГ відбувався повільніше, ніж формування фізичних навичок, це може бути пов'язане із сензитивністю формування основних фізичних навичок та взаємозв'язку психофізичного розвитку. При ДЦП організм працює набагато інтенсивніше, ніж при нормальному розвитку, адже багато зусиль йде на опанування фізичними вміннями та навичками і, можливо, менше ресурсу залишалось на інші сторони розвитку дитини раннього віку з ЦП. Проте, під час формувального дослідження спостерігали і в пізнавальному розвитку дітей позитивні зрушення. У віці 2 років з усіма дітьми можна було встановити контакт; 15,4 % (4) дітей вступали у зоровий контакт трохи згодом, не виявляли зацікавленість, 30,7 % (8) дітей мали формальний контакт без прояву цікавості, 38,5 % (10) – мали вибіркового контакт, 15,4 % (4) дітей легко вступали у зоровий контакт.

У віці 3-х років 11,5 % (3) дітей ЕГ входили у контакт на певний короткий час, порівняно КГ – 17,8 % (5). У 23,1% (6) дітей ЕГ групи контакт був формальний, у дітей КГ – 32,2 % (9). Вибірковий контакт у дітей ЕГ був зафіксований у 42,3 % (11), у КГ – 32,2 % (9). А 23,1 % (6) дітей ЕГ та 17,8 % (5) КГ легко та швидко вступали у контакт та проявляли зацікавленість (рис. 29).

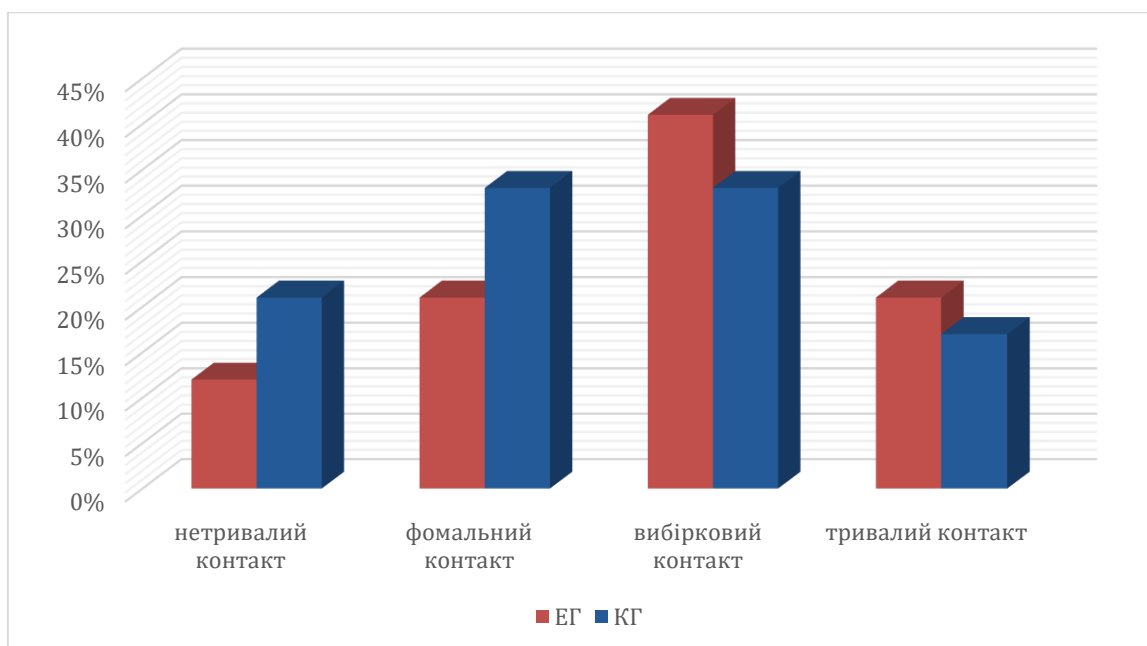


Рис. 29. Контактність дитини у віці 3-х років з ЦП в EG та KG

Під час проведення формувального дослідження констатовано особливості використання невербальних засобів спілкування дітьми раннього віку з ЦП. Так, 7,6 % (2) дітей ЕК у віці 3-х років використовували лише невербальні засоби спілкування, 46,1 % (12) дітей поєднували невербальні засоби з простими засобами мовленнєвого спілкування у вигляді лепетних слів, звуконаслідувань, 42,3 % (11) використовували різні засоби спілкування згідно віковим можливостям. На момент завершення формувального експерименту 23,1 % (6) дітей у 3-роки використовували поєднання вербальних та невербальних засобів спілкування, 10,7 % (3) використовували різноманітні вербальні засоби спілкування. На противагу, 10,7 % (3) дітей КГ у віці 3-х років використовували лише невербальні засоби спілкування, 50 % (14) дітей співвідносили вербальні та невербальні засоби спілкування, 39,2 % (11) – використовували мовленнєві засоби спілкування (рис. 30).

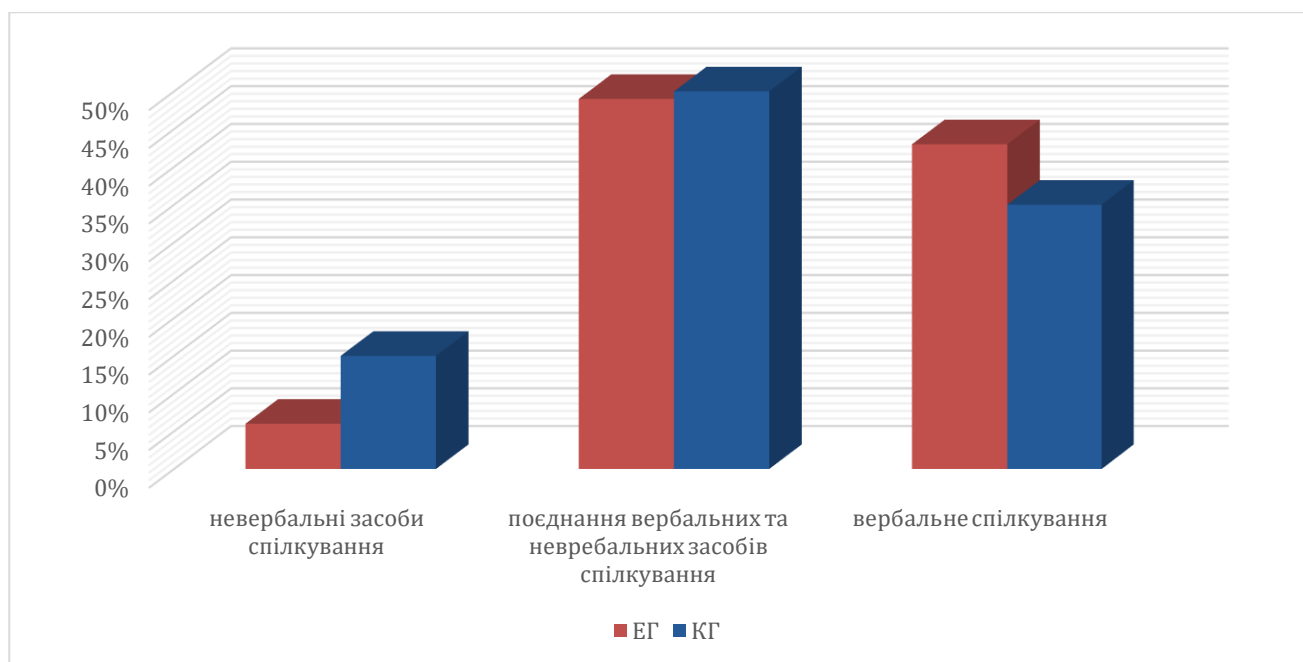


Рис. 30. Використання вербальних та невербальних засобів спілкування у віці 3-х років у дітей з ЦП в EG та KG

Під час обстеження дітей визначався рівень оволодіння навичками самообслуговування, а саме: самостійність прийому їжі твердої, рідкої; пиття з чашки, вміння роздягатися та одягатися, миття рук, вмивання, вміння витиратися рушником. До 3-х років у EG було визначено наступні рівні оволодіння навичками самообслуговування: 11,5 % (3) дітей оволоділи майже усіма перерахованими вище навичками наближено до норми, 23,1 % (6) дітей володіли навичками із незначною допомогою дорослого, 30,8 % (8) – володіли навичками самообслуговування частково. У дітей KG у віці 3-х років лише 34,6 % (9) володіли навичками самообслуговування частково.

У дітей EG були зафіксовані також і порушення зорового сприйняття. До 2-х років у 19,2 % (5) дітей спостерігалися яскраві прояви порушення: короткострокові фіксації погляду на предметі та слідування за ним, відсутність диференціації знайомих та незнайомих людей. 38,5 % (10) дітей мали помірні порушення: утримували у полі зору нерухомий предмет, обличчя людини та фрагментарно відслідковували оптично рухомий об'єкт, впізнавали матір та тата, коли діти їх помічали, у них відмічався комплекс поживавлення, на відміну від їх реакції смутку, занепокоєння на незнайомих людей. Діти даної підгрупи впізнавали предмети у

приміщені, але їм було важко розгледіти та впізнавати віддалені предмети та іграшки. Іноді спостерігалася захисна реакція. Відсутніми були уявлення про колір, форму, величину предметів. Незначні порушення спостерігалися у 30,8 % (8) дітей ЕГ: діти тривало могли розглядати предмет, фіксуючи погляд, та відстежувати предмет, відрізняли знайомих та незнайомих людей. У дітей було зафіксовано труднощі при розпізнаванні предметів на відстані, уявлення про форму, колір, величину формувалися складно. Лише починало формуватися вміння співвідносити предмети. У 11,5 % (3) дітей ЕГ не зафіксовані труднощі зі сприймання предметів оточуючого середовища, ці діти розглядали та впізнавали предмети на відстані, впізнавали їх зображення на картинках, співвідносили кольори, форму, величину предметів.

Після здійснення формувального експерименту, у віці 3-х років у 15,4 % (4) дітей ЕГ зафіксовано яскраві прояви порушення зорового сприймання: недовго фіксували погляд на предметі та фрагментарно прослідковували за ним, розрізняли близьких та чужих дітей. Діти не володіли уявленнями про колір, форму, величину предметів. У 23,1 % (6) дітей помірні прояви несформованої даної навички: фіксація погляду та слідкування за предметом нетривалі, труднощі розглядання предмету на відстані, вони впізнавали предмети на однопредметних картинках, де зображення було наближене до оригіналу, навичка співставлення предметів за кольором, величиною, рідше за формою лише почала формуватися. У 42,3 % (11) дітей спостерігалися незначні порушення. 19,2 % (5) дітей вміли співставляти предмети за кольором, формою, величиною та виокремлювали специфічні ознаки предметів на запитання дорослого та називали їх.

У дітей КГ у віці 3-х років яскраво виражені порушення зорового сприйняття спостерігалися у 21,4 % (6), помірні – у 32,2 % (9), незначні – у 35,7 % (10), відсутні порушення у 10,7 % (3) (рис. 31).

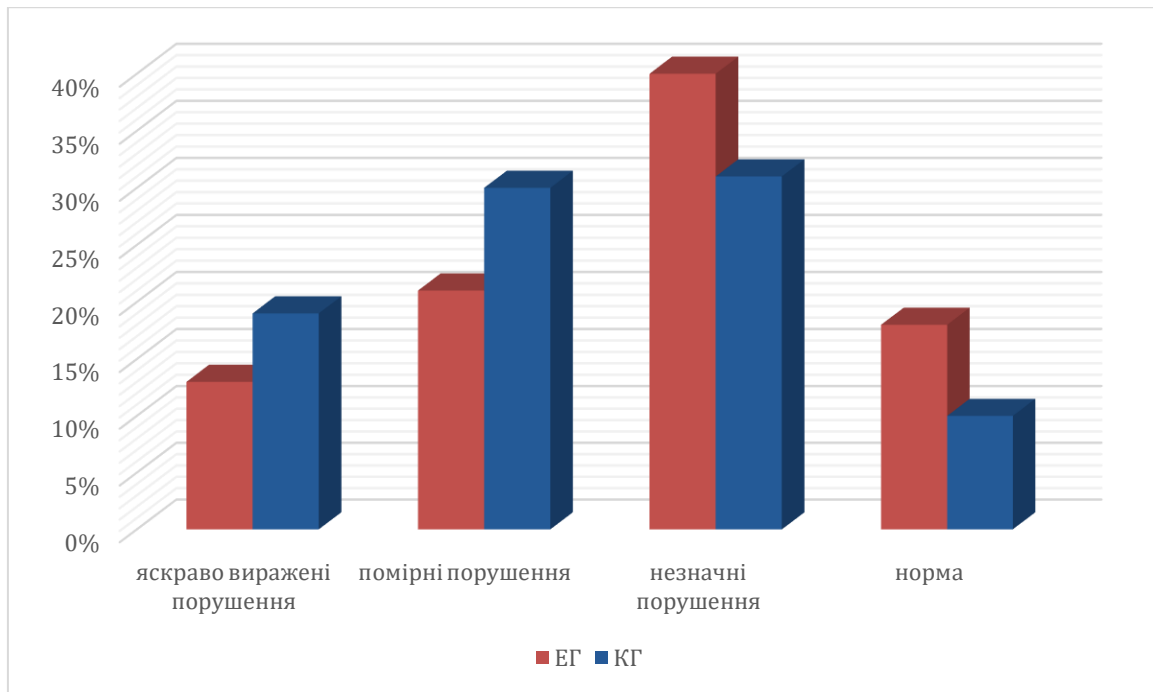


Рис. 31. Прояви порушень зорового сприймання у віці 3-х років у дітей з ЦП в ЕГ та КГ

Для підвищення рівня мовленнєвого розвитку дитини раннього віку з ЦП було визначено завдання, що стосувалося підвищення пізнавальної активності та мотивації до діяльності. До 2-х років у 15,3 % (4) дітей зафіксовано низький рівень пізнавальної активності та мотивації до різних видів діяльності, такі діти байдуже ставилися до оточуючих та не використовували рухові можливості у досягненні пізнавальної мети. У 34,7 % (9) дітей зафіксовано знижений рівень пізнавальної активності та мотивації, вони не цікавилися оточуючими предметами та людьми, їх пізнавальний інтерес був поверхневим та суттєво обмеженим. Діти швидко втрачали цікавість до предметів, іграшок, діяльність мала нестійкий, формальний характер. Недостатність пізнавальної активності спостерігалася у 34,7 % (9) дітей з ЦП. Яскраво виражена мотивація та пізнавальна активність прослідковувалася у 15,3 % (4) дітей: такі діти могли тривалий час виконувати певну діяльність, пов'язану з маніпулюванням предметами, іграшками, під час досягнення пізнавальної мети та використовували по максимуму свої фізичні вміння та навички.

У дітей ЕГ у віці 3-х років було зафіксовано низьку мотивацію та пізнавальну активність. Йдеться про 11,5 % (3) дітей ЕГ та 19,2 % (5) дітей КГ. Знижений рівень

мотивації та пізнавальної активності спостерігали у 23,07 % (6) дітей ЕГ та у 32,1 % (9) дітей КГ, недостатній рівень пізнавальної активності та мотивації спостерігався у 42,3 % (11) дітей ЕГ і 32,1 % (9) дітей КГ, високий рівень у 23,07 % (6) дітей ЕГ поряд з 14,2 % (4) дітей КГ.

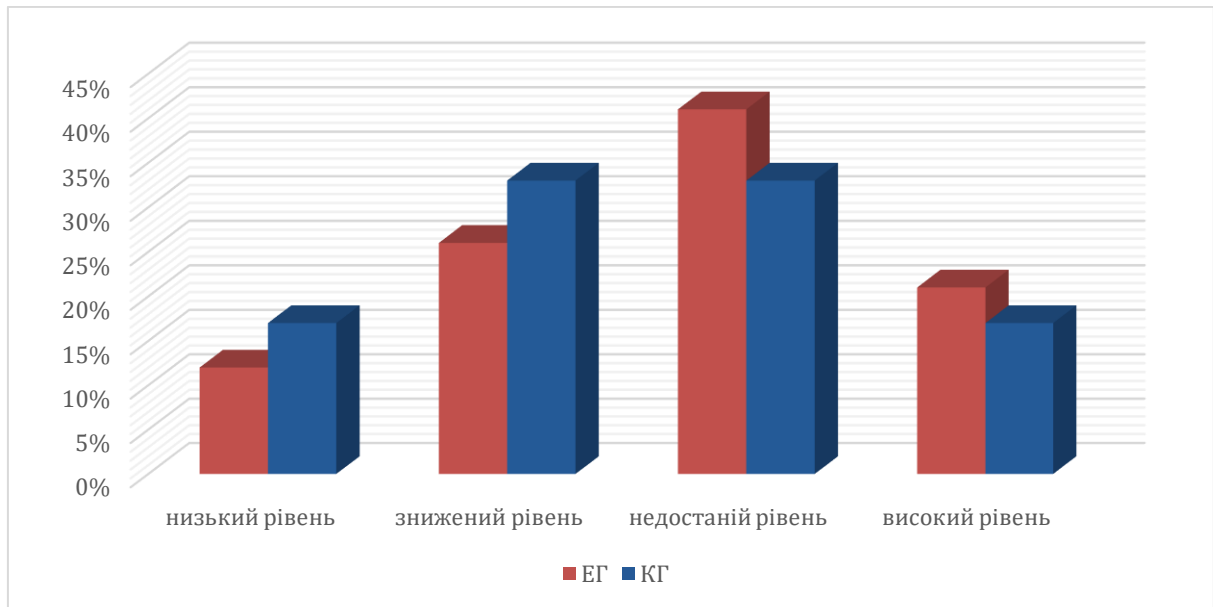


Рис. 32. Рівні мотивації та пізнавальної активності дітей раннього віку з ЦП в ЕГ та КГ

При здійсненні клініко-логопсихологічного дослідження було визначено стан слухового сприймання у дітей раннього віку з ЦП. У 11,5 % (3) зафіксували значне порушення слухового сприймання, у 34,6 % (9) – помірне порушення, у 42,4 % (11) – незначні порушення, у 11,5 % (3) – у межах норми. До 3-х років у дітей з ЦП в ЕГ зафіксовано яскраві порушення слухового сприймання у 11,5 % (3), у дітей КГ – 21,4 % (6), помірно виражене порушення слухового сприймання у 26,9 % (7) дітей ЕГ та 32,2 % (9) у дітей КГ, незначні порушення в ЕГ – 38,4 % (10), в КГ – 32,2 % (9), відсутність даного порушення у дітей ЕГ – 23,2 % (6), у дітей КГ – 14,2 % (4) (рис. 33).

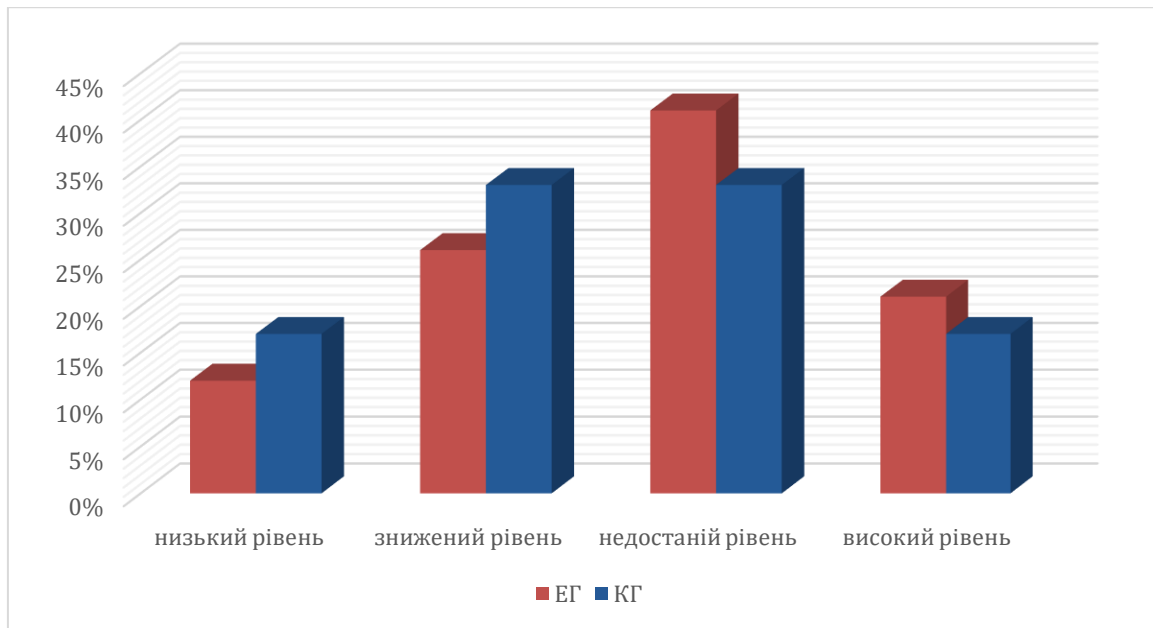


Рис. 33. Рівні порушення слухового сприймання у дітей раннього віку з ЦП в EG та KG

Під час обстеження у дітей раннього віку виявленні порушення пізнавальної діяльності, які характеризувалися сповільненням темпів формування ігрових вмінь та навичок. У першу чергу це пов'язано зі здатністю дитини до маніпулювання з предметами, що зумовлювали фізичні та функціональні труднощі дитини раннього віку з ЦП. Покращення даної можливості у дітей раннього віку з ЦП зафіксовані на кінець 3-го року. У 19,2 % (5) дітей EG предметна діяльність була сформована, а саме діти використовували предмети та іграшки за їх призначенням, виконували предметно-маніпулятивні рухи. У деяких дітей зафіксовано навіть елементи сюжетно-рольової гри. А 42,3 % (11) дітей EG використовували предмети за призначенням та виконували елементарні дії з ними, 23,1 % (6) – здійснювали нетипові дії з предметами, мали яскраві порушення предметного маніпулювання при фізичній можливості це здійснити та 15,4 % (4) дітей раннього віку з ЦП мали значні труднощі предметного маніпулювання зумовлені відсутністю фізичної здатності.

Комунікативно-мовленнєвий розвиток дітей раннього віку з ЦП. Імпресивне мовлення та знання про оточуючий світ. У 19,2% (5) дітей EG спостерігалися значні порушення імпресивного мовлення: не розуміли звернене мовлення та розуміли інтонацію 7,6 % (2) дітей, 11,5 % (3) дітей розрізняли інтонацію та реагували на

своє ім'я, впізнавали за словом маму, іграшку, предмет, 34,6 % (9) дітей раннього віку з ЦП мали помірні порушення розуміння зверненого мовлення та обмежений запас знань про оточуючий світ: обмежено розуміли звернене мовлення у знайомі ситуації; знали назви знайомих предметів та іграшок, імена близьких людей, виконували прості рухові інструкції; 30,8 % (8) дітей раннього віку з ЦП, мали зниження розуміння зверненого мовлення та обмеження знань про оточуючий світ, вміли знайти названий предмет на картинці, виконували мовленнєві інструкції. У 15,3 % (4) дітей раннього віку з ЦП зафіксовано наближений до норми рівень розуміння мовлення та запас знань про оточуючий світ: діти розуміли назви побутових предметів (посуд, одяг, їжа), іграшок, дій, ознак, вміли впізнати названі слова на сюжетних картинках, розуміли прості віршовані тексти.

Згідно результатів формувального експерименту у віці 3-х років у дітей ЕГ значно покращилися показники розуміння зверненого мовлення та запасу знань про оточуючий світ. Значні порушення розуміння мовлення спостерігалися у 15,4 % (4) дітей з ЦП в ЕГ, помірні порушення відмічено у 19,2 % (5), незначні порушення констатували у 46,2 % (12), наближене до норми розуміння мовлення та запас знань про оточуючий світ – у 19,2 % (5) дітей. У порівнянні з дітьми 3-х років з ЦП в КГ: значні порушення розуміння мовлення спостерігалися у 28,6 % (8) дітей з ЦП в ЕГ, помірні порушення відмічено у 25 % (7), незначні порушення констатували у 34,7 % (10), наближене до норми розуміння мовлення та запас знань про оточуючий світ у 11,7 % (3) дітей.

Розвиток експресивного мовлення охарактеризували особливостями розвитку основних етапів згідно класифікації О. Корнев [195.]. У цей період важливими віхами розвитку експресивного мовлення вважаємо домовленнєвий, ініціальний та ранній період формування ФСММ.

У дітей з ЦП в ЕГ визначені індивідуальні терміни появи мовлення, так, у перший та другий рік життя домовленнєвий та ініціальний період розвитку мовлення був значно затриманий. У 34,6 % (9) період лопотіння був рудиментарним, коротким, практично відсутнім. Така картина відслідковувалася у дітей з яскраво вираженими руховими розладами та достатнім рівнем

пізнавального розвитку. У 1,5-року у дітей з ЦП не спостерігалися диференційовані голосові реакції, 50 % (13) дітей були на домовленнєвому етапі розвитку; 34,6 % (9) дітей знаходилися на ініціальному етапі розвитку: з'явилися прості лепетні слова (ав, ко, ку-ку тощо), звуконаслідування; 15,4 % (4) намагалися поєднувати прості звуконаслідування із найпростішими словами у фрази з 2-3 слів.

У 38,4 % (10) дітей з ЦП в 2 роки зафіксовано домовленнєвий рівень розвитку експресивного мовлення: гуління, лопотіння; у 61,6 % (16) дітей сформовані мовленнєві навички: вимовляли окремі слова, прості фрази. У 3 роки 80,8 % (21) дітей з ЦП користувалися мовленнєвими засобами спілкування, але й були такі, які залишилися на домовленнєвому етапі: користувалися лепетом 19,2 % (5), у таких дітей прослідковувалися складні коморбідні порушення розвитку, проте, у них значно покращилися навички концентрації уваги та зорового й слухового зосередження.

У дітей КГ спостерігалася інша картина розвитку, а саме 39,2 % (11) дітей залишилися на домовленнєвому етапі розвитку; 46,5 % (13) дітей знаходилися на ініціальному етапі розвитку: з'явилися прості лепетні слова (ав, ко, ку-ку тощо), звуконаслідування, 14,3 % (4) намагалися поєднувати прості звуконаслідування із найпростішими словами у фрази з 2-3 слів (рис. 34).

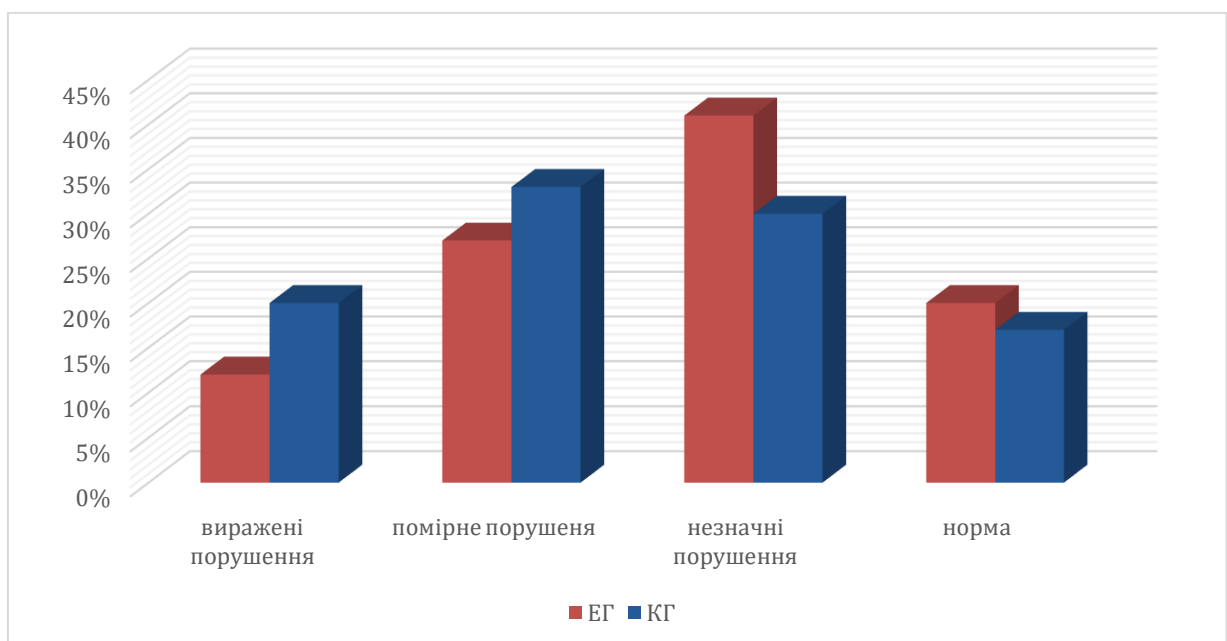


Рис. 34. Розвиток експресивного мовлення у віці 3-х років у дітей з ЦП в EG та KG

Відповідно, у всіх дітей поряд із покращенням нейро-моторних, сенсорно-пізнавальних, мовленнєвих навичок, що, безперечно, впливало на покращення стану рухо-мовленнєвих вмій та навичок, що позитивно впливали на загальний мовленнєвий розвиток, зокрема, зменшилася інтенсивність та тяжкість проявів ознак дизартричних порушень. А саме у дітей у віці 2-х років (26 осіб) ЕГ зменшився рівень спастико-паретичного синдрому у периферичному мовленнєвому апараті. У віці 2-х років у 22,9 % (6) дітей фіксували виражені ознаки дизартричних розладів, у 34,6 % (9) дітей – помірні прояви, у 34,6 % (9) – незначні порушення. У віці 2-х років у 7,9 % (2) дітей ЕГ рухо-мовленнєві порушення, що свідчили про прояви ознак дизартричних розладів, були повністю усунені. У 84,6 % (22) дітей ЕГ у віці 3-х років прослідковувалися значні покращення стану розвитку мовлення, а саме: зменшення проявів ознак дизартричних розладів, покращення загальної якості мовлення, загальна чіткість мовленнєвого висловлювання. У віці 3-х років у 15,4 % (4) дітей спостерігалось покращення як загального психофізичного, так і мовленнєвого розвитку, у 34,6 % (9) помірно виражені прояви ознак дизартричних порушень, у 34,6 % (9) незначні прояви ознак дизартричних порушень. У віці 3-х років у 15,4 % (4) дітей ЕГ рухо-мовленнєві порушення були повністю усунені.

У всіх дітей КГ у віці 3-х років спостерігали прояви ознак дизартричних порушень: яскраво виражені у 25,1 % (7), помірні прояви – у 53,5 % (15), незначні порушення – у 21,4 % (6) дітей. Динаміка рівня прояву ознак дизартричних порушень у віці 3-х років у дітей ЕГ та КГ висвітлена на діаграмі (рис. 35.).



Рис. 35. Прояви ознак дизартричних порушень у віці 3-х років у дітей з ЦП в ЕГ та КГ

Відповідно до отриманих результатів, сформовано групи дітей раннього віку з ЦП за показниками визначених рівнів моторної підтримки відповідно міжнародної класифікації моторних функцій [54] та визначених освітніх труднощів відповідно рівнів освітньої підтримки [107].

Таблиця 3.6

Рівні підтримки, яку потребують діти раннього віку з ЦП

	ЕГ(26)					КГ(28)				
	I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V
<i>Шкала GMFCS E&R</i>	-	11,5% (3)	42,3% (11)	38,4% (10)	7,6% (2)	-	-	35,7% (10)	46,4% (13)	17,8% (5)
<i>Визначення категорій (типології) освітніх труднощів у осіб з ООП та рівнів підтримки в освітньому процесі</i>	-	11,5% (3)	50% (13)	30,7% (8)	7,6% (2)	-	-	39,2% (11)	42,8% (12)	17,8% (5)

Отримані результати дають шанс підвищити рівень підтримки за умови міжгалузевої взаємодії. Динаміка психофізичного та мовленнєвого розвитку у дітей раннього віку з ЦП визначалася, в першу чергу, станом нейро-моторного порушення, проявом порушень сенсорно-пізнавального розвитку,

компенсаційними можливостями кожної дитини, систематичністю та комплексністю логопедичного супроводу дитини та її родини.

Позитивна динаміка спостерігалася у дітей раннього віку з ЦП в плані сенсорно-пізнавального та мовленнєвого розвитку, які були народжені у термін 38-42 тижнів. Компенсаційні функції у таких дітей були найбільш активними та сприяли кращому їх розвитку, зокрема, впливали на зниження проявів ознак дизартричних порушень.

Запропонована міжгалузєва «Комплексна програма логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП» та її зміст у вигляді МРЛ «У ритмі Метелика» сприяли не лише покращенню психофізичних можливостей дітей, а й позитивно вплинула на підвищення логокорекційно-просвітницької культури батьків завдяки реалізації сімейно-орієнтованого сегменту.

Зокрема, констатуємо підвищення рівня логокорекційно-просвітницької культури батьків з 46,5 % до 76,8 % (табл. 3.7), (рис. 36).

Таблиця 3.7

Результати вивчення рівня логокорекційно-просвітницької культури батьків дітей раннього віку з ЦП

	Формувальні дані (ЕК – 26 осіб)		Констатувальні дані (КГ – 86 осіб)	
	достатній	недостатній	достатній	недостатній
<i>аксіологічний</i>	76,9%(20)	23,1%(6)	60,4%(52)	39,6% (34)
<i>мотиваційно-ціннісний</i>	80,7%(22)	15,3%(4)	55,8%(48)	44,2%(38)
<i>когнітивний</i>	73,1%(19)	26,9%(7)	32,5%(28)	67,5%(58)
<i>діяльнісний</i>	76,9%(20)	23,1%(6)	37,2%(32)	62,8% (54)
Середнє значення	76,8%	23,2%	46,5%	53,5%

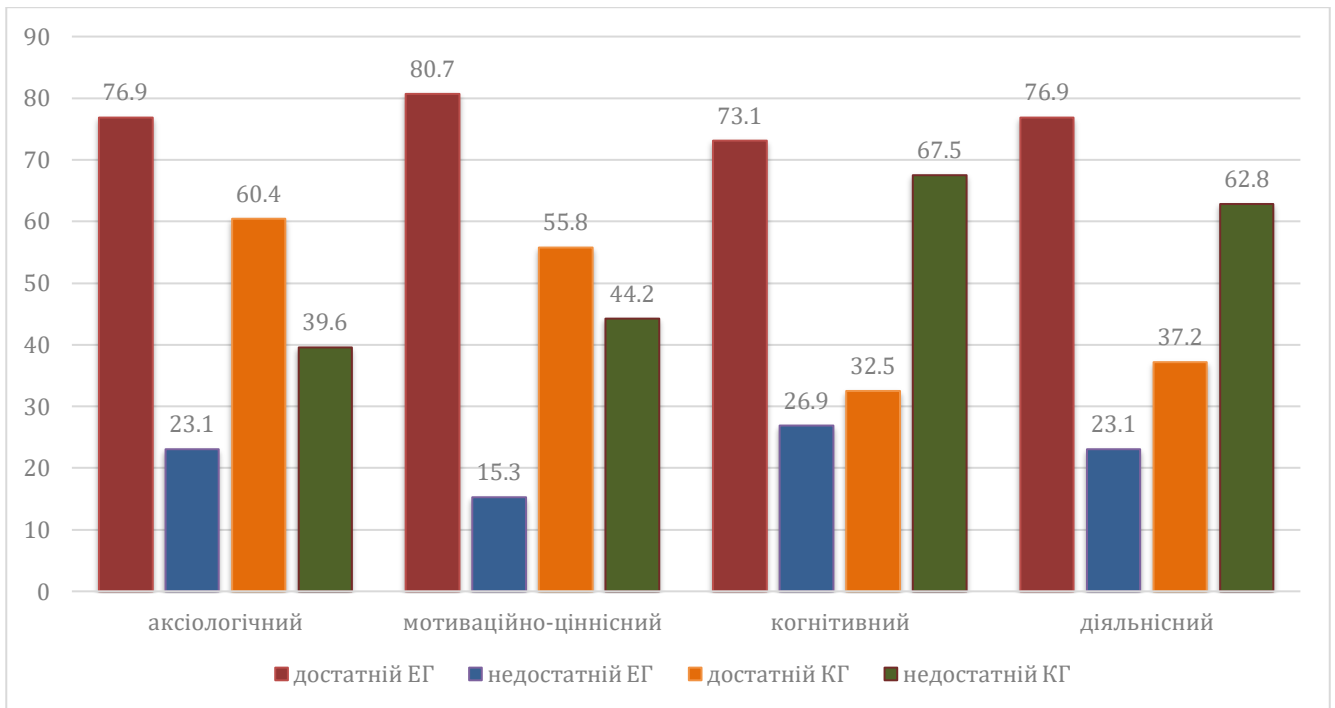


Рис. 36. Гістограма рівня логокорекційно-просвітницької культури батьків після проведення формувального експерименту

Порівнявши дані рівня логокорекційно-просвітницької культури батьків констатувального дослідження та результатів формувального експерименту, можемо впевнено сказати, що програма, спрямована на підвищення даного показника, є ефективною та відобразилася позитивно не лише на підвищенні рівня логокорекційно-просвітницької культури батьків, а й позитивно вплинула на стан розвитку дітей раннього віку з ЦП.

Важливим під час дослідження було підвищення готовності логопедів здійснювати логопедичний супровід дитини раннього віку з ЦП та її родини, при цьому бути готовим до міжгалузевої взаємодії з іншими фахівцями. Агреговані результати дослідження ефективності міжгалузевої «Комплексної програми логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП» представлено у таблиці, де йдеться про підвищення рівня готовності логопедів на 14,9 % та становить 83,2 %, це свідчить про те, що фахівці мають необхідний рівень сформованості аксіологічного, мотиваційно-ціннісного, когнітивного, діяльнісного компонентів, що є необхідними для організації логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП (табл. 3.8). Підвищення рівня готовності логопедів до здійснення логопедичного супроводу відбувалася шляхом вивчення ними освітніх

компонентів підготовки фахівців галузі 016 Спеціальна освіта, а саме «Логопедичний супровід дитини раннього віку з ЦП», «Логопедичний супровід дітей з ТПМ», «Основи сімейного виховання дитини з ООП», «Методика роботи з дітьми з порушеннями опорно-рухового апарату», «Логопедія», «Логопедія та планування логопедичної роботи» (табл. 3.8) (рис. 37).

Таблиця 3.8.

Рівень готовності логопедів до міжгалузевої взаємодії та готовності логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП

	Формувальні дані (ЕГ 112 - осіб)		Констатувальні дані (КГ 204 - осіб)	
	Достатній	Недостатній	Достатній	Недостатній
<i>аксіологічний</i>	85,7%(96)	14,3%(16)	80,3%(164)	19,7%(40)
<i>мотиваційний- ціннісний</i>	69,6%(78)	29,4%(34)	51,9%(106)	48,1%(98)
<i>когнітивний</i>	91,07%(102)	8,03%(10)	62,7%(128)	37,3%(76)
<i>діяльнісний</i>	86,6%(97)	13,4%(15)	74,5%(152)	25,5%(52)
Середнє значення	83,2%	16,7%	67,3%	32,6%

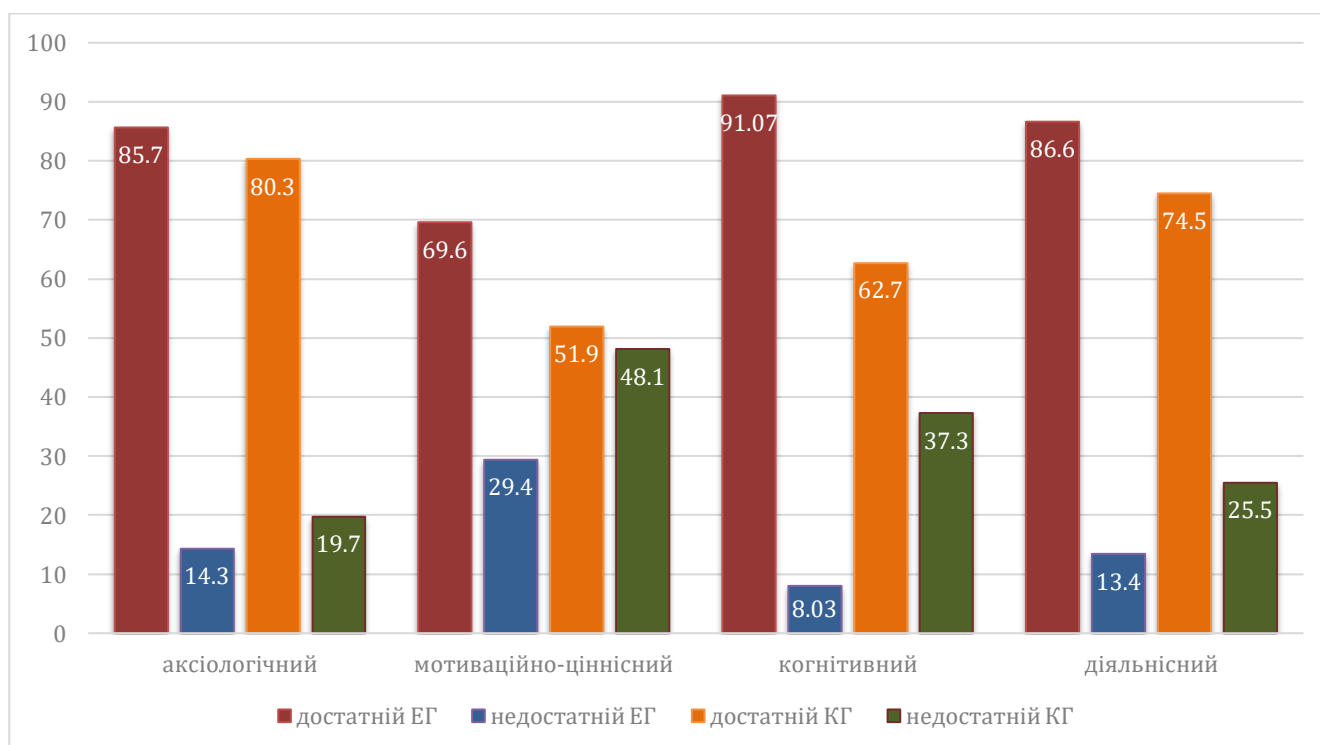


Рис. 37. Гістограма рівнів готовності логопедів до логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП та її родини

Узагальнюючи результати формувального експерименту визначено, що міжгалузева «Комплексна програма логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП» є ефективною за умови реалізації інтеграційних напрямів та визначеного змісту. Забезпечення міжгалузевого підходу до вирішення проблеми дало змогу повністю зреалізувати мету та задачі комплексного дослідження. Доведено ефективність проведеної роботи та необхідність впровадження логопедичного супроводу у роботу з дітьми раннього віку з ЦП на рівні та під контролем держави.

Висновок до третього розділу

У третьому розділі «Міжгалузева комплексна програма логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП» представлено теоретико-методичне обґрунтування стратегії та тактики формувального експерименту: мету, завдання, принципи, організацію, зміст, етапи впровадження й результати апробації міжгалузевої «Комплексної програми логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП».

Логопедичний супровід дитини раннього віку з ЦП – це міжгалузевий, синергійний та неперервний процес забезпечення логопедизованого простору супроводу дитини та її родини. Головною умовою реалізації логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП була діяльність міжгалузевої команди фахівців та родини.

Міжгалузева «Комплексна програма логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП» складається з базових компонентів: цільового (мета, принципи, завдання); змістового (етапи, напрями, основні види діяльності); логопревентивного (технологічного) (періоди, напрями, етапи, форми, методи, прийоми, взаємодія) та контрольного (критерії та показники). Вагомою змістовою складовою логопедичного супроводу була узгоджена робота міжгалузевої команди фахівців та родини дитини з ЦП, починаючи з моменту постановки клінічного діагнозу «дитячий церебральний параліч» з позиції сімейноцентрованого підходу (дитина до трьох років та родина як єдине ціле). Відповідно обґрунтовано, розроблено та впроваджено методика ранньої логоінтервенції «У ритмі Метелика», основна мета якої – міжгалузева логопревентивна / розвивально-корекційна робота, спрямована перш за все на активізацію та формування фізіологічних, нейробіологічних, психолінгвістичних навичок домовленнєвого та раннього мовленнєвого періоду розвитку; пропедевтика можливих ускладнень у період раннього віку на засадах міжгалузевого, синергійного, нейролінгвістичного підходів. Методика ранньої логоінтервенції «У ритмі Метелика» складається зі змісту, етапів, вікових орієнтирів, функцій, зазначених складових та учасників.

Розроблено логопутівник застосування методики: види та структура занять, шляхи оптимізації розвитку дитини раннього віку з ЦП, алгоритм здійснення логопедичного супроводу. Розроблено та застосовано методичний інструментарій логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП, спрямований на ефективний психомовленнєвий розвиток, а саме: зміст, заходи та обладнання для розвитку дрібної моторики та праксису, рухової уваги та зосередження дитини раннього віку з ЦП; стимулювання та розвиток домовленнєвого та мовленнєвого розвитку та комунікативної активності дитини раннього віку з ЦП; формування та розвиток емоційно-соціальної та когнітивної бази мовлення дитини раннього віку з ЦП. Увесь методичний матеріал для зручності застосування у роботі з дитиною та батьками розміщений на Google-диску.

Підтвердженням ефективності впровадження міжгалузевої «Комплексної програми логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП» стало суттєве покращення сенсорно-пізнавального та мовленнєвого розвитку зазначеної категорії дітей. Впровадження логопревентивного етапу дозволило зменшити прояви неврологічної симптоматики і, відповідно, знизити ризики тяжких дизартричних розладів. Вчасне логозанурення у ранній вік розширило можливості кожної дитини та дозволило визначити максимально сприятливий вектор психомовленнєвого розвитку дитини раннього віку з ЦП, спираючись на природну властивість – нейропластичність дитячого мозку та організму в цілому. Завдяки автономному сімейно-орієнтованому сегменту методики ранньої логоінтервенції «ЛогоАбетка» відчутно підвищено рівень логокорекційно-просвітницької культури батьків стосовно розвитку дітей раннього віку з ЦП.

Відповідно до визначених бар'єрів, на етапі констатації впроваджено інтегральний змістовий блок у програмі логопедичного супроводу, зміст якого сприяв підвищенню професійної компетентності логопедів. Зафіксовано підвищення рівня їх готовності до взаємодії з батьками та іншими учасниками логопедичного супроводу. Йдеться про суттєве підвищення рівня готовності логопедів для здійснення логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП у сучасних освітніх умовах.

Зреалізована мета та завдання наукового дослідження, доведено ефективність міжгалузевої «Комплексної програми логопедичного супроводу дитини раннього віку».

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА

Наукові праці, в яких опубліковані основні результати третього розділу дисертації

Публікації у наукових виданнях, включених до переліку наукових фахових видань України

1. Синиця А. О. Програмово-методичний комплекс логопедичного супроводу дітей раннього віку з ЦП. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки): збірник наукових праць: Вип. 21 / за ред. М. Шеремет, О. Гаврилова. Кам'янець-Подільський: Видавець Ковальчук О. В., 2023. С. 115-128.*

2. Конопляста С. Ю., Синиця А. О. Дизайн логопедичного супроводу дитини раннього віку з церебральним паралічем. *Науковий журнал Хортицької національної академії. (Серія: Педагогіка. Соціальна робота): наук. журн./ [редкол.: В. В. Нечипоренко (голов. ред.) та ін.]. Запоріжжя: Вид-во комунального закладу вищої освіти «Хортицька національна навчально-реабілітаційна академія» Запорізької обласної ради, 2023. Вип. 9. С. 132-143.*

Міжнародні колективні монографії

3. Konoplyasta Sv., Synytsya A. Conceptual approaches to the organization of speech therapy support for early age children with cerebral palsy in modern educational conditions in ukraine. *Modern approaches to ensuring sustainable development: monograph*//ed. by V. Smachylo, O. Nestorenko. Katowice, 2023. p. 387-399. <http://www.wydawnictwo.wst.pl/uploads/files/33ba92a74a7c70f8ce3859b114f4510.pdf>

Публікації, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

4. Синиця А. О. Клініко-психо-логопедичне дослідження мовленнєвого розвитку дітей раннього віку з ЦП. *Інтеграція науки і практики в умовах модернізації спеціальної освіти України: збірка матеріалів Всеукраїнської науково-практичної конференції 23-24 березня 2023 року / за заг. ред. С. Д. Яковлевої, Н. В. Кабельнікової. Івано-Франківськ, 2023. С. 212-217. <https://www.kspu.edu/About/Faculty/FEElementaryEdu/ChairCorrectingEdu/Conference.aspx>*

Інші видання

5. Синиця А. О. Методологія організації логопедичного супроводу дітей раннього віку з ЦП. *Спеціальна освіта: наукові пошуки майбутніх фахівців*. Випуск 6. 2023. С. 322-329.

ВИСНОВКИ

1. Здійснений системний науково-теоретичний аналіз з теми дослідження показав стійку тенденцію до збільшення кількості дітей з ЦП; багатоваріативність визначення понять «дитячий церебральний параліч», «логопедична допомога», «логопедичний супровід»; багатовекторність трактувань особливостей розвитку дітей з ЦП; наявність протиріч між вимогами сьогодення та можливостями таких дітей при підготовці їх до інтеграції в освітній простір, починаючи з раннього віку. Теоретичний аналіз мовленнєвого онтогенезу дитини раннього віку в нормі та з ЦП довів, що усі діти з ЦП мають труднощі розвитку мовлення із самого початку свого розвитку. Аналіз змісту існуючих лікувально-абілітаційних / реабілітаційних та корекційно-розвиткових програм засвідчив, що вони базуються лише на формуванні однієї або декількох складових розвитку дитини з ЦП. Відчутною є недостатність організації та забезпечення міжгалузевої взаємодії щодо психомовленнєвого розвитку дітей раннього віку з ЦП.

2. Розроблений сучасний дизайн діагностичного дослідження та необхідний інструментарій дозволив визначити актуальний стан логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП. Визначено та обґрунтовано базові структурні компоненти логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП та їх діагностичні критерії і показники. Отримані кількісні та якісні показники визначення стану логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП констатували, що сучасна організація та зміст корекційно-реабілітаційної роботи із зазначеною категорією дітей є недосконалими, недостатньо міжгалузево-узгодженими, що не забезпечує умов для здійснення повноцінного логопедичного супроводу з метою гармонійного розвитку потенційних можливостей дитини раннього віку з ЦП. Узагальнені результати констатації підтвердили припущення про необхідність забезпечення організації та змісту сучасного логопедичного супроводу дітей з ЦП саме з раннього віку у медико-логопсихологічній площині за участі відповідної міжгалузевої команди фахівців на державному рівні. Отримані результати стали основою для визначення напрямів, етапів та розробки змісту і методичного інструментарію міжгалузевої «Комплексної програми логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП».

3. Обґрунтовано концептуальні засади логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП. Розроблено міжгалузеву «Комплексну програму логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП», засновану на принципі інтеграції базових ланок логопедичного супроводу. Логопедичний супровід дитини раннього віку з ЦП – це міжгалузевий, синергійний та неперервний процес забезпечення логопедизованого простору супроводу дитини та її родини. Вагомою змістовою складовою логопедичного супроводу була узгоджена робота команди фахівців та родини дитини з ЦП, починаючи з моменту виявлення проблеми з позиції сімейноцентрованого підходу (дитина до трьох років та родина як єдине ціле). Обґрунтовано, розроблено та впроваджено методiku ранньої логоінтервенції «У ритмі Метелика», яка розкриває основні напрями, етапи та зміст роботи логопеда з дитиною раннього віку з ЦП, а також окреслює напрями та зміст логопедичного супроводу сім'ї та корекції батьківсько-дитячих стосунків (автономний сімейно-орієнтований сегмент «LogoАбетка»). В основу змісту покладено системний аналіз складної структури мовленнєвого порушення та його впливу на загальний психомовленнєвий розвиток дитини раннього віку з ЦП. Доведено доцільність початку логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП з моменту постановки клінічного діагнозу «дитячий церебральний параліч». Урізноманітнення змісту та прийомів взаємодії міжгалузевої команди з дитиною раннього віку з ЦП та її родиною уможливило доступність, мобільність і гнучкість логозанурення. Відповідно до змісту методики ранньої логоінтервенції розроблено методичний інструментарій та кейси заходів для батьків, підготовлено путівник для застосування методики ранньої логоінтервенції «У ритмі Метелика». Увесь методичний матеріал для зручності застосування у роботі з дитиною та батьками розміщений на Google-диску.

Підтвердженням ефективності впровадження міжгалузевої «Комплексної програми логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП» стало суттєве покращення сенсорно-пізнавального та мовленнєвого розвитку зазначеної категорії дітей. Впровадження логопревентивного етапу дозволило зменшити прояви неврологічної симптоматики і, відповідно, знизити ризики появи тяжких дизартричних розладів. Вчасне логозанурення у ранній вік розширило можливості кожної дитини та дозволило визначити максимально сприятливий вектор психомовленнєвого розвитку дитини

раннього віку з ЦП, спираючись на природну властивість – нейропластичність дитячого мозку та організму в цілому. Завдяки автономному сімейно-орієнтованому сегменту методики ранньої логоінтервенції «ЛогоАбетка» відчутно підвищено рівень логокорекційно-просвітницької культури батьків стосовно розвитку дітей раннього віку з ЦП.

4. Відповідно до визначених бар'єрів на етапі констатації, розроблено інтегральний змістовий блок у програмі логопедичного супроводу, змістом якого передбачалося підвищення професійної компетентності логопедів та рівня їх готовності до взаємодії з батьками та іншими учасниками логопедичного супроводу. Поглиблено зміст існуючих та розроблено нові спеціальні освітні компоненти, які успішно реалізують у вищих закладах освіти за спеціальністю 016 Спеціальна освіта. Зафіксовано суттєве підвищення рівня готовності логопедів для здійснення логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП у сучасних освітніх умовах.

Зафіксовано не тільки суттєве підвищення готовності логопедів для здійснення логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП, а й підвищення рівня готовності до взаємодії спеціалістів різних галузей. Результати проведеного формувального експерименту за розробленою міжгалузєвою програмою свідчать про позитивну динаміку показників готовності до активної взаємодії у процесі логопедичного супроводу, що підтверджено отриманими експериментальними даними дослідження.

Широкі впровадження у закладах різного підпорядкування міжгалузєвої «Комплексної програми логопедичного супроводу дитини раннього віку» забезпечило досягнення мети та вирішення поставлених завдань. Вищезазначене свідчить про ефективність проведеної роботи та доводить необхідність загальнообов'язкового впровадження логопедичного супроводу в роботу з дітьми раннього віку з ЦП як однієї з основних ланок у підготовці дитини до майбутньої інтеграції у сучасний освітній простір в умовах розбудови гуманістичної демократичної держави Україна.

Проведене дослідження не вичерпує усіх аспектів проблеми логопедичного супроводу дитини раннього віку з ЦП. Перспективою подальших досліджень може бути забезпечення змісту логопедичного супроводу дітей різного віку інших нозологій з логопатологією.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. Церебральний параліч та інші органічні ураження головного мозку у дітей, які супроводжуються руховими порушеннями: наказ Міністерства охорони здоров'я 09.04.2013 р. № 286. 2013 р. 121 с. [електронний ресурс] https://zakononline.com.ua/documents/show/74189_74189#n313
2. Азарський І.М. Дитячий церебральний параліч, надбана розумова слабкорозумовість та педагогічна занедбаність. Хмельницький: [б. в.], 2001. 178 с.
3. Аліфанова С.В. Катамнез дітей, що народилися недоношеними з дуже низькою та екстремально низькою масою тіла. *Таврический медико-биологический вестник*. 2013. Т. 16, № 3, ч.3 (63). С. 11-14.
4. Барішок Т. В. Фізична реабілітація дітей з ЦП в умовах сім'ї: методичні рек. Запоріжжя: Вид-во: Класичного приватного університету. 2009. 76 с.
5. Бардашевський Ю.В. Корекція рухової функції учнів з наслідками дитячого церебрального паралічу засобами фізичної реабілітації [автореферат]. Київ: Нац. ун-т фіз. виховання і спорту України, 2011. 22 с.
6. Белова О.Б., Конопляста С.Ю. Актуальні проблеми інтеграції в освіті дітей з особливими освітніми потребами в Україні. *Науковий журнал Хортицької національної академії*. №5. 2021. С. 68–76. <https://doi.org/10.51706/2707-3076-2021-5-11>
7. Белова О.Б., Конопляста С.Ю. Психолого-педагогічний дисонанс щодо інтеграції в освіті дітей з особливими освітніми потребами. *Інноваційна педагогіка. Науковий журнал*. Одеса: Гельветіка. Вип. 43(2). 2022. С.37–42. http://www.innovpedagogy.od.ua/archives/2022/43/part_2/7.pdf
8. Богуш А.М., Гавриш Н.В., Саприкіна О.В. Теорія і методика розвитку мовлення дітей раннього віку. Підручник для студентів вищих навчальних закладів факультетів дошкільної освіти. К.: Видавничий Дім «Слово», 2009. 408 с.
9. Бондар В.І., Золотоверх В.В. Основні підходи до впровадження інклюзивної форми навчання дітей з особливими освітніми потребами. *Інклюзивне та інтегроване навчання: стан, проблеми і перспективи: зб.наук. праць*. Харків: ХНПУ ім. Г. С. Сковороди; «Мітра», 2019. С.28–31. <http://hnpu.edu.ua/sites/default/files/files/>

10. Бондар В.І., Синьов В.М, Освітня інтеграція учнів з інтелектуальними порушеннями. *Міністерство освіти і науки України. Наук.досл. ун-т ім. М.Н. Драгоманова*. Київ: НПУ ім. М.Н. Драгоманова. 2015. С.3-8.
11. Боряк О.В. Діагностика, формування й корекція мовленнєвої діяльності дітей із порушеннями інтелектуального розвитку молодшого шкільного віку: теорія і практика: монографія. Суми: Вид-во СумДПУ ім. А. С. Макаренка, 2018. 458с.
12. Буховець Б. Фізична реабілітація дітей з дитячим церебральним паралічем з використанням Бобат-терапії : дис. ... д-ра філософії в галузі фіз. виховання і спорту: 24.00.03. Київ, 2018 <http://reposit.uni-sport.edu.ua/handle/787878787/1952>
13. Вавіна Л.С. Психолого-педагогічний супровід дітей з порушенням опорно-рухового апарату та розумового розвитку. Київ: АТОПОЛ, 2010. 242 с.
14. Волошин П., Деркач Ю., Шестопалова Л., Дьяченко Л. Нові напрямки в медикопсихологічній реабілітації хворих дитячим церебральним паралічем. *Український вісник психоневрології*. Том 5. Вип. 3(15). 1997. С.182-184.
15. Гавриш Н., Васильєва С., Рагозіна В. Виховуємо і розвиваємо дитину раннього віку: навч. посіб. / ред. Н. Гавриш. Кропивницький: Імекс-ЛДТ, 2021. 158 с.
16. Галущенко В. І. Використання комплексно-інноваційних заходів корекції дизартрічних розладів у дітей старшого дошкільного віку. *Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету ім. Івана Огієнка. Серія: Соціально-педагогічна*. 2013. Вип. 23(2). С. 178-185.
17. Галущенко В. І. Особливості формування просодичного компонента мовлення у дітей зі стертою дизартрією: дис. канд. пед. наук: спец. 13.00.03. Одеса, 2012. 247 с. <http://dspace.pdpu.edu.ua/jspui/handle/123456789/1962>
18. Глазунова С. С. Особливості психолого-педагогічного супроводу дітей дошкільного віку з кохлеарними імплантатами: автореф. дис.канд.пед.наук. Київ, 14. 20 с.
19. Глоба О. П. Програма підготовки дітей дошкільного віку з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання в загальноосвітній школі: методичні вказівки. Луганськ: ЛНПУ ім. Тараса Шевченка, 2007. 112 с.
20. Гноєвська О.Ю. Інтеграція як професійний розвиток. *Актуальні питання корекційної освіти. Педагогічні науки, 4*. Київ, 2014. С. 56-64.

21. Голуб А. В. Корекція усного мовлення у дітей при дизартріях: дис. канд. пед. наук: 13.00.03. Київ. 2019. 272 с.
22. Гончаренко С. Український словник. К.: Либідь, 1997. 376 с.
23. Голуб А. В. Узагальнені результати впровадження інноваційного підходу до корекції усного мовлення дітей старшого дошкільного віку при дизартріях. *Науково-методичний журнал «Логопедія»*. Київ: ДІА, 2018. № 12. С. 19-23.
24. Голуб А. В. Історичний аспект проблеми дизартрії (хронологізація. Перший та другий періоди) *Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського університету Івана Огієнка*. Сер.: Соціально-педагогічна. Вип. 22 (1), 2013. С. 30-40.
25. Голуб А. Корекція усного мовлення у дітей при дизартріях: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.03. Київ, 2019. https://old.npu.edu.ua/images/file/vidil_
26. Гузій О.В. Кількісна оцінка рівня соматичного здоров'я підлітків 14-15 років, хворих на ДЦП. *Молода спортивна наука України*, 2000. №.2, С. 429-433.
27. Гриценюк Л.І., Ілляшенко Т.Д. Корекція психосоціального розвитку дітей з ЦП: методичні рекомендації працівникам реабілітаційних центрів. Київ, 2009. 240с.
28. Гончаренко С. Український словник. К.: Либідь, 1997. 376 с.
29. Данілавичюте Е. А. Методика подолання фонемо-графічних відхилень у молодших школярів з ДЦП. *Теорія і практика сучасної логопедії : збірник наукових праць*. Київ: Актуальна освіта. 2004. Вип. 1. С. 99-134.
30. Дегтяренко Т.М. Корекційно-реабілітаційна діяльність: стратегія управління : монографія. Суми: Університетська книга, 2011. 403 с
31. Державна служба статистики України. Методологічні положення Державного статистичного спостереження «Чисельність та природний рух населення»: наказ Державної служби статистики 31.05.2022 року № 126 (зі змінами, затвердженими наказом Державної служби статистики 28.12.2022 р. № 420), 2022. 49с. [Електроний ресурс] https://ukrstat.gov.ua/norm_doc/2022/126/126
32. Державний класифікатор соціальних стандартів і нормативів. Затверджений наказом Міністерства та соціальної політики України від 17 червня 2002 року №293. [Електроний ресурс] https://zakononline.com.ua/documents/show/75086___75086

33. Детская психоневрология: підручник / ред. Л. Булахова. Київ: Здоров'я, 2001. 496 с.
34. Дегтяренко Т. М. Корекційно-реабілітаційна робота в спеціальних закладах для дітей з особливими потребами: навч. пос. Суми: Університетська книга. 2008. 302 с.
35. Дегтяренко Т. В., Ковиліна В. Г. Психофізіологія раннього онтогенезу. К.: УАІД «Рада», 2011. 328 с.
36. Дитина з порушеннями опорно-рухового апарату в загально-освітньому просторі. Методичні рекомендації фахівцям з організації та впровадження інклюзивної форми навчання дітей з порушеннями функцій опорно-рухового апарату: навчально-методичний посібник. / за ред. А.Г. Шевцова. Київ, Видавничий дім «Слово», 2014. 200 с.
37. Дмитрієва І. В. Командна взаємодія фахівців у процесі індивідуального супроводу дитини в умовах інклюзивного навчання. *Актуальні питання корекційної освіти*. 2016. Вип. 7. URL: <http://aqce.com.ua/vypusk-7-t-1-t-2/dmitrijeva-iv-komandna-vzajemodija-fahivciv-u-procesi-individualnogo-suprovodu-ditini-v-umovah-inkluzivnogo-navchannja.html> (дата звернення 27.11.2017).
38. Єфименко М. М. Сучасні підходи до корекційно спрямованого фізичного виховання дошкільників з порушеннями опорно-рухового апарату. Вінниця: Нілан-ЛТД. 2001. 338 с.
39. Єфименко М. М. Детские церебральный параличи. Одесса: [б.и], 2000. 240 с.
40. Заплатинська А. Б. Технологія сенсорної інтеграції у корекційному вихованні дошкільників із дитячим церебральним паралічем: автореф. дис. канд. пед. наук: 13.00.03. Нац. пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова. Київ. 2016. 18 с.
41. Зінченко С.М., Мартинюк, В.Ю., Кос Л.Т., Майструк О.А. Розвиток мовлення та його порушення у дітей від народження до 3-х років (клініко-синдромологічний та корекційний аспекти). Методичний посібник. Київ. 2002. 54 с.
42. Зінченко С.М., Мартинюк, В.Ю., Майструк О.А. психічні відхилення у дітей з органічними ураженнями центральної нервової системи. Навчальний посібник. Київ: Інтермед, 1999. 24 с.

43. Ілляшенко Т.Д. Корекція психосоціального розвитку дітей з ЦПУ реабілітаційному центрі: навчально-методичний посібник. Київ, 2003. 156 с.

44. Інклюзивна освіта: теорія та практика: навчально-методичний посібник / ред. С.П.Миронової. Кам'янець-Подільський національний університет ім. Івана Огієнка. 2012. 192 с.

45. Калмикова Ю.С. Методи дослідження у фізичній реабілітації: дослідження фізичного розвитку, ХДАФК, Харків, 2014.

46. Класифікація уражень нервової ситеми у дітей та підлітків. Методичний посібник. /за ред.В.Ю.Мартинюка. К.: Фенікс,2001. 192с.

47. Кисличенко В. А. Логопедичний супровід сім'ї, в якій виховується дитина з порушеннями мовлення: дис. канд. пед. наук: 13.00.03. Київ. 2010. 208 с.

48. Кисличенко В. А., Конопляста С. Ю. Логопедичний супровід сім'ї, у якій виховується дитина з порушеннями мовлення: монографія. М.: «Іліон» 2016. 218 с.

49. Козьявкін В. И. Детские церебральные параличи: медико-психологические проблемы. Львов: Медицина. 1999. 246 с.

50. Козьявкін В.И., Сак Н.Н., Качмар О.А. Основы реабилитации двигательных нарушений по методу Козьявкина. Львів: НВФ Українські технології,2007.192 с.

51. Козьявкін В. И., Шестопалова Л. Ф., Подкорытов В. С. Детские церебральные параличи. Медико-психологические проблемы. Львів: НВФ «Укр. технології», 2014. 142 с. <https://kozyavkin.com/fileadmin/files/publications>

52. Козьявкіна Н. Роль ранньої діагностики порушень розвитку мовлення у дітей із ДЦП. *Дефектологія*. 2004. №2. С. 27-32.

53. Козьявкін В.І. Ретроспективний аналіз результатів лікування за системою інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації. *Міжнародний неврологічний журнал*. 2018. № 3(97). С. 19-27.

54. Козьявкін В.І. Система класифікації великих функцій у дітей з церебральним пралічем. [Електронний ресурс]. <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://kozyavkin.com/f>

55. Коломоєць Т. Г. Взаємодія фахівців і батьків дітей з особливими освітніми потребами в умовах інклюзивної освіти. *Актуальні питання корекційної освіти*. 2019. Вип.14. с.24-35.

56. Колупаєва А.А. Діти з особливими освітніми потребами та організація їх навчання: наук.-метод. посіб. 2-е видавництво, доповн. і перероблене. Київ: АТОПОЛ, 2011. 274с.

57. Колупаєва А.А., Таранченко О.М. Інклюзивна освіта: від основ до практики. Київ: ТОВ «АТОПОЛ» 2016. <https://lib.iitta.gov.ua/719179/1>

58. Конопляста С.Ю. Психолого-педагогічні основи комплексної корекції мовленнєвого розвитку дітей з ринолалією: автореф. дис. д-ра. пед. наук : 13.00.03. Київ, 2010. 45 с.

59. Конопляста С.Ю. Ринолалія від А до Я: Монографія. Видання друге. Доповнене і перероблене. К.: Книга-плюс. 2021. ДК № 1280 від 18.03.2003. 336 с.

60. Конопляста С. Ю. Розвиток дітей із вродженими незрощеннями губи та піднебіння: теорія та практика: монографія. Національний педагогічний ун-т ім. М.П.Драгоманова. Інститут корекційної педагогіки і психології. К.: [б.в.], 2008. 212с.

61. Конопляста С. Ю., Кисличенко В. А. Логопедичний супровід сім'ї, в якій виховується дитина з порушеннями мовлення. *Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2011. Вип. 17. С. 105 - 107. http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_019_2011_17_30

62. Конопляста С.Ю., Сак, Т.В. Логопсихологія. Київ: Знання. 2010. 293 с.

63. Конопляста С.Ю. Синиця А.О. Дизартрія у систематиці мовленнєвих порушень (сучасний погляд). *Наук. часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова. Серія 5. Педагогічні науки: реалії та перспективи: Зб. Наукових праць*. К.: НПУ ім. М. П. Драгоманова. 2019. С.111-116.

64. Конопляста С.Ю. Синиця А.О. Сучасний стан логопедичного супроводу дітей раннього віку з ЦП та їх батьків як запоруки успішної соціалізації. *Науковий часопис НПУ ім. М.П.Драгоманова. Випуск 37. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія: Зб. наукових праць*. К.: НПУ ім. М.П.Драгоманова, 2019. С. 63-72.

65. Конопляста С.Ю., Синиця А.О. Дизайн логопедичного супроводу дитини раннього віку з церебральним паралічем. Науковий журнал Хортицької національної академії. (Серія: Педагогіка. Соціальна робота): наук. журн./ [редкол.: ВВ Нечипоренко (голов. ред.) та ін.]. Запоріжжя: Вид-во комунального закладу вищої освіти «Хортицька національна навчально-реабілітаційна академія» Запорізької обласної ради, 2023. Вип. 9. – с. 132-143. <https://doi.org/10.51706/2707-3076-2023-9>

66. Конопляста С.Ю., Синиця А.О. Conceptual approaches to the organization of speech therapy support for early age children with cerebral palsy in modern educational conditions in ukraine. *Modern approaches to ensuring sustainable development: monograph*/ed. by V. Smachylo, O. Nestorenko. Katowice, 2023. p.387-399. <http://www.wydawnictwo.wst.pl/uploads/files/33ba92a74a7c70f8ce3859b114f45150.pdf>

67. Компанієць Н.М. Діагностичний маршрут дошкільника 2.0: моделювання індивідуальної програми розвитку. Київ: Актуальна освіта, 2022. 56с.: іл., електроний Додаток

68. Корекційна психопедагогіка. Олігофренопедагогіка: підручник / ред.: В.Бондар, М. К. Шеремет, В. О. Липа. Київ: Вид-во НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2007. Ч. 1. 241 с.

69. Короткий тлумачний словник української мови: близько 7000 слів. / за ред.Д.Г. Гринчишина. К.: Просвіта, 2010. 599 с.

70. Критерії діагностики та принципи лікування розладів психіки і поведінки у дітей та підлітків. Клінічний посібник / за ред. П.В.Волошина, В.М.Пономаренка, В.С.Підкоритова, О.К.Напрасенко, В.М.Кузнєцова, В.І.Реміняка. Харків Фоліо, 2001. 271с.

71. Кукуруза А.В. Раннее вмешательство – семейно-центрированная модель помощи семьям, воспитывающим детей раннего возраста с нарушениями развития. *Журнал Харківського національного університету ім. ВН Каразіна. Серія: Психологія. Випуск 44, 2010. С. 99-102.* http://visnyk-ps.univer.kharkov.ua/vystnik_psy_ukr

72. Кукуруза Г.В. Психологічна модель раннього втручання: допомога сім'ям, що виховують дітей раннього віку з порушеннями розвитку: монографія. Харків: ООО «Планета-принт», 2013. 244 с.

73. Ласточкіна О., Лянна О. Сучасні напрями роботи з сім'єю, що виховує дитину з порушеннями мовлення. *Науковий вісник МНУ ім.В. О. Сухомлинського. Педагогічні науки. № 3 (66), вересень, 2019.* DOI випуску 10.33310/2518-7813-2019-66-3

74. Линдіна Є.Ю. Внесок науково-педагогічної спадщини Є.Ф.Соботович у розвиток вітчизняної логопедії: монографія. К. ФОП Масляков, 2018. 290 с.

75. Лисак В.П. Досвід комплексного спостереження за дітьми, які народились передчасно та/або хворими, у Полтавській області. *Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина.* 2013. Т.3, № 3(9). С. 14-18.

76. Лунь Г. Дихальні порушення у хворих на церебральні паралічі та їхня динаміка в процесі реабілітації за методом проф. В.Козьявкіна, Львів. Видавництво «Дизайн-студія «Папуга». 2007. 128с.

77. Макаренко І. В. Комплексна програма соціально-педагогічної підтримки батьків і дітей «Щаслива родина». *Імідж сучасного педагога: наук. практи. освітньо-популярний часопис.* Полтава: ТОВ «АСМІ», 2007. № 4. С. 34-38.

78. Максимова Н.Ю., Мілютіна К.Л., Піскунова В.М. Основи дитячої патопсихології. К.: Перун, 1996. 464 с.

79. Малофеев Н.Н., Шматко Н.Д. Базовые модели интегрированного обучения. *Дефектология.* 2008. № 1. С. 71–78.

80. Манько Н. В. Діагностика та корекція мовленнєвого розвитку дітей раннього віку: науково-метод. посібник. К.: КНТ, 2008. 256с.

81. Манько Н. В. Абілітаційна та корекційно-розвивальна робота з дітьми раннього віку із органічним пошкодженням ЦНС. *Збірник наукових праць. Херсонського державного університету. Педагогічні науки.* 2014. Вип. 65. С. 407 - 413.

82. Марушкевич А.А. Родинна педагогіка: навчально-метод. посібник. К.: ПАРАПАН, 2002. 216 с

83. Мартиненко І.В. Особливості комунікативної діяльності дітей старшого дошкільного віку з системними порушеннями мовлення: монографія. К.: ДІА, 2016. 308с.

84. Мартиненко І. В. Логопсихологія: курс лекцій. Київ : ДІА, 2014. 100 с.

85. Мартинюк В.Ю. Дитячий церебральний параліч. Соціальна педіатрія та реабілітологія. 2012. № 1. Р. 18-23.

86. Мартинюк В.Ю. Стан та перспективні напрямки подальшого удосконалення неврологічної допомоги дітям в Україні. *Матеріали конференції педіатрів України «Педіатрія на рубежі ХХ і ХХІ столетий»*. Днепропетровск. 1996. С. 107-110.

87. Мартинюк В. Ю., Зінченко С. М. Мінімальна мозкова дисфункція: навчальний посібник. Київ: Інтермед, 2011. 167 с.

88. Мартинюк В. Ю., Назар О. В. Міжнародні шкали оцінки ефективності реабілітації дітей з ЦП. *Соціальна педіатрія та реабілітологія*, 2012, № 2 (3), с. 34 - 42.

89. Марченко О. К. Фізична реабілітація хворих із травмами й захворюваннями нервової системи, «Олімпійська література», Київ, 2006. С. 342.

90. Марченко І. С. Педагогічні заходи з формування комунікативної поведінки дітей із дизартрією при ДЦП: навчально-методичний посібник. К.: Видавничий Дім «Слово», 2013. 96 с.

91. Марченко І.С. Педагогічні технології комунікативного розвитку дітей із тяжкими порушеннями мовлення (логопедична робота): навчальний посібник для студентів вищих педагогічних навчальних закладів. Спеціальність: Корекційна освіта (логопедія і спеціальна психологія) I-е видання. К.: ДІА, 2016. 148 с.

92. Миронова С. Педагогічна допомога дитині раннього віку з особливостіми психофізичного розвитку. *Вихователь-методист дошкільного закладу: Щомісячний спеціалізований журнал*. 2011. № 5. С. 65-72.

93. Миронова С. П. Робота фахівців з сім'ями, які виховують дітей з особливими освітніми потребами. *Актуальні питання корекційної освіти*. 2017, № 9. С. 125 - 134.

94. Миронова С. П. Командний підхід до психолого-педагогічного супроводу дітей з вадами психофізичного розвитку в умовах інклюзивної освіти. *Вісник Луганського національного університету ім. Тараса Шевченка. Педагогічні науки*. 2011. Вип. 14(3). С. 108–112.

95. Михайленко В.Є., Михайленко В.Л., Осіпенко А.С., Михайленко В.Е., Осіпенко А.С. Фізична реабілітація дітей з руховими порушеннями на досвіді одеського обласного благодійного фонду реабілітації дітей-інвалідів «Майбутнє».

Актуальные проблемы транспортной медицины № 4 (58), 2019 г. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.3611199>

96. Міністерство охорони здоров'я України. *МОЗ України*. [Електронний ресурс]. URL: <https://moz.gov.ua/article/reform-plan/nszu-plani-ta-mozhливosti-novogo-vidomstva>

97. Мога М.Д. Методичні особливості адаптивного фізичного виховання дітей із спастичними формами ДЦП. *Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету ім. Івана Огієнка. Серія: Соціально-педагогічна*. 2012; 20(2). С. 365-373.

98. Макаренко І. Комплексна програма соціально-педагогічної підтримки батьків і дітей «Щаслива родина». *Імідж сучасного педагога : наук.-практ. освітньо-популярний часопис*. Полтава : ТОВ «АСМІ», 2007. №4. С. 34-38.

99. Мудрик А. В. Соціальна педагогіка. М.: видавничий центр «Академія», 2000. 200 с.

100. Національна служба здоров'я України [електронний ресурс]: <https://data.gov.ua/organization/3c51b9ac-cc05-4974-9bff-6dbf1eb8046?tags=%25D>

101. Новий тлумачний словник української мови: 42000 слів: для студентів вищ. та серед. навч. закл.: у 4 т. Київ : АКОНІТ, 1999. Т. 4 : Роб.-Я. 944 с.

102. Основи медико-соціальної реабілітації дітей з органічними ураженнями нервової ситеми. / за ред. В.Ю.Мартинюка, С.М.Зінченко. Керівництво. Київ: Інтермед,2005. 416 с.

103. Пахомова Н. Г. Особливості формування фонетичної компетенції у дітей старшого дошкільного віку з дизартрією. *Дефектологія*, 2005. № 2. С. 37-40.

104. Пахомова Н. Г. Формування мовленнєвої готовності дітей старшого дошкільного віку з дизартрією до навчання в школі: дис... канд. пед. наук: 13.00.03. Ін-т спец. педагогіки АПН України. Київ, 2006. 258 с.

105. Пахомова Н. Г. Нейропсихолінгвістика: навчальний посібник для студентів спеціальності 7.01010501, 8.01010501 – «Корекційна освіта». Полтава: ТОВ «АСМІ», 2013. 280 с.

106. Порошенко М. А. Інклюзивна освіта: навчальний посібник. Київ: ТОВ «Агентство «Україна», 2019. 300 с.

107. Постанова Кабінету Міністрів України від 21 липня 2021 р. № 765. [електронний ресурс] <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/545-2017-%D0%BF/ed20210728#Text>.

108. Програма розвитку дітей дошкільного віку з порушенням опорно-рухового апарату. За заг. ред. Шевцова А. Г. (лист МОН молодь спорту від 05.12.2012 №1\11-18795) <http://leleka.rv.ua/normatyvno-pravova-baza-z-inklyuzyvnoyi-osvity.html>

109. Райкус Дж. Хьюз Р. Социально-психологическая помощь семьям и детям групп риска. Практическое пособие в 4-х т. Київ.: Феникс, 2011. 408 с.

110. Рахманов Р.В. Психічний стан батьків, які виховують дітей з дитячим церебральним паралічем (клініко-психіатричне дослідження). *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2015. Т. 2, №2 (4). С. 42–48.

111. Рахманов Р.В. Результати клініко-психіатричного та психологічного дослідження сімей, діти яких хворіють на ДЦПта аутизм, після проведення останнім психосоціальної реабілітації. *Український вісник психоневрології*. 2016. Т. 24. № 1 (86). С. 75–78.

112. Ріга О.О. Відкриті питання катамнестичного спостереження за новонародженими груп ризику. *Частина I. Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина*. 2013. Т.3, №2(8). С. 118-124.

113. Ріга О.О. Передумови для створення системи катамнестичного спостереження за новонародженими групи ризику. *Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина*. 2013. Т.4, № 3 (13). С. 61-66.

114. Родина педагогіка: навчально-метод. посібник / за ред. А.Марушкевич. К.: ПАРАПАН, 2002. 216 с.

115. Роменська Т. Г. Міждисциплінарний підхід до проблеми формування соціально-побутових навичок у дошкільників із дитячим церебральним паралічем. *Гуманістична парадигма в спеціальній освіті: наука і практика. Зб. XVII тез за матеріалами Всеукраїнської науково-практичної on-line конференції (м. Київ, 9-10 червня 2015 р.)*. Київ, 2015. С. 43-46.

116. Романенко О. В. Особливості формування Я-образу школярів з ЦП: автореф. дис. канд. психол. наук: спец. 19.00.08. Ін-т спец. педагогіки АПН України. Київ, 2003. 21 с.

117. Сак Т.В. Організація співпраці в інклюзивному класі. *Дефектологія. Особлива дитина: Навчання і виховання*. 2013. №4 (68). С.19-23.

118. Сілявіна Ю.С. Здатність учнів з особливими освітніми потребами до успішної навчальної діяльності як критеріальний показник ефективності системи педагогічної реабілітації в інклюзивному освітньому середовищі школи. *Науковий журнал Хортицької національної академії*. Вип. 1(1), 2019. С. 148–158. <https://doi.org/10.51706/2707-3076-2019-1-16>

119. Синиця А.О. Проблема логопедичного супроводу дитини раннього віку з дитячим церебральним паралічем у сучасній теорії та практиці. *Науковий часопис НПУ ім. М.П.Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія: Зб. наукових праць*. К.: НПУ ім. М.П.Драгоманова, 2016. С. 80-86.

120. Синиця А.О. Актуальність логопедичного супроводу дітей раннього віку з ЦП у сучасному соціумі. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки): збірник наукових праць: вип. 14 / за ред.О.В.Гаврилова, В.М.Синьова*. Кам'янець-Подільський: ПП Медобори-2006, 2019. С. 290-302.

121. Синиця А.О. Мультидисциплінарний підхід у вивченні дітей з ЦП раннього віку. *Наукові записки Бердянського державного педагогічного університету. Серія: Педагогічні науки*. Бердянськ, 2022. С. 395-408.

122. Синиця А.О. Методологія організації логопедичного супроводу дітей раннього віку з ЦП. *Спеціальна освіта: наукові пошуки майбутніх фахівців*. Випуск 6. 2023. С. 322-329.

123. Синиця А. Програмово-методичний комплекс логопедичного супроводу дітей раннього віку з ЦП. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки): збірник наукових праць: вип. 14 / за ред.О.В.Гаврилова, В.М.Синьова*. Кам'янець-Подільський: ПП Медобори-2006, 2023. С. 115-128.

124. Синиця А. Some aspects of speech therapy support for children with early cerebral palsy. *Development of scientific thought: Economics, Management and marketing,*

Education, Psychology, Philology, Jurisprudence, Geography. Monographic series «European science». Book 13. Part 3. 2022. P. 53-84. DOI: 10.30890/2709-2313.2022-13-03-007

125. Синиця А. Специфіка вивчення дітей раннього віку з ЦП. *Інновації та перспективи розвитку науки та техніки у XXI столітті: виклики майбутнього: матеріали міжнародної наукової конференції (25 грудня 2022): збірник тез*. Польща, 2022. С. 52-58.

126. Синиця А.О. Клініко-психо-логопедичне дослідження мовленнєвого розвитку дітей раннього віку з ЦП. Інтеграція науки і практики в умовах модернізації спеціальної освіти України: збірка матеріалів Всеукраїнської науково-практичної конференції 23-24 березня 2023 року / за заг.ред. С.Д.Яковлевої, Н.В.Кабельнікової. Івано-Франківськ, 2023. С. 212-217.

127. Синиця А.О. Комуникативно-мовленнєвий онтогенез дітей раннього віку з ЦП. Засоби і прийоми, які сприяють розвитку й комунікації педагогів та дітей з особливими освітніми потребами : матеріали всеукраїнського науково-педагогічного підвищення кваліфікації, 30 січня – 12 березня 2023. Одеса: Видавничий дім «Гельветика», 2023. С. 86-89.
https://fileview.fwdcdn.com/?url=https://mail.ukr.net/api/public/file_view/list%3Fto

128. Синиця А.О. Етіологія дитячого церебрального паралічу у теорії та практиці наукових досліджень. Становлення особистості в умовах сучасного розвитку суспільства: соціально-педагогічний, психологічний, корекційний і медичний аспекти: збірка матеріалів Всеукраїнської науково-практичної конференції 26 травня 2023 року. Полтава. С. 108-112.

129. Система класифікації функції руки (MACS) [електроний ресурс]: <https://kozyavkin.com/uk/news/content/sistema-klasifikaciji-funkciji-ruki-macs/>

130. Система класифікації здатності до їжі та пиття для осіб з ЦП (EDACS) [електроний ресурс]: <https://www.sussexcommunity.nhs.uk/get-involved/research/chailey-research/eating-drinking-classification.htm>.

131. Смолянинов А.Г., Шаргородский В.С., Кинезитерапия детского церебрального паралича. Киев, 1996. 59 с.

132. Соботович Є.Ф. Психолінгвістична періодизація мовленнєвого розвитку дітей дошкільного віку. Теорія та практика сучасної логопедії. Збі.наук. праць. Вип. 1. Київ: Актуальна освіта, 2004. 168 с. [Електронний ресурс]. Режим доступу:<http://5fan.info/polotrbevyfspotaty.html>
133. Соботович Є.Ф. Вибрані праці з логопедії. Київ: Видав. дім Дмитра Бураго, 2015. 308 с.
134. Соботович Є.Ф. Психолінгвістична структура мовленнєвої діяльності і механізми її формування. Науково-метод. посібник. Київ: ІЗМН. 1997. 44 с.
135. Сухомлинський В. О. Серце віддаю дітям. К.: Рад. шк., 1977. 341 с.
136. Тарасун В. В. Морфофункціональна готовність дітей з особливостями у розвитку до шкільного навчання (нейропсихологічний супровід): монографія. Київ : Вид. Нац. пед. ун. ім. М. П. Драгоманова, 2008. 299 с.
137. Тарасун В.В. Технології ранньої комплексної допомоги дітям переддошкільного віку з особливостями розвитку. *Науковий часопис. Випуск 38. Корекційна педагогіка*. 2019. С. 150-156. DOI 10.31392/NPU-nc.series19.2019.38.22
138. Тарасун В.В. Психолого-педагогічні основи превентивного навчання дітей з порушеннями мовленнєвого розвитку: дис. д-ра пед. наук: 13.00.03. Ін-т дефектології АПН України. Київ, 1999. 410 с.
139. Тищенко В.В. Логопедична тераностика: концепт нового напрямку діагностики та корекції мовленнєвих порушень. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки)*. 2016. № 7. URL: <http://aqce.com.ua/vypusk-7-t-1-t-2/ticshenko-vv-logopedichna-teranostikakoncept-novogo-naprjamy-diagnostiki-ta-korekcii-movlennjevih-porushen.html>
140. Тищенко В.В. Обґрунтування типології первинного системного недорозвитку мовлення. *Науковий журнал Хортицької національної академії. №1(4)*. 2021. С. 156-165. <https://doi.org/10.51706/2707-3076-2021-4-14>
141. Тищенко В. В. До проблеми психолінгвістичного аналізу мовленнєвої діяльності дітей з ЦП. *Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2014. Вип.27. С. 203-207. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_019_2014_27_44

142. Тищенко В.В. Перспективи вивчення особливостей пізнавальної та мовленнєвої діяльності дітей з ДЦП. *Сучасні проблеми логопедії та реабілітації*. Суми, 2012. С. 53-56.

143. Тищенко В., Рібцун Ю. Як навчити дитину правильно розмовляти: Від народження до 5 років: Поради батькам. Київ: Літера ЛТД, 2006. 128 с.

144. Тлумачний словник-мінімум української мови: близько 7,5 тис. слів / уклад. Л. О. Ващенко, О. М. Єфімов. 2.вид., виправ. і доп. К.: Довіра, 2000. 536 с.

145. Ханзерук Л. О. Формування досвіду спілкування у дошкільників з ЦП: автореф. дис. канд. пед. наук: спец. 13.00.03. Інститут дефектології АПН України. Київ, 2001. 20 с.

146. Ханзерук Л. О. Сучасні підходи до психолого-педагогічної корекції розвитку дітей з ДЦП. Збірник наук.праць Кам'янець-Подільського державного університету: Вип.VII.2007. С. 326-329.

147. Чеботарьова О. В. Організаційно-педагогічні умови індивідуального навчання дітей з порушеннями опорно-рухового апарату: автореф. дис. канд. пед. наук: 13.00.03 / О. Чеботарьова; Ін-т спец. педагогіки АПН України. Київ. 2006. 20 с.

148. Чеботарьова О. В., Коваль Л. В., Данілавичюте Е. А. Дитина із ЦП. Харків: Вид-во «Ранок», ВГ «Кенгуру», 2018. 40 с.

149. Чеботарьова О.В., Гладченко І.В. Багатоаспектність корекційно-розвивальної роботи в освітніх закладах для дітей із порушеннями опорно-рухового апарату. *Особлива дитина: навчання і виховання*. 2017. № 1 (81). С. 21–30.

150. Чеботарьова В.Д., Майданник В.Г. Пропедевтична педіатрія. Київ, 1999. 578с.

151. Черніченко Л. А. Підготовка майбутніх логопедів до інноваційної діяльності в умовах інклюзивної дошкільної освіти: дис. ... д-ра філософії : 011. Умань, 2020. 330 с.

152. Чупахіна С. Використання інформаційних технологій в навчанні дітей з особливими освітніми потребами: досвід США. 2019. [Електронний ресурс]. URL: <http://journals.pu.if.ua/index.php/esu/article/view/3862/3956>

153. Швалюк Т. М. Проблема формування складних синтаксичних конструкцій у дітей дошкільного віку із тяжкими порушеннями мовлення в спеціальній літературі. *Науковий часопис Національного педагогічного університету ім. М. П. Драгоманова. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія : зб. наук. праць*. Київ : Вид-во НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2010. Вип. 16. С. 229-233.

154. Шевцов А.Г. Освітні основи реабілітології: монографія. Київ.: МП «Леся», 2009. 483 с.

155. Шевцов А.Г. Сім'я дитини в умовах інклюзивної освіти. Методичні поради батькам: навчально-методичний посібник. Київ: Слово, 2013. 112 с.

156. Шевцов А.Г. Методичні основи організації соціальної реабілітації дітей з інвалідністю. К.: UNICEF, 2004. 240 с.

157. Шевцов А. Г., Хворова Г. М. Сучасні міждисциплінарні підходи до етапної комплексної реабілітації дітей із ЦП. *Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2013. Вип. 23. С. 281-285.

158. Шевцов А., Чухрій, І. Психологічний механізм соціальної адаптації молоді з обмеженнями життєдіяльності. *Особлива дитина: навчання і виховання. № 4 (92)*. 2019. С. 15-29 <https://doi.org/10.33189/ectu.v4i93.3>

159. Шеремет М. К., Тарасун В. В., Конопляста С. Ю., Марченко І. С. та ін. Логопедія: підручник. Вид. 5-те / за ред. М. К. Шеремет. Київ: Видавничий дім «Слово», 2018. 856 с.

160. Шеремет М.К. Нейрофізіологічні особливості розвитку мовлення дітей раннього віку. *Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова. Серія 19, Корекційна педагогіка та спеціальна психологія: зб. наук. праць. № 11*, 2008. С. 8-12.

161. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». Київ. 2017. 516 с.

162. Шульженко Д.І. Освітньо-психологічна інтеграція (інклюзія) дітей із аутизмом: монографія. Київ: НПУ ім. М. П. Драгоманова, вид-во Хортицької національної академії, 2017. 444 с.

163. Яковенко А.О. Шкільна інтеграція як необхідність організації сучасного освітнього процесу. *Науковий часопис. Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2014. № 26. С. 278–282.

164. Яценко К. В. Дитячий церебральний параліч: етіопатогенез, клініко-нейрофізіологічні аспекти та можливості неврологічної реабілітації. *Український неврологічний журнал*. 2015. №2. С. 19-24.

165. Ainscow M. Towards Inclusive Schooling. *British Journal of Special Education*, 199724 (1), P. 3-6.

166. Amiri E., Khiavi F.F., Malehi A.S. Social support and quality of life among mothers of children with cerebral palsy: A case-control study. *International Journal of Review in Life Sciences*. 2015. Vol. 5. № 10. P. 1696–1704. DOI: 10.1590/1982-0194201500029

167. Arkhipova E.F. Correctional and speech therapy work to overcome erased dysarthria in children. M.: Astrel. 2008. 254 p.

168. Bax M. Proposed Definition and Classification of Cerebral Palsy. *Journal of Developmental Medicine and Child Neurology*. 2005. V. 47, № 5. P. 571-576.

169. Bax M, Goldstein M, Rosenbaum P, et al. Proposed definition and classification of cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol*. 2005, 47(8).

170. Baylis M. 24-Hour postural care and use of sleep systems in cerebral palsy. *Paediatrics and Child Health*. 2020. Vol. 30. № 8. P. 296–302. DOI: 10.1016/j.paed.2020.05.00

171. Badalyan L. O. Cerebral palsy. K.: Health, 1988. 327 p.

172. Belyakova L.I., Voloskova, N.N. Speech therapy. Dysarthria. M.: Humanitarian, ed. VLADOS Center. 2009.287 p.

173. Becker K., Sovak M. Speech therapy / Trans. with German M.: 1981. 23 2p.

174. Brain Plasticity. Development and Aging. Edited by Filogamo Guido et al. Plenum Press: New York, 1997. 332 p.

175. Bartlett D.J., Galuppi B., Palisano R.J. Consensus classifications of gross motor, manual ability, and communication function classification systems between therapists and

parents of children with cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*. 2016. Vol. 58. № 1. P. 98–99. DOI: 10.1111/dmcn.12933

176. Bobath K., Bobath B. The diagnosis of cerebral palsy in infancy. *II Dis. Child*, 1956. P. 408 – 410.

177. Bennett J., & Kaga Y. The Integration of Early Childhood Systems within Education. *International Journal of Child Care and Education Policy*. 2010. Vol. 4, P.35–43.

178. Berdine W. H., Blackhurst A. E. *An Introduction to Special Education*. 2nd ed. Harper Collins Publishers, 1985. 687.

179. Bertule D., Vetra A. The family needs of parents of preschool children with cerebral palsy: the impact of child's gross motor and communications functions. *Medicina (Kaunas)*. 2014. Vol. 50. № 6. P. 323–328. DOI: 10.1016/j.medici.2014.11.005

180. Filogamo G., Vernadakis A., Gremo F., et al. (ed) Brain Plasticity. *Development and Aging*. New York, London:Plenum Press. 1995. 329 p.

181. Da Costa Cunha K., Pontes F.A.R., da Costa Silva S.S. Parenting stress and motor function of children with cerebral palsy. *Psychology*. 2017. Vol. 8. P. 44–58. DOI: 10.4236/psych.2017.81004

182. Florian L. An examination of the practical problems associated with the implementation of inclusive education policies. *Support for Learning*, 1998,13 (3). P.105 – 108.

183. Freeborn D., Knafl K. Growing up with cerebral palsy: Perceptions of the influence of family. *Child: Care Health Development*. 2014. Vol. 40. № 5. P. 671–679. DOI: 10.1111/cch.12113.

184. Farajzadeh A., Dehghanizadeh M., Maroufizadeh S. et al. Predictors of mental health among parents of children with cerebral palsy during the COVID-19 pandemic in Iran: A web-based cross-sectional study. *Research in Developmental Disabilities*. 2021. Vol. 112. Article 103890. DOI: 10.1016/j.ridd.2021.103890

185. Floeter M.K., Greenough W.T. Cerebellar plasticity: modification of Purkinje cell structure by differential rearing in monkeys. *Science*. 1979. 206. P. 227-229.

186. Glenn S., Cunningham C., Poole H. et al. Maternal parenting stress and its correlates in families with a young child with cerebral palsy. *Child: Care, Health and Development*. 2008. Vol. 35. № 1. P. 71–78. DOI: 10.1111/j.1365-2214.2008.00891.
187. Gluzman Zh.M. Neuropsychological diagnostics in preschool. St. Petersburg: Peter, 2006. 80 p. ill.
188. Gorter J. W., Rosenbaum P., Hanna S. E., et al. Limb distribution, motor impairment, and functional classification of cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*. 2004. V. 46. P. 461–467.
189. Illingworth R.S. The pediatrician asks why it is called a birth injury? *Br J Obstet Gynaecol* 1985; 92: 122 – 130
190. Knight B. A. Towards inclusion of students with special educational needs in the regular classroom. *Support For Learning*, 1999, 14(1), 3–7.
191. Ketelaar M., Volman M.J.M., Gorter J.W. et al. Stress in parents of children with cerebral palsy: what sources of stress are we talking about? *Child: Care, Health and Development*. 2008. Vol. 34. № 6. P. 825–829. DOI: 10.1111/j.1365-2214.2008.00876.
192. Kolb B., Whishaw I.Q. Brain Plasticity and Behavior. *Annual Reviews of Psychology*. 1998. № 49. P. 43-64.
193. Kornev A.N, Balčiūnienė I. Lexical and Grammatical Errors in Developmentally Language Disordered and Typically Developed Children: The Impact of Age and Discourse Genre. *Children (Basel)*. 2021 Dec 2;8(12):1114. doi: 10.3390/children8121114. PMID: 34943310; PMCID: PMC8700286.
194. Kornev A.N., Balčiūnienė I. Fictional narrative as a window to discourse development: A psycholinguistic approach. In: Badio J., editor. *Events and Narratives in Language*. Peter Lang Publishing; Frankfurt am Main, Germany: 2017. pp. 171–188.
195. Kornev A.N., Balčiūnienė I. Word structure in typically-developing and primarily language-impaired children: A usage based corpus analysis of Russian preschoolers. In: Babatsouli E., editor. *On Under-Reported Monolingual Child Phonology*. Multilingual Matters; Bristol, UK: 2020. pp. 201–228.
196. Kussmaul A. *Speech disorders. Experience in speech pathology*. Kyiv: Book and K, 1879. 276 p.

197. Little W. J. On the influence of abnormal parturition, difficult labours, premature birth, and asphyxia neonatorum on the mental and physical condition of the child, especially in relation to deformities. *Transactions of the Obstetrical Society of London*, 1862. 293 p.
198. Lisina M.I. Problems of ontogenesis of communication. M.: Pedagogika, 1986. 144 p.
199. Lee M.H., Matthews A.K., Park C.G. et al. Relationships among parenting stress, health-promoting behaviors, and health-related quality of life in Korean mothers of children with cerebral palsy. *Research in Nursing and Health*. 2020. Vol. 43. № 6. P. 590–601. DOI: 10.1002/nur.22074
200. Leontyev A.A. Psychology of communication: Proc. allowance. M.: Smysl, 1999. 365 p.
201. Luria A. R. Language and Cognition. N. Y., 1982.
202. Madi S.M., Mandy A., Aranda K. The perception of disability among mothers living with a child with cerebral palsy in Saudi Arabia. *Global Qualitative Nursing Research*. 2019. Vol. 6. P. 1–11. DOI: 10.1177/2333393619844096
203. Miller G. Atactic cerebral palsy and genetic predisposition. *Arch Dis Child* 1988; 63: 1260-1261
204. McGuire D.O., Tian L.H., Yeargin-Allsopp M. et al. Prevalence of cerebral palsy, intellectual disability, hearing loss, and blindness, *National Health Interview survey*, 2009–2016. *Disability and Health Journal*. 2019. Vol. 12. № 3. P. 443–451. DOI: 10.1016/j.dhjo.2019.01.005
205. Nelson K. B., Ellenberg I. H. Antecedents of cerebral palsy. *New England Journal of Medicine (NEJM)*. 1986. Jul 10; 315(2): 81-86.
206. Heba Mohamed Wagih Kotb. The integration of pupils with special educational needs, from special school into mainstream school. *For the degree of Ph.D. University of Leeds, School of Education*, 1999.
207. Hayles E., Harvey D., Plummer D. et al. Parents' experiences of health care for their children with cerebral palsy. *Qualitative Health Research*. 2015. Vol. 25. № 8. P. 1139–1154. DOI: 10.1177/104973231557012

208. Huang Y.P., Kellett U.M., St. John W. Cerebral palsy: Experiences of mothers after learning their child's diagnosis. *Journal of Advanced Nursing*. 2010. Vol. 66. № 6. P. 1213–1221 DOI: 10.1111/j.1365-2648.2010.05270.
209. Semenova K.S., Mastjukova O.M., Smugliy M.V. Clinic and rehabilitation therapy for cerebral palsy. M.: Medicine. 1972. 332 p.
210. Sellers D, Mandy A, Pennington L, Hankins M and Morris C. Development and reliability of a system to classify eating and drinking ability of people with cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 56. 2014. P. 245-251. doi:10.1111/dmcn.12352
211. Sutherland GR, Gedeon AK, Haan EA, Woodroffe P, Malley JK. Linkage studies with the X-linked syndrome of mental retardation, microcephaly and spastic diplegia (MRX2). *Am J Med Genet* 1988; 30: 493–508.
212. Prikhodko O. G. Early assistance to children with cerebral palsy in the system of comprehensive rehabilitation. Monograph. St. Petersburg: RGPU im. A.I. Herzen. 2008. 208 p.
213. Semago N.Ya., Semago M.M. Theory and practice of assessing a child's mental development. Preschool and primary school age. SPb.: Speech. 2006. <http://doverieplavsk.narod.ru/olderfiles>
214. Shipitsyna L.M., Mamaichuk I.I. Cerebral palsy. St. Petersburg: Didactics Plus. 2001. 272 p.
215. Rantakallio P, von Wendt L, Koivu M. Prediction of perinatal brain damage: a prospective study of a one-year cohort of 12,000 children. *Early Hum Dev* 1987 ; 15: 75 – 84
216. Rosenzweig M.R., Bennet E.L. Psychobiology of plasticity: effects of training and experience on brain and behavior. *Behavioral brain research*. 1996. № 78. P. 57-65.
217. Russman B. Evaluation of the child with cerebral palsy. *Semin. Pediatr. Neurol.* 2004. Vol. 11, № 1. P. 47-57.
218. Pharoah P.O., Buttfield I.H., Hetzel R.S. Neurological damage to the fetus due to severe iodine deficiency during pregnancy. *Lancet* 1971; 1: 308-310
219. Vygotsky L.S. Thinking and speech. Psychological research. M.: Labyrinth, 1996. 362 p.

220. Vinarskaya E.N., Pulatov A.M. Dysarthria and its diagnostic significance in the clinic of focal brain lesions. T: Mektep, 1989. 435 p.

221. Wenger L.A. Nurturing a child's sensory culture from birth to 6 years. M.: Education, 1988. 144 p. : ill.

222. Wilson E. A. Chance for Children. Occupational Therapy for children with problems in learning, coordination, language and behavior. Birmingham: The Handsel Trust, 2002. 144 p.

223. Warner S. Diagnostics + Therapy = Theranostics. *The Scientist*, 18/2004, p. 38.

224. Yeargin-Allsopp M., Van Naarden Braun K. Prevalence of cerebral palsy in 8-year-old children in three areas of the United States in 2002. *P. a multisite collaboration Pediatrics*. 2008. Vol. 121. P. 547-554.

225. Zaporozhets A.V., Elkonin D.B. Psychology of preschool children. M.: 1964.

226. Zhurba L.T., Mastjukova E. A. Impaired psychomotor development of children in the first year of life. M.: Medicine, 1981. 272 p.

227. Zhinkin N.I. Speech as a conductor of information. M.: Nauka, 1982. P. 159.

ДОДАТКИ

Додаток А

Спостереження за дитиною раннього віку з ЦП

Вік дитини	Загальна моторика	Дрібна моторика	Соціальна взаємодія	Мовленнєва активність
1 міс.	Вміє лежати на животі та піднімати підборіддя	Під час лежання на животі впирається предпліччям у поверхню пеленального столика (тощо)	Слідкує за рухомими іграшками	Прислухається та посміхається своєму співрозмовнику
2 міс	Вміє лежати на животі та піднімати голову	Більш впевнено впирається у передпліччя при підніманні голови, намагається розпрямити руки в ліктях, при цьому спостерігається розтиснення пальчиків рук	Фокусує погляд, повертає голову у сторону звуку на 180°	Прислухається до голосу, намагаючись впізнати знайомий, посміхається, з'являється гуління
3-5 міс.	Впевнено лежить на животі тримаючи голову	Удосконалюється попередня навичка; дитина, лежачи на спині, починає розглядати свою долоньку та пальчики	Фокусує погляд, повертає голову у сторону звуку на 180°, лежачи на животі	Активно гулить, перегукуючись з дорослим
6-7 міс.	Сидить деякий час	Перекладає іграшки з однієї руки в іншу	Найбільше подобається взаємодіяти з близькими людьми, особливо з мамою	Наявний лепет: повторювання складів (га-гу, па-да-ма тощо)
8-12 міс	Встає, підтягуючи себе руками, стоїть	Захоплює дрібний предмет пальцями	Грає з дорослим, вміє користуватися жестом (до побачення)	Наслідує звуки (кішка, собачка, як кашляє тато тощо)
1-1,5 рік	Вміє ходити з підтримкою	Приносить потрібний названий предмет, утримуючи його двома руками, користується	Повертає голову, коли чує своє ім'я або знайомий голос,	Розуміє звернене ситуативне мовлення, вказівку «не можна»,

		ложкою під час їжі, вміє тримати чашку з водою, оперує з втулочками, складає пірамідку, сортер	виконує дії «принеси», «дай», «взьми»	вимовляє 2-3 (10) коротких слова
1,5-2 роки	Вміє ходити з підтримкою по сходах	Самостійно користується ложкою під час прийому їжі, розбирає деталі з конструктора	Активно взаємодіє з дорослим під час гри	Чітко вимовляє прості слова (мама, тато, баба, ало, киця, пес тощо)
2-2,5 роки	Бігає, піднімається по сходинках самостійно	Збирає великий конструктор, будує башту з 6 кубиків, складає 2 (3) частинні пазли	Грає з більшою кількістю осіб (знайомі, інші діти)	Гарно розуміє звернене мовлення. Говорить фрази з 2-3 слів
2,5-3 роки	Вміє спускатися по сходниках, почергово міняючи ноги	Збирає конструктор, будує башту з 9 кубиків, складає 3 (5) частинні пазли	Прибирає іграшки після гри	Використовує «Я» під час мовлення, знає своє ім'я та імена усіх близьких людей
3 роки	Вміє стояти на одній нозі, їздити на самокаті, триколісному велосипеді	Вміє малювати коло, овал, квадрат, повторити малюнок	Самостійно мие руки, ходить у туалет, самостійно роздягається, одягається з допомогою дорослого	Знає та використовує віршики та пісеньки, рахує до 3х, співвідносить кількість із числом

Додаток Б

Посилання <https://forms.gle/iw1TzfffrTOikhgb8>

Анкета

(для вивчення рівня педагогічної культури батьків дітей з ДЦП раннього віку)

Ви є учасниками комплексного наукового дослідження проблеми «Логопедичний супровід дитини раннього віку з ЦП»

Шановні батьки, просимо Вас сумлінно поставитися до відповідей на запитання. Ваші відповіді допоможуть покращити та змінити майбутнє!

1. П.І.Б. _____

2. Вік: Батько _____

Мати _____

3. Освіта: ВУЗ; технікум; училище; курси за фахом; тільки середня школа; 9-річка; спеціальна школа. (потрібно підкреслити) _____

4. Умови проживання (позначити у віконечку):

- окрема квартира (.....кімната);

- кімната в гуртожитку;
- орендована квартира;
- власний будинок;
- внутрішньо переміщена особа (ВПО).
- інше _____

5. Ким працюєте:

Батько _____

Мати _____

6. Середній місячний дохід на одну особу в сім'ї:

- прожитковий мінімум;
- більше прожиткового мінімуму;
- менше прожиткового мінімуму.

7. Чи є порушення розвитку у членів вашої родини? *(вказати які)* _____

8. Чи зловживають у вашій сім'ї алкогольними напоями *(підкреслити потрібне)*:

Батько (так, ні, іноді);

Мати (так, ні, іноді);

Інші члени родини, як що є (так, ні, іноді).

9. Хто у Вашій сім'ї найбільш активно займається вихованням дитини:

- Мати;
- Батько;
- Бабуся;
- Дідусь;
- Інші особи.

10. Вік вашої дитини _____.

11. Стать дитини _____.

12. Перебіг вагітності: _____

Токсикоз першого триместру вагітності;

Токсикоз другого триместру вагітності;

Токсикоз третього триместру вагітності;

Інфекційні захворювання у _____ *(I, II, чи III зазначити необхідне)* триместрі вагітності;

Травматизація під час вагітності;

13. Специфіка пологів: *(підкреслити необхідне)* без особливостей, стрімкі, затяжні, кесарів розтин, механічний вплив, хімічна стимуляція, дострокові до 30-го тижня вагітності _____

14. З якого віку займаєтесь проблемою розвитку дитини?

- До року;
- До 2-х років;
- До 3-х років;
- До 5-ти років;

- 3 7-ми років.
15. З якими фахівцями співпрацюєте стосовно розвитку дитини?
- педіатр;
 невролог;
 реабілітолог;
 логопед;
 психолог;
 інше _____.
16. З якого віку дитина відвідує спеціальну установу для дітей з порушеннями розвитку?
- з народження;
 з 1 року;
 з 2 років;
 з 3 років;
 з 5 років;
 інший вік _____.
17. Як дитина потрапила до закладу? (хто направив):
- вихователь;
 логопед;
 лікар;
 батьки інших дітей;
 спеціально шукали.
18. Чи знаєте ви норми раннього фізичного і мовленнєвого розвитку дитини ?
- так;
 - ні.
19. У якому віці дитина повина вміти утримувати голівку? _____
20. Коли дитина повинна сидіти? _____
21. Коли дитина повинна почати ходити? _____
22. У якому віці з'являється гуління? _____
23. У якому віці з'являється лепет? _____
24. У якому віці з'являються перші слова? _____
25. До кого ви звертались за порадою з питань мовленнєвого розвитку дитини?
- педіатр;
 невролог;
 педагог;
 логопед;
 психолог;
 рідні;
 спеціальна література;
 ні до кого, таких проблем не виникало.
26. Яким способом дитина набуває нових знань?
- у повсякденному житті;

- на спеціальних заняттях;
- з відео-занять;
- інший спосіб _____.

27. Скільки дитячих пісень, віршків, потішок, ігор ви знаєте?

- більше 5;
- менше 5;
- менше 10;
- більше 10;
- жодної.

28. Чи знаєте ви, які фактори негативно впливають на мовленнєвий розвиток?

- так;
- ні.

29. Чи знаєте ви, що мовленнєвий розвиток залежить від стану фізичного розвитку дитини?

- так;
- ні;
- не знаю.

30. Чи знаєте ви, що мовленнєвий розвиток залежить від стану психологічного розвитку дитини?

- так;
- ні;
- не знаю.

31. Чи знаєте можливі наслідки мовленнєвих порушень?

- так;
- ні.

32. Джерелом отримання інформації про розвиток дитини для вас є :

- спілкування зі знайомими;
- наукова література;
- журнали про дитячий розвиток;
- телебачення;
- поради педагога;
- бесіди з лікарями;
- інтернет;
- інше _____.

33. З якого віку ви стежите за фізичним розвитком дитини?

- з перших місяців;
- з 1-го року;
- з 2-х років;
- з 3-х років.

34. З якого віку ви стежите за мовленнєвим розвитком дитини?

- з перших місяців;
- з 1-го року;
- з 2-х років;

з 3-х років.

35. Чи знайомі ви з вимогами до дитини у закладі ?

так;

ні;

недостатньо.

36. Чи відвідуєте ви батьківські збори у закладі?

так;

ні;

дуже рідко.

37. Вам розповідали про індивідуальні особливості вашої дитини?

так;

ні;

дуже мало.

38. Чи давали вам поради щодо фізичного розвитку дитини ?

так;

ні;

дуже мало.

Хто ? _____

39. Отримані поради допомогли вам?

так;

ні.

40. Чи давали вам поради щодо мовленнєвого розвитку дитини ?

так;

ні;

дуже мало.

Хто ? _____

41. Отримані поради допомогли вам?

так;

ні.

42. Яку допомогу ви хотіли б отримати?

клуб для батьків;

консультації вдома;

навчання і виховання дитини у спеціальному закладі;

письмові інструкції;

відео-матеріали;

інтернет;

регулярні консультації;

інший варіант _____.

43. На вашу думку, чи можуть батьки прискорити темп фізичного розвитку дитини ? Як? _____

так;

ні.

44. На вашу думку, чи можуть батьки прискорити темп мовленнєвого розвитку дитини ? Як? _____

- так;
 ні.

45. Чи проводили з вами заняття з фізичного розвитку дитини в сім'ї?
 Хто? _____

- так;
 ні.

46. Чи проводили з вами заняття з розвитку мовлення дитини в сім'ї?
 Хто? _____

- так;
 ні.

47. З чиєї ініціативи і як часто ви зустрічаєтесь з лікарем своєї дитини?

- на батьківських зборах;
 щотижня;
 на святах;
 щомісячно;
 дуже рідко.

48. З чиєї ініціативи і як часто ви зустрічаєтесь з логопедом своєї дитини?

- на батьківських зборах;
 щотижня;
 на святах;
 щомісячно;
 дуже рідко.

49. Якими ви хотіли б бачити домашні завдання спеціалістів?

- друковані інструкції;
 відео-інструкції;
 словесні вказівки;
 інше _____

50. Які труднощі у розвитку дитини турбують вас найбільше?

- фізичні;
 психологічні;
 мовленнєві;
 адаптаційні;
 інше _____

51. Консультації яких фахівців ви б хотіли отримати?

- педіатр;
 невролог;
 педагог;
 логопед;
 психолог;
 спеціальний педагог;
 реабілітолог.

52. Успішне навчання в школі залежить від...:

- знання букв;

- вміння виділяти звуки у слові;
- вміння писати;
- вміння читати;
- вміння переказувати;
- вміння складати речення.

53. Де проводилось анкетування? _____

Дякуємо за співпрацю!
кафедра логопедії та логопсихології
УДУ імені Михайла Драгоманова
кафедра прикладної психології
та логопедії
Бердянського державного
педагогічного університету

Додаток В

Посилання <https://forms.gle/GtKTKzNc5F2iEiAi8>

Анкета для логопедів

**Ви є учасниками комплексного наукового дослідження проблеми
 «Логопедичний супровід дитини раннього віку з ЦП»**

Шановні колеги, просимо Вас сумлінно поставитися до відповідей на запитання.
 Ваші відповіді допоможуть покращити та змінити майбутнє!

1. П.І.Б. _____
 2. Вік: _____
 3. Освіта: вища; середня професійна (училище, технікум, коледж); середня; неповна середня (*потрібно підкреслити*) _____
 4. Посада _____
 5. Стаж роботи _____
 6. Місце роботи _____
 7. Останнє місце стажування _____
 8. Кількість років, які працюєте з дітьми з мовленнєвими порушеннями _____
 9. Як часто у вашій практиці зустрічаються діти з ЦП (ДЦП)? _____
 10. Яка форма ДЦП у дітей зустрічається частіше? _____
 11. Чи завжди батьки ознайомлюють вас із додатковими проблемами у розвитку (діагнозами) _____
 11. Які зазвичай супутні діагнози у дітей з ЦП зустрічались у вашій практиці? _____
 12. Які мовленнєві порушення супроводжують дітей з ДЦП з якими ви працюєте? _____
 13. З якого віку зазвичай батьки дітей з ЦП звертаються до вас? _____
 13. З якого віку, на вашу думку, необхідно розпочинати логопедичну роботу з дитиною ЦП? _____
- Чому? _____

14. З якими професійними проблемами (організаційними, змістовими, міжособистісними) зустрічаєтесь в роботі з дітьми з ЦП? _____
15. Яким чином їх вирішуєте? _____
16. З якими спеціалістами ви особисто співпрацюєте, організуючи корекційно-відновлювальну роботу з дітьми з ЦП? _____
17. Які форми взаємодії з спеціалістами використовуєте? _____
18. Що у вашому розумінні вкладається у поняття «логопедичний супровід дитини з ЦП»? _____
19. Чи достатньо реалізується принцип комплексності, системності, неперервності у корекційно-абілітаційній/корекційній роботі з дітьми з ЦП? Яким чином це відбувається? _____
20. Чи достатньо науково-методичної літератури з означеної проблеми? _____
21. Яких саме посібників не вистачає у роботі з дитиною з ЦП? _____
22. Чи задоволені ви власною методичною підготовленістю до роботи з дітьми з ЦП? _____
23. Як ви вважаєте, чи достатньо у Вас знань для роботи з батьками? _____
24. Спираючись на ваш досвід, які труднощі ви відчуваєте у роботі з батьками дітей з ЦП? _____
25. Які форми взаємозв'язку використовуєте у роботі з батьками дітей з ЦП? у період до карантину _____
- під час карантину _____
- у період війни _____
26. Які труднощі виникають в процесі логопедичної роботи з дітьми з ЦП? _____
27. Керуючись вашим досвідом, чи вважаєте ви за необхідне залучати батьків до занять з дітьми з ЦП? _____
- Чому? _____

28. Керуючись вашим досвідом, чи вважаєте ви за необхідне давати домашні завдання дітям з ЦП? _____
Чому? _____

29. Ви здійснюєте контроль за його виконанням? Яким чином? _____

30. Чи потрібно давати рекомендації батьками щодо мовленнєвого розвитку дитини з ЦП? Чому? _____

31. У який період розвитку дитини краще консультувати батьків про нормотипові показники мовленнєвого розвитку та можливі мовленнєві труднощі дітей з ЦП? _____

32. Які функціональні системи організму гальмують або унеможливають мовленнєвий розвиток дитини з ЦП? _____

33. Що, на вашу думку, може забезпечити більш ефективний перебіг мовленнєвого розвитку дитини з ЦП? _____

Дякуємо за співпрацю!
кафедра логопедії та логопсихології
УДУ імені Михайла Драгоманова
кафедра прикладної психології
та логопедії
Бердянського державного
педагогічного університету

Посилання <https://forms.gle/qAeE8uN4AvAxwx4W8>

Анкета для психологів

**Ви є учасниками комплексного наукового дослідження проблеми
«Логопедичний супровід дитини раннього віку з ЦП»**

Шановні колеги, просимо Вас сумлінно поставитися до відповідей на запитання.
Ваші відповіді допоможуть покращити та змінити майбутнє!

1. ПІБ _____
2. Вік _____
3. Освіта: вища; середня професійна (училище, технікум, коледж); середня; неповна середня (*необхідне підкреслити*) _____
4. Посада _____
5. Стаж роботи _____
6. Місце роботи _____
7. Останнє місце стажування _____

8. Кількість років, які працюєте з дітьми? _____

9. Як часто у Вашій практиці зустрічаються діти з ЦП (ДЦП)? _____

10. З якими професійними проблемами (організаційними, змістовими, міжособистісними) зустрічаєтесь в роботі з дітьми з ЦП? _____

11. Яким чином їх вирішуєте? _____

12. З якими спеціалістами ви особисто співпрацюєте, організуючи корекційно-відновлювальну роботу з дітьми з ЦП? _____

13. Які форми взаємодії з спеціалістами використовуєте?
У період до карантину: _____

У період карантину _____

У воєнний період _____

1. Які форми взаємодії з батьками використовуєте у своїй роботі?

У період до карантину: _____

У період карантину _____

У воєнний період _____

2. Чи задоволені ви співпрацею з батьками?
Поясніть... _____

3. Що для вас є «психологічний супровід» взагалі? _____

4. З якого віку необхідно розпочинати психологічний супровід дитини з ЦП?
Чому? _____

5. Керуючись вашим досвідом, чи потрібно організовувати психологічну роботу з батьками дітей з ЦП? Чому? _____

6. Чи достатньо реалізується принцип комплексності, системності, неперервності у корекційно-абілітаційній роботі з дітьми з ЦП? Яким чином це відбувається? _____

7. Чи достатньо загальної психологічно літератури з означеної проблеми? _____

8. Чи задоволені ви власною методичною підготовленістю? _____

9. Яких матеріалів або знань не вистачає у роботі з дитиною з ЦП, починаючи з раннього віку? _____

10. Які труднощі виникають в процесі психологічної роботи з дітьми з ЦП? _____

11. Які функціональні системи організму гальмують або унеможлиблюють психологічний розвиток дитини з ЦП? _____

12. На вашу думку, чи страждає особистісний розвиток дитини з ЦП, від яких чинників це залежить, чи можливими є превентивні заходи? _____

13. Чи вважаєте ви, що затримка або порушення психічного розвитку затримує мовленнєвий розвиток дитини, що є первинним (вторинним), на вашу думку? _____

27. Що, на вашу думку, може забезпечити більш ефективний перебіг розвитку психічних процесів дитини з ЦП? _____

Дякуємо за співпрацю!
кафедра логопедії та логопсихології
УДУ імені Михайла Драгоманова
кафедра прикладної психології
та логопедії
Бердянського державного
педагогічного університету

Посилання <https://forms.gle/TcPe2yHuDLcNyf8SA>

Анкета для медичних фахівців

(неонатологів, педіатрів, невропатологів, психіатрів, реабілітологів та інших медичних фахівців, що співпрацюють з дітьми з ЦП)

Ви є учасниками комплексного наукового дослідження проблеми «Логопедичний супровід дитини раннього віку з ЦП»

Шановні колеги, просимо Вас сумлінно поставитися до відповідей на запитання. Ваші відповіді допоможуть покращити та змінити майбутнє!

1. П.І.Б. _____

2. Вік: _____

3. Освіта: вища; середня професійна(училище, технікум, коледж); середня; неповна середня (необхідне підкреслити) _____

4. Посада _____

5. Стаж роботи _____
6. Місце роботи _____
7. Останнє місце стажування _____
-
8. Кількість років, які працюєте з дітьми з ДЦП _____
9. З якими професійними проблемами (організаційними, змістовими, міжособистісними) зустрічаєтесь в роботі з дітьми з ДЦП? _____
10. Яким чином їх вирішуєте? _____
11. Керуючись вашим досвідом, вкажіть, будь ласка, у якому віці зазвичай ставиться клінічний діагноз ДЦП? _____
12. Які фактори найчастіше з вашої практики призводять до неврологічної патології?
- клінічні;
 - педагогічні;
 - соціальні;
 - психологічні;
 - інше _____
13. Які причини обумовлюють виникнення ДЦП? _____
-
14. Чи завжди вказується форма ДЦП? З якого віку? _____
-
15. Чи визначають у дитини ще якісь труднощі розвитку, крім фізичних? Які? _____
16. У якому віці у дітей з ЦП діагностують мовленнєві порушення? _____
17. Найчастіше який мовленнєвий діагноз супроводжує дітей з ДЦП? _____
-
18. Хто із фахівців діагностує мовленнєве порушення у дітей з ДЦП? _____
-
19. З якими спеціалістами ви особисто співпрацюєте, організуючи корекційно-абілітаційно/реабілітаційну роботу з дітьми з ДЦП? _____
-
20. Які форми взаємодії з спеціалістами використовуєте?
- У період до карантину: _____
-
- У період карантину _____
-
- У воєнний період _____
-
21. Що у вашому розумінні вкладається у поняття «медичний супровід дитини з ЦП»? _____
-

22. Чи наявний такий супровід у закладі, де ви працюєте? Ваші пропозиції та побажання? _____

23. Чи достатньо реалізується принцип комплексності, системності, неперервності у роботі з дітьми з ДЦП? Яким чином це відбувається? _____

24. Які труднощі виникають в процесі лікування дитини раннього віку з ДЦП? _____

25. Які функціональні системи гальмують психомовленнєвий розвиток дитини раннього віку з ДЦП? _____

26. Як ви вважаєте, з якого віку необхідно розпочинати педагогічну роботу з дитиною з ЦП? _____

Чому? _____

27. Що, на вашу думку, може забезпечити більш ефективний перебіг розвитку дитини з ДЦП, враховуючи ранній вік? _____

Дякуємо за співпрацю!
кафедра логопедії та логопсихології
УДУ імені Михайла Драгоманова
кафедра прикладної психології та логопедії
Бердянського державного педагогічного університету

Додаток Г

Зразки відповідей логопедів «Як вони розуміють поняття «логопедичний супровід»».

Підтримка

Консультування батьків, участь у складанні індивідуальної програми розвитку, надання корекційно-розвиткових занять.

Психолого-педагогічний процес/вплив щодо мовленнєвого розвитку дитини із залученням інших фахівців та батьків

Розвиток мовного спілкування, нормалізація тону м'язів, моторики артикуляційного апарату, розвиток мовного дихання, голосу, формування сили, тривалості, керованості голосом, корекція порушень мови.

логопедичний супровід - це вплив на дитину через різні форми навчання

Корекційно-розвиткові заняття

Тісна взаємодія та співпраця

По перше треба враховувати рівень фізичних труднощів дитини. Далі. Основними завданнями цього напрямку навчання дітей з церебральним паралічем є формування навичок вільного та правильного користування рідним мовленням у живому, безпосередньому спілкуванні з оточуючими людьми, розвиток усного виразного мовлення, створення бази для формування писемного мовлення.

Комплекс заходів, спрямованих на покращення комунікації та мовленнєвого розвитку дитини, яка має церебральний параліч.

Для мене логопедичний супровід - надзвичайно важливий та довготривалий за терміном шлях допомоги дитині з церебральним паралічем від етапу її народження і протягом її життя. Це коли всі спеціалісти знають особливості дитини, коли кожен фахівець веде свою роботу(корекційну/ психологічну/медичну) задля максимального покращення, налагодження здоров'я та соціалізації дитини у соціумі. І надзвичайно важлива роль та відношення батьків дитини. Лише у повній гармонічній взаємодії можна досягти успіху.

Логопедичний супровід дитини з церебральним паралічем - це комплексна програма роботи з мовленнєвими та комунікативними навичками, яка спрямована на покращення якості життя дитини з ураженням ЦНС. Цей супровід включає в себе оцінку рівня розвитку мовленнєвих навичок, розробку індивідуальних програм, використання спеціальних технологій та методик для підвищення рівня розвитку мовленнєвої компетенції дитини з урахуванням її можливостей та потреб. Також важливим аспектом логопедичного супроводу є співпраця з батьками, лікарями та іншими фахівцями для досягнення максимального результату.


надання відповідної корекційної допомоги та встановлення контакту з батьками дитини для успішної корекційної роботи

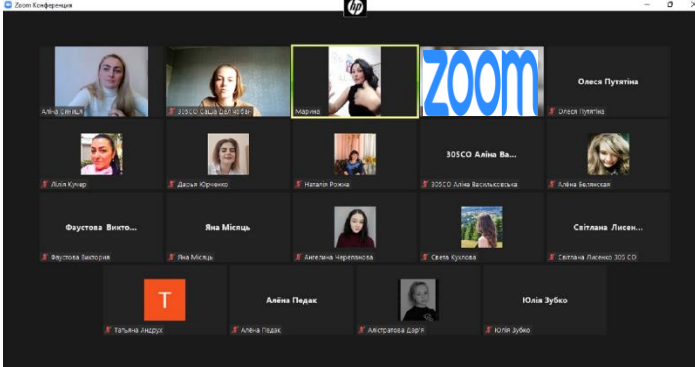


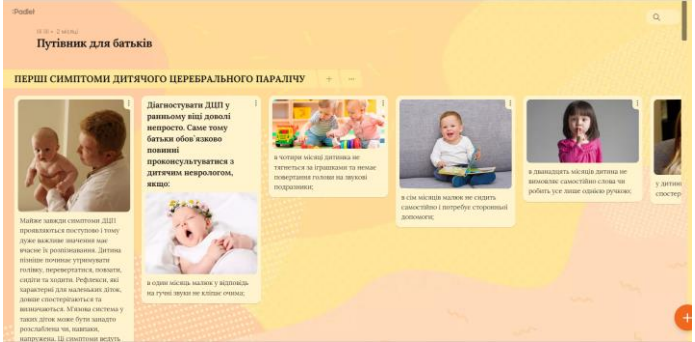
Логопедичний супровід








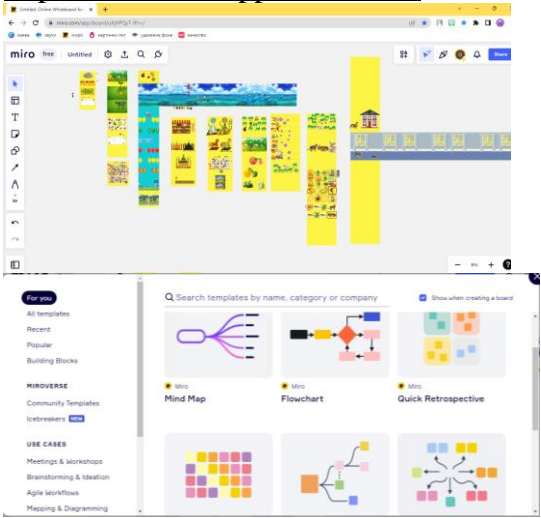
Під логопедичним супроводом дитини з церебральним паралічем я розумію комплексний підхід до покращення мовленнєвого розвитку дитини з використанням спеціальних методик та технік


Додаток І.

Цифрові ресурси застосовані під час дослідження

	Назва / опис	Посилання / фото-приклад
	Zoom - програма для організації відеоконференцій. Вона надає сервіс відеотелефонії, який дозволяє	https://explore.zoom.us/ru/products/meetings/

	<p>підключати одночасно до 100 пристроїв.</p> <p><i>Способи використання:</i> проводили батьківські зустрічі освітні, з фахівцями - фахові; зустрічі з організаційних питань; просвітницька діяльність; консультації (як індивідуальні, так і групові); показ результатів навчання дітей (з показом презентацій, фото, відео).</p>	
	<p>Додатки Google:</p> <p>Google Classroom: безплатний веб сервіс для спрощення створення, поширення і класифікації завдань безпаперовим шляхом. Основна мета сервісу прискорити процес поширення файлів між викладачами і учнями або їх батьками</p> <p>Google Meet - це сервіс, де можна проводити високоякісні й безпечні відеозустрічі та дзвінки. Він доступний для всіх користувачів і пристроїв.</p> <p>Google Jamboard - це віртуальна дошка, за допомогою якої можна в реальному часі працювати над ідеями разом з іншими.</p> <p>Google Форми - дозволяє користувачам створювати та редагувати опитування в Інтернеті, співпрацюючи з іншими користувачами в режимі реального часу. Зібрану інформацію можна автоматично внести в електронну таблицю.</p> <p>Google Диск (Google Drive) - сховище даних, що дозволяє користувачам зберігати свої дані на серверах у хмарі і ділитися ними з іншими користувачами в Інтернеті. Google Drive дозволяє спільно редагувати документи, електронні таблиці, презентації, малюнки, форми, і т.д.</p> <p>Gmail - це безкоштовний сервіс електронної пошти, що надає користувачеві можливість надсилати та отримувати електронні листи через Інтернет та зберігати багато гігабайт даних як електронне сховище даних.</p>	
	<p>Padlet – це універсальна онлайн-дошка з інтуїтивним інтерфейсом, яку нескладно опанувати та легко застосовувати; надає хмарне програмне забезпечення як послугу, розміщуючи спільну вебплатформу в режимі реального часу, на якій користувачі можуть завантажувати, впорядковувати та обмінюватися вмістом на віртуальних дошках оголошень, що називаються «падлетами».</p> <p><i>Способи використання:</i> проектна робота, пірінгова взаємодія, індивідуальні завдання; інструмент збору</p>	 <p>https://padlet.com/lilililqwezxc/padlet-1kd9lv42mlr149kp</p>

	<p>інформації від всіх учасників процесу в одному місці.</p>	
  	<p>Telegram - це захищений месенджер, встановивши який, ви зможете відправляти не тільки текстові повідомлення, а ще й фото, відео та будь-які інші файли; здійснювати аудіо та відеодзвінки через інтернет зв'язок.</p> <p>Viber - Додаток для дзвінків і обміну повідомленнями. Застосунок підв'язується до номера мобільного телефону, але не використовує мобільну мережу. Для здійснення дзвінків і обміну повідомленнями програма потребує інтернет-з'єднання. У месенджері можна створювати чат-боти та спільноти.</p> <p>Discord - це платформа обміну миттєвими повідомленнями та цифрового розповсюдження інформації з функціями VoIP. Користувачі спілкуються за допомогою голосових дзвінків, відеочатів, текстових повідомлень, медіа та файлів у приватних чатах або в рамках спільнот, які називаються «серверами».</p>	  
	<p>Miro – це не тільки цифрова дошка, а й набір шаблонів, які допомагають структурувати і організувати планування або мозковий штурм.</p> <p><i>Способи використання:</i> проводили онлайн-зустрічі, консультації, створювали плани роботи або закріплювали завдання, які потрібно виконати, інформацію з якою необхідно ознайомитися; одночасно працювали на одному полі з декількох пристроїв.</p>	<p>https://miro.com/app/dashboard/</p> 

	<p>Canva - це онлайнвий інструмент для створення дизайнів і публікації матеріалів, завдання якого - надати всім людям можливість створювати будь-які дизайни та публікувати їх де завгодно.</p> <p>Є груповий режим</p> <p><i>Способи використання:</i> створювали контент для взаємодії з батьками (буклети, плакати, презентації, інфографіка і т.д.); виконували колективні завдання з фахівцями.</p>	<p>https://www.canva.com/</p> 
	<p>YouTube - популярний відеохостинг, що надає послуги розміщення відеоматеріалів.</p> <p><i>Способи використання:</i> створювали завантажували контент для перегляду батьками у зручний час. Ознайомлювали батьків вже з наявними відео-матеріалами.</p>	<p>https://www.youtube.com/</p> 
	<p>Mentimeter – це онлайнвий сервіс для створення та проведення миттєвих опитувань в аудиторії та під час вебінарів або онлайн-зустрічей.</p> <p><i>Способи використання:</i> проводили миттєві опитування під час зборів, зустрічей та обговорень з батьками та фахівцями.</p>	<p>https://www.mentimeter.com/</p> 
	<p>Microsoft Office - офісний пакет. До складу цього пакету входить програмне забезпечення для роботи з різними типами документів: текстами, електронними таблицями, презентаціями, базами даних тощо. З ними можна працювати без інтернет-з'єднання</p> <p><i>Способи використання:</i> розробляли створювали контент для взаємодії з батьками.</p>	

Додаток Д.

Рекомендації для батьків дітей раннього віку з ЦП «Масаж для розвитку дитини раннього віку з ЦП» (О. Arkhipova)

Цілі та завдання логопедичного масажу та лікувальної гімнастики для дітей раннього віку з ЦП:

- нормалізація тону та моторики артикуляційного апарату;
- збільшення сили та тривалості видиху;
- розвиток маніпуляцій руками;
- вироблення ритмічності дихання та рухів кінцівками;
- вироблення зорових диференційованих рухів;
- стимуляція кінестетичних рухів (відчуттів) та розвиток пальцевого дотику;
- розвиток емоційних реакцій;
- розвиток рухів руками із предметами (іграшками).

Розвиток всіх перерахованих дій залежить від віку дитини та її функціональних можливостей.

Головним є вибір вихідного положення, у якому патологічні тонічні рефлекси виявлялися б мінімально чи проявлялися взагалі (останнє буває рідко).

Враховуючи, що вже з перших днів життя дитини з ЦП або підозрою щодо виникнення даного порушення під впливом патологічних тонічних рефлексів у дитини формуються патологічні установки рук, ніг, положення тулуба та голови (кривошия), необхідно підбирати для кожної дитини індивідуальне положення тіла, при якому патологічні тонічні рефлекси не виявляються зовсім або проявляються мінімально. Ці положення тулуба, кінцівок, голови називаються «рефлексозабороняючі позиції» (О. Архіпова), їх треба надавати дитині на початку проведення логопедичних занять і у процесі проведення гімнастики і масажу.

При проведенні масажу та гімнастики велике значення має вибір пози:

1. поза ембріона;
2. вихідна поза лежачи на спині, під шию дитини підкладають валик, ноги при цьому зігнуті в колінних суглобах;
3. вихідна поза лежачи на спині, голова фіксується валиками;
4. вихідна поза на боці в позі ембріона;
5. у положенні на животі, під груди дитини підкладається валик.

При підборі пози проводять логопедичний масаж (масаж мимічної та жувальної мускулатури).

Релаксація (розслаблення) мускулатури обличчя та шиї:

1. погладжування подушечками I–III пальців від середини чола до скронь;
2. погладжування від брів до початку волосистої частини голови;
3. погладжування з обох боків носа (згори донизу);
4. погладжування від середини підборіддя до мочок вуха;
5. погладжування від середини верхньої губи до мочок вуха.

Кожен рух повторити 3-5 разів. Виконувати протягом дня 3-5 разів.

Релаксація м'язів язика:

1. вплив на точку, розташовану в підщелепній ямці;
2. вплив на симетричні точки носогубної складки;
3. вплив на симетричні точки вилицьових м'язів;
4. вплив на симетричні точки підщелепних м'язів.

При гіперкінезах не слід застосовувати ударні прийоми масажу (поплескування, биття), вібрацію, асиметричну дію на БАТ (або

електростимуляційні точки), оскільки вони ще більшою мірою викликають гіпертонус м'язів.

Для зняття підвищеного тону м'язів обличчя, кінцівок можна впливати на точки нижніх кінцівок та м'язів предпліччя. Для релаксації м'язів необхідно включати вправи на розтягування м'язів, а також класичний та сегментарний масаж спини (особливо паравертебральних областей – місце виходу спинномозкових нервів). У комплексі із масажем проводять гімнастику. Вона спрямована на збільшення об'єму та сили дихальної мускулатури, глибини, ритмічності дихання.

Дитині старше п'яти місяців можна проводити такі гімнастичні вправи (пасивні):

1. розвести руки в сторони, а при поверненні – притиснути їх до грудей (при цьому мама або той хто проводить вправу може вимовляти голосний звук ААА);

2. підняти руки вгору, а при поверненні у вихідне положення – притиснути їх до грудей (при цьому мама або той хто проводить вправу може вимовляти голосний звук ООО);

3. відвести праву руку вбік і одночасно повернути голову, потім повернення у вихідне положення (при цьому мама або той, хто проводить вправу може вимовляти голосний звук УУУ);

4. витягнути ногу (ноги), потім згинати їх у колінних та кульшових суглобах і привести до живота (при цьому мама або той хто проводить вправу може вимовляти голосний звук І-І-І);

Усі вправи повторювати по 3-5 разів. Згодом комплекс ускладнюють та доповнюють рядом вправ. Так, у положенні лежачи на спині дитині в одну руку дають іграшку (яку легко тримати), потім руку з іграшкою пасивно відводять праворуч (або вліво) з одночасним поворотом голови. Руку з іграшкою підносять до очей та губ.

Повторюють цю вправу по 3–5 разів.

Для старших дітей з ЦП проводять активні дихальні вправи. Дитину вчать дмухати на різнокольорові паперові іграшки, задувати свічку, здувати пір'ячко тощо. Крім того, для покращення рухів губами включають вимову звуків б-б-б або ф-ф-ф та ін.

Додаток Е.
Форма № Н - 3.04

БЕРДЯНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Кафедра прикладної психології та логопедії

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Завідувач кафедри
_____ О.В.Ревуцька
«01» вересня 2023 року

РОБОЧА ПРОГРАМА НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ
підготовки здобувачів I рівня вищої освіти

ОК 27 Методика роботи з дітьми з порушеннями опорно-рухових функцій
(назва навчальної дисципліни)

Спеціальність 016 Спеціальна освіта
(шифр і назва спеціальності)

Спеціалізація 016.01 Логопедія
(назва спеціалізації)

Освітньо-професійна програма Логопедія. Спеціальна психологія
(назва освітньої програми)

Факультет дошкільної, спеціальної та соціальної освіти
(назва інституту, факультету, відділення)

Бердянськ, 2023

Робоча програма навчальної дисципліни «Методика роботи з дітьми з порушеннями опорно-рухових функцій» для здобувачів вищої освіти спеціальності 016 Спеціальна освіта.

Освітньої програми «Логопедія. Спеціальна психологія»

Розробник: старший викладач кафедри прикладної психології та логопедії Аліна СИНИЦЯ

Робочу програму погоджено проектною групою освітньої програми «Логопедія. Спеціальна психологія» та схвалено на засіданні кафедри прикладної психології та логопедії від «01» вересня 2023 року (протокол №1)

Гарант освітньої програми



_____ (підпис)

(Ганна ЛОПАТИНА)
(прізвище та ініціали)

Опис навчальної дисципліни

Найменування показників	Галузь знань, спеціальність, освітня програма, освітній ступінь	Характеристика навчальної дисципліни	
		денна форма навчання	заочна форма навчання
Кількість кредитів – 3	Галузь знань <u>01 Освіта</u> (шифр і назва)	Обов'язкова	
	Спеціальність <u>016 Спеціальна освіта</u> (шифр і назва)		
Модулів – 1	Освітньо-професійна програма: <u>Спеціальна освіта</u>	Рік підготовки:	
Змістових модулів – 6		3-й	3-й
Загальна кількість годин – 90		Семестр	
Мова навчання: українська		5-й	5-й
Тижневих годин для денної форми навчання: аудиторних – самостійної роботи студента –	Освітній ступінь: <u>бакалавр</u>	Лекції	
		12 год.	8 год.
		Практичні, семінарські	
		12 год.	6 год.
		Лабораторні	
		-	-
		Самостійна робота	
		66 год.	76 год.
		Індивідуальні завдання	
-	-		
Вид контролю			
екзамен	екзамен		

Примітка.

Співвідношення кількості годин аудиторних занять до самостійної і індивідуальної роботи становить(%):

для денної форми навчання – 34/66

для заочної форми навчання – 15/75

1. Мета та завдання навчальної дисципліни

Метою викладання навчальної дисципліни «Методика роботи з дітьми з порушеннями опорно-рухових функцій» є формування у здобувачів вищої освіти першого рівня глибокого розуміння логодидактичних і психофізіологічних основ спеціального навчання, виховання, розвитку дітей з порушеннями опорно-рухових функцій, а також озброєння їх ефективними методами та прийомами роботи з дітьми з порушеннями опорно-рухових функцій враховуючи їх вікові та типологічні відмінності.

Основними завданнями вивчення дисципліни «Методика роботи з дітьми з порушеннями опорно-рухових функцій» є засвоєння теоретичних основ методики, підкріпленої конкретним матеріалом, за допомогою якого майбутні фахівці зможуть досягти високого науково-методичного рівня навчально-виховної роботи з подолання труднощів розвитку дітей з порушеннями опорно-рухових функцій раннього, дошкільного та шкільного віку; виховання у здобувачів вищої освіти першого рівня здатності оперувати відомостями з суміжних з методикою роботи з дітьми з порушеннями опорно-рухових функцій наук у процесі сприймання та осмислення лекційного матеріалу, самостійного вивчення загальної та спеціальної літератури, під час підготовки та проведення практичних і лабораторних занять, у період проходження навчально-виробничої практики.

Основні результати навчання і компетентності згідно з вимогами освітньо-професійної (освітньо-наукової) програми:

№ з/п	Компетентності	Компетенції	Результати навчання
	Загальні	ЗК-8. Здатність працювати в команді.	РН9. Мати навички комплектування та організації діяльності спеціальних закладів освіти, спеціальних груп у закладах дошкільної освіти, спеціальних класів у закладах загальної середньої освіти тощо. РН14. Реалізовувати психолого-педагогічний супровід дітей з особливими освітніми потребами в умовах інклюзії у ролі вчителя-дефектолога, асистента вихователя закладу дошкільної освіти, асистента вчителя закладу загальної середньої освіти тощо.
		ЗК-10. Здатність діяти на основі етичних міркувань (мотивів).	РН6. Планувати освітньо-корекційну роботу на основі результатів психолого-педагогічної діагностики осіб з особливими освітніми потребами з врахуванням їхніх вікових та індивідуально-типологічних відмінностей. РН8. Організовувати і здійснювати психолого-педагогічне вивчення дітей з особливостями психофізичного розвитку, діагностико-консультативну діяльність.
	Спеціальні	СК-6. Здатність здійснювати комплексний корекційно-педагогічний, психологічний та соціальний супровід дітей з ООП в різних типах закладів.	РН1. Знати сучасні теоретичні основи спеціальної освіти відповідно до спеціалізації, застосовувати методи теоретичного та експериментального дослідження у професійній діяльності, релевантні статистичні методи обробки отриманої інформації, узагальнювати результати дослідження. РН12. Аргументувати, планувати та надавати психолого-педагогічні та корекційно-розвиткові послуги (допомогу) відповідно до рівня розвитку і функціонування, обмеження життєдіяльності дитини з особливими освітніми потребами.

	<p>СК-13. Здатність будувати гармонійні відносини з особами психофізичними порушеннями, їхніми сім'ями та учасниками спільнот без упередженого ставлення до їх індивідуальних потреб.</p>	<p>РН6. Планувати освітньо-корекційну роботу на основі результатів психолого-педагогічної діагностики осіб з особливими освітніми потребами з врахуванням їхніх вікових та індивідуально-типологічних відмінностей.</p> <p>РН13. Володіти методиками сприяння соціальної адаптації осіб з особливими освітніми потребами, їхньої підготовки до суспільної та виробничої діяльності.</p> <p>РН14. Реалізовувати психолого-педагогічний супровід дітей з особливими освітніми потребами в умовах інклюзії у ролі вчителя-дефектолога, асистента вихователя закладу дошкільної освіти, асистента вчителя закладу загальної середньої освіти тощо.</p>
--	--	---

2. Програма навчальної дисципліни

Змістовий модуль 1. Теоретико-методичні засади роботи з дітьми з порушеннями опорно-рухових функцій.

Тема 1. Актуальний стан та проблеми організації роботи з дітьми з порушеннями опорно-рухових функцій у сучасному освітньому просторі. Сучасні стратегії практичної реалізації теоретичних підстав організації допомоги дітям з порушеннями опорно-рухових функцій. Необхідність розробки і проектування змін у системі освіти, у тому числі в професійній готовності спеціальних педагогів до роботи в закладах освіти для дітей з порушеннями опорно-рухових функцій.

Тема 2. Нейрофізіологічні механізми порушень рухової сфери. Нейрофізіологічні механізми рухової діяльності організму. Компоненти нервової системи в процесі рухової інтеграційної діяльності при виконанні рухової функції. Поняття рухової діяльності. Структура і функції рухового апарату. Рухові одиниці і їх різноманітність. Класифікація рухів. Система управління рухами (за М.Бернштейном). Класифікація рухових рефлексів. Рухова навичка з позиції теорії П.Анохіна. Фази формування рухових навичок, стійкість рухових навичок.

Змістовий модуль 2. Типологія труднощів розвитку дітей з порушеннями опорно-рухових функцій.

Тема 3. Види патології опорно-рухових функцій.

Етіологія та патогенез порушень опорно-рухових функцій у дітей. Дитячий церебральний параліч. Вроджені патології опорно-рухового апарату: вроджений вивих стегна; кривошия; деформації стопи; клишоногість; сколіоз та інші деформації хребта; недорозвинення кінцівок та інші порушення; аномалії розвитку пальців кисті рук, стопи; артрогрипоз (вроджене каліцтво); захворювання скелету (рахіт). Інші порушення розвитку, що зумовлюють фізичні труднощі.

Тема 4. Прояви труднощів у дітей з порушеннями опорно-рухових функцій. Типологія труднощів у осіб з порушеннями опорно-рухових функцій. Рівні фізичних труднощів у осіб з порушеннями опорно-рухових функцій. Супутні труднощі у дітей з порушеннями опорно-рухових функцій: інтелектуальні труднощі, функціональні труднощі, навчальні труднощі, соціоадаптивні труднощі. Патологічні маркери розвитку дітей з порушеннями опорно-рухових функцій: ранній вік, дошкільний вік, шкільний вік. Рівні підтримки осіб з порушеннями опорно-рухових функцій у сучасному освітньому просторі.

Змістовий модуль 3. Методика роботи з дітьми з порушеннями опорно-рухових функцій у ранньому віці спрямована на попередження та подолання освітніх труднощів.

Тема 5. Корекційно-розвиткова робота з дітьми першого року життя з порушеннями опорно-рухових функцій зумовлених ураженням центральної нервової системи.

Нормативні показники психофізичного розвитку дітей першого року життя. Міждисциплінарне вивчення проблем розвитку дитини з порушеннями опорно-рухових функцій першого року життя. Завдання та напрями корекційно-педагогічної роботи з дітьми з

порушеннями опорно-рухових функцій у (I, II, III, IV періоди) домовленнєвий період. Принципи організації роботи з дітьми з порушеннями опорно-рухових функцій зумовлених ураженням центральної нервової системи. Методи та прийоми роботи з дітьми з порушеннями опорно-рухових функцій зумовлених ураженням центральної нервової системи. Розвиток психічних процесів та емоційного спілкування у дітей з порушеннями опорно-рухових функцій.

Тема 6. Корекційно-розвиткова робота з дітьми раннього віку з порушеннями опорно-рухових функцій зумовлених ураженням центральної нервової системи.

Зміст корекційно-логопедичної роботи з дітьми раннього віку з порушеннями опорно-рухових функцій зумовлених ураженням центральної нервової системи. Специфіка розвитку дітей з порушеннями опорно-рухових функцій зумовлених ураженням центральної нервової системи: слухової уваги, слухової пам'яті та фонематичного слуху. Особливості формування уявлень про колір, форму та величину. Специфіка розвитку мовлення у дітей з порушеннями опорно-рухових функцій в ранньому віці. Комплекс вправ щодо формування просторових уявлень. Комплекс вправ зі стимуляції мовленнєвої активності. Комплекс вправ щодо розвитку дрібної моторики рук. Корекційно-логопедична робота з дітьми з іншими порушеннями опорно-рухового апарату у ранньому віці (вроджений вивих стегна, клишоногість, плоскостопість, сколіоз та ін.). Пропедевтичні заходи що сприяють попередженню виникнення тяжких порушень опорно-рухового апарату та супутніх розладів. Логопедичний супровід дитини раннього віку з порушеннями опорно-рухових функцій.

Змістовий модуль 4. Завдання та зміст навчання та виховання дітей дошкільного віку з порушеннями опорно-рухових функцій спрямованих на подолання освітніх труднощів.

Тема 7. Особливості педагогічного процесу в закладах дошкільної освіти для дітей з порушеннями опорно-рухових функцій.

Зміст навчального процесу дітей дошкільного віку з порушеннями опорно-рухових функцій. Завдання навчальної роботи при порушеннях опорно-рухових функцій у дошкільному віці. Форми та методи організації роботи з дітьми з порушеннями опорно-рухових функцій. Принципи навчальної роботи. Основні напрями роботи з дітьми дошкільного віку з порушеннями опорно-рухових функцій. Соціальна та педагогічна інтеграція дітей з порушеннями опорно-рухових функцій зумовлених ураженням центральної нервової системи.

Тема 8. Методика організації навчального процесу дітей дошкільного віку з порушеннями опорно-рухових функцій

Сприятливі ознаки розвитку пізнавальної діяльності дітей. Несприятливі ознаки розвитку пізнавальної діяльності дітей. Пізнавальний розвиток за підрозділами «Ознайомлення з навколишнім світом», «Сенсорний розвиток», «Формування елементарних математичних уявлень». Особливості логопедичної роботи з подолання дизартрій у дітей з порушеннями опорно-рухових функцій зумовлених ураженням центральної нервової системи (Л.Белякова, В.Галущенко, С.Конопляста). Технічні засоби у повсякденному житті дітей з порушеннями опорно-рухових функцій дошкільного віку. Рівні підтримки дітей з порушеннями опорно-рухових функцій в закладах дошкільної освіти.

Змістовий модуль 5. Технології розвитку активної діяльності у дітей з порушеннями опорно рухових функцій.

Тема 9. Методика розвитку продуктивних видів діяльності.

Формування зображувальної діяльності. Навчання конструюванню дітей з порушеннями опорно-рухових функцій. Розвиток фізичної діяльності. Модель корекційно спрямованого фізичного виховання дітей з порушеннями опорно-рухових функцій (М. Єфименко). Етапи навчання ігрової діяльності з урахуванням особливостей розвитку дитини з порушеннями опорно-рухових функцій. Сенсорне виховання. Трудове виховання. Формування навичок самообслуговування. Господарсько-побутова праця. Праця у природі. Ручна (художня) праця. Орієнтовні показники розвитку

Тема 10. Технології корекційно-розвиткової роботи з дітьми з порушеннями опорно-

рухових функцій зумовлених ураженням центральної нервової системи.

Принципи корекції розвитку дитини з порушеннями опорно-рухових функцій зумовлених ураженням центральної нервової системи. Кондуктивне виховання дітей з порушеннями опорно-рухових функцій зумовлених ураженням центральної нервової системи. Розвиток рухових функцій. Фізична реабілітація (Войта терапія. Бломберг-терапія. Нейродинамічне моделювання рухів. Метод динамічної пропріоцептивної корекції з використанням рефлекторно-навантажувального пристрою «Гравітон» (К.Семенова). Технологія В. Козявкіна у роботі з дітьми з порушеннями опорно-рухових функцій зумовлених ураженням центральної нервової системи.

Змістовий модуль 6. Методика роботи з дітьми з порушеннями опорно-рухових функцій шкільного віку спрямована на подолання освітніх труднощів.

Тема 11. Методика організації спеціального навчання та виховання дітей з порушеннями опорно-рухових функцій.

Провідні напрями корекційно-розвиткової роботи з дітьми з порушеннями опорно-рухових функцій шкільного віку. Навчання грамоті. Формування елементарних математичних уявлень. Корекція порушень читання та письма. Формування графічних навичок учнів з порушеннями опорно-рухових функцій. Корекція та розвиток сенсорно-перцептивних процесів та психомоторних умінь і навичок. Формування навчально-мовленнєвої діяльності учнів за допомогою казки. Формування лінгвістичних понять на основі використання асоціативних схем. Формування знань про довкілля засобами пізнавальних завдань. Організаційно-педагогічні умови індивідуального навчання в умовах сім'ї. Організація рухової діяльності дітей з порушеннями опорно-рухових функцій в режимі навчального дня. Сучасні підходи до планування занять, відбору матеріалу для роботи з дітьми з порушеннями опорно-рухових функцій. Послідовність створення індивідуальної програми розвитку.

Тема 12. Створення безбар'єрного середовища для дитини з порушеннями опорно-рухових функцій у сучасному освітньому просторі.

Сучасні проблеми інтеграції дітей з порушеннями опорно-рухових функцій. Особливості облаштування розвивального середовища враховуючи рівні підтримки учнів з порушеннями опорно-рухових функцій. Нетрадиційне обладнання для учнів з порушеннями опорно-рухових функцій. Хендлінг (прийоми допомоги) дитині з порушеннями опорно-рухових функцій зумовлених ураженням центральної нервової системи. Допоміжні технічні засоби у повсякденному житті. Попередження травматизму школярів із порушеннями опорно-рухових функцій. Організація, зміст і контроль рухової діяльності дітей з порушеннями опорно-рухових функцій. Медико-педагогічний контроль стану діяльності дихальної, серцево-судинної, нервово-м'язової систем, розумової працездатності, психофізичного стану, рухової активності. Скаффолдінг — створення умов для підвищення успішності кожного учня з порушеннями опорно-рухових функцій. Транзиція: програми переходу молоді з порушеннями опорно-рухового апарату до дорослого життя.

3. Структура навчальної дисципліни

Назви змістових модулів і тем	Кількість годин											
	денна форма						Заочна форма					
	усього	у тому числі					усього	у тому числі				
		л	п	лаб	інд	с.р		л	п	лаб	інд	с.р
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Модуль 1												

Змістовий модуль 1. Теоретико-методичні засади роботи з дітьми з порушеннями опорно-рухових функцій.												
Тема 1. Актуальний стан та проблеми організації роботи з дітьми з порушеннями опорно-рухових функцій у сучасному освітньому просторі.	8	2	-	-	-	6	8	2	-	-	-	6
Тема 2. Нейрофізіологічні механізми порушень рухової сфери.	7	-	2	-	-	5	7	-	-	-	-	7
Разом за змістовим модулем 1	15	2	2	-	-	11	15	2	-	-	-	13
Змістовий модуль 2. Типологія труднощів розвитку дітей з порушеннями опорно-рухових функцій.												
Тема 3. Види патології опорно-рухових функцій.	8	-	-	-	-	8	8	-	-	-	-	8
Тема 4. Прояви труднощів у дітей з порушеннями опорно-рухових функцій.	7	2	-	-	-	5	7	-	-	-	-	7
Разом за змістовим модулем 2	15	2	-	-	-	13	15	-	-	-	-	15
Змістовий модуль 3. Методика роботи з дітьми з порушеннями опорно-рухових функцій у ранньому віці спрямована на подолання освітніх труднощів.												
Тема 5. Корекційно-розвиткова робота з дітьми першого року життя з порушеннями опорно-рухових функцій зумовлених ураженням центральної нервової системи.	8	2	-	-	-	6	8	2	-	-	-	6
Тема 6. Корекційно-розвиткова робота з дітьми раннього віку з порушеннями опорно-рухових функцій зумовлених ураженням центральної нервової системи.	7	-	2	-	-	5	7	-	2	-	-	5
Разом за змістовим модулем 3	15	2	2	-	-	11	15	2	2	-	-	11
Змістовий модуль 4. Завдання та зміст навчання та виховання дітей дошкільного віку з порушеннями опорно-рухових функцій спрямованих на подолання освітніх труднощів.												

Тема 7. Особливості педагогічного процесу в закладах дошкільної освіти для дітей з порушеннями опорно-рухових функцій.	8	2	-	-	-	6	8	2	-	-	-	6
Тема 8. Методика організації навчального процесу дітей з порушеннями опорно-рухових функцій дошкільного віку.	7	-	2	-	-	5	7	-	-	-	-	7
Разом за змістовим модулем 4	15	2	2	-		11	15	2	-	-	-	13
Змістовий модуль 5. Методики розвитку продуктивних видів діяльності у дітей з порушеннями опорно-рухових функцій.												
Тема 9. Методика розвитку продуктивних видів діяльності.	8	2	-	-	-	6	8	-	-	-	-	8
Тема 10. Технології корекційно-розвиткової роботи з дітьми з порушеннями опорно-рухових функцій зумовлених ураженням центральної нервової системи.	7	-	2	-	-	5	7	-	2	-	-	5
Разом за змістовим модулем 6	15	2	2	-		11	15	-	2	-	-	13
Змістовий модуль 6. Методика роботи з дітьми з порушеннями опорно-рухових функцій шкільного віку спрямована на подолання освітніх труднощів.												
Тема 11. Методика організації спеціального навчання та виховання дітей з порушеннями опорно-рухових функцій.	8	2	2	-	-	4	8	2	-	-	-	6
Тема 12. Створення безбар'єрного середовища для дитини з порушеннями опорно-рухових функцій у сучасному освітньому просторі.	7	-	2	-	-	5	7	-	2	-	-	5
Разом за змістовим модулем 6	15	2	4	-	-	9	15	2	2	-	-	11
Усього годин	90	12	12	-	-	60	90	8	6	-	-	76

4. Теми лекцій

№ з/п	Назва теми	Кількість годин	
		денна	заочна
1	<p>Актуальний стан та проблеми організації роботи з дітьми з порушеннями опорно-рухових функцій у сучасному освітньому просторі.</p> <p>Сучасні стратегії практичної реалізації теоретичних підстав організації допомоги дітям з порушеннями опорно-рухових функцій. Необхідність розробки і проектування змін у системі освіти, у тому числі в професійній готовності спеціальних педагогів до роботи в закладах освіти для дітей з порушеннями опорно-рухових функцій.</p>	2	2
4	<p>Прояви труднощів у дітей з порушеннями опорно-рухових функцій.</p> <p>Типологія труднощів у осіб з порушеннями опорно-рухових функцій. Рівні фізичних труднощів у осіб з порушеннями опорно-рухових функцій. Патологічні маркери розвитку дітей з порушеннями опорно-рухових функцій: ранній вік, дошкільний вік, шкільний вік. Рівні підтримки осіб з порушеннями опорно-рухових функцій у сучасному освітньому просторі.</p>	2	-
5	<p>Корекційно-розвиткова робота з дітьми першого року життя з порушеннями опорно-рухових функцій зумовлених ураженням центральної нервової системи.</p> <p>Нормативні показники психофізичного розвитку дітей першого року життя. Міждисциплінарне вивчення проблем розвитку дитини з порушеннями опорно-рухових функцій першого року життя. Завдання та напрями корекційно-педагогічної роботи з дітьми з порушеннями опорно-рухових функцій у (I, II, III, IV періоди) домовленнєвий період. Принципи організації роботи з дітьми з порушеннями опорно-рухових функцій зумовлених ураженням центральної нервової системи.</p>	2	2
7	<p>Особливості педагогічного процесу в закладах дошкільної освіти для дітей з порушеннями опорно-рухових функцій.</p> <p>Зміст навчального процесу дітей дошкільного віку з порушеннями опорно-рухових функцій. Завдання навчальної роботи при порушеннях опорно-рухових функцій у дошкільному віці. Форми та методи організації роботи з дітьми з порушеннями опорно-рухових функцій. Принципи навчальної роботи. Основні напрями роботи з дітьми дошкільного віку з порушеннями опорно-рухових функцій.</p>	2	2
9	<p>Методика розвитку продуктивних видів діяльності.</p> <p>Навчання конструюванню дітей з порушеннями опорно-рухових функцій. Етапи навчання ігрової діяльності з урахуванням особливостей розвитку дитини з порушеннями опорно-рухових функцій. Сенсорне</p>	2	-

	виховання. Трудове виховання. Формування навичок самообслуговування.		
11	Методика організації спеціального навчання та виховання дітей з порушеннями опорно-рухових функцій. Провідні напрями корекційно-розвиткової роботи з дітьми з порушеннями опорно-рухових функцій шкільного віку. Навчання грамоті. Формування елементарних математичних уявлень. Корекція порушень читання та письма. Формування графічних навичок учнів з порушеннями опорно-рухових функцій. Послідовність створення індивідуальної програми розвитку.	2	2
	Усього	12	8

5. Теми практичних (семінарських) занять

№ з/п	Назва теми	Кількість годин	
		денна	заочна
2	Нейрофізіологічні механізми порушень рухової сфери. Нейрофізіологічні механізми рухової діяльності організму. Поняття рухової діяльності. Структура і функції рухового апарату. Рухові одиниці і їх різноманітність. Класифікація рухів. Система управління рухами (за М.Бернштейном). Класифікація рухових рефлексів.	2	
6	Корекційно-розвиткова робота з дітьми раннього віку з порушеннями опорно-рухових функцій зумовлених ураженням центральної нервової системи. Специфіка розвитку дітей з порушеннями опорно-рухових функцій зумовлених ураженням центральної нервової системи: слухової уваги, слухової пам'яті та фонематичного слуху. Особливості формування уявлень про колір, форму та величину. Комплекс вправ щодо формування просторових уявлень. Комплекс вправ зі стимуляції мовленнєвої активності. Комплекс вправ щодо розвитку дрібної моторики рук. Корекційно-логопедична робота з дітьми з іншими порушеннями опорно рухового апарату у ранньому віці (вроджений вивих стегна, клишоногість, плоскостопість, сколіоз та ін.).	2	2
8	Методика організації навчального процесу дітей з порушеннями опорно-рухових функцій дошкільного віку. Сприятливі ознаки розвитку пізнавальної діяльності дітей. Несприятливі ознаки розвитку пізнавальної діяльності дітей. Пізнавальний розвиток за підрозділами «Ознайомлення з навколишнім світом», «Сенсорний розвиток», «Формування елементарних математичних уявлень». Особливості логопедичної роботи з подолання дизартрій у дітей з порушеннями опорно-рухових функцій зумовлених ураженням центральної нервової системи (Л.Белякова, В.Галущенко, С.Конопляста).	2	-
10	Технології корекційно-розвиткової роботи з дітьми з порушеннями опорно-рухових функцій зумовлених ураженням центральної нервової системи.	2	2

	Принципи корекції розвитку дитини з порушеннями опорно-рухових функцій зумовлених ураженням центральної нервової системи. Кондуктивне виховання дітей з порушеннями опорно-рухових функцій зумовлених ураженням центральної нервової системи. Фізична реабілітація (Войта терапія. Бломберг-терапія. Нейродинамічне моделювання рухів. Метод динамічної пропріоцептивної корекції з використанням рефлекторно-навантажувального пристрою «Гравітон» (К.Семенова). Технологія В. Козявкіна у роботі з дітьми з порушеннями опорно-рухових функцій зумовлених ураженням центральної нервової системи.		
11	Методика організації спеціального навчання та виховання дітей з порушеннями опорно-рухових функцій. Формування знань про довкілля засобами пізнавальних завдань. Організаційно-педагогічні умови індивідуального навчання в умовах сім'ї. Організація рухової діяльності дітей з порушеннями опорно-рухових функцій в режимі навчального дня. Сучасні підходи до планування занять, відбору матеріалу для роботи з дітьми з порушеннями опорно-рухових функцій.	2	-
12	Сучасні проблеми розвитку дитини з порушеннями опорно рухових функцій в освітньому просторі. Особливості облаштування розвивального середовища враховуючи рівні підтримки учнів з порушеннями опорно-рухових функцій. Нетрадиційне обладнання для учнів з порушеннями опорно-рухових функцій. Хендлінг (прийоми допомоги) дитині з порушеннями опорно-рухових функцій зумовлених ураженням центральної нервової системи. Допоміжні технічні засоби у повсякденному житті. Організація, зміст і контроль рухової діяльності дітей з порушеннями опорно-рухових функцій.	2	2
13	Усього	12	6

6. Самостійна робота

№ з/п	Назва теми	Кількість годин	
		денна	заочна
2	Нейрофізіологічні механізми порушень рухової сфери. Класифікація рухових рефлексів. Рухова навичка з позиції теорії П.Анохіна. Фази формування рухових навичок, стійкість рухових навичок.	5	7
6	Корекційно-розвиткова робота з дітьми раннього віку з порушеннями опорно-рухових функцій зумовлених ураженням центральної нервової системи. Пропедевтичні заходи що сприяють попередженню виникнення тяжких порушень опорно-рухового апарату та супутніх розладів.	5	5
8	Методика організації навчального процесу дітей з порушеннями опорно-рухових функцій дошкільного віку.	5	7

	Технічні засоби у повсякденному житті дітей з порушеннями опорно-рухових функцій дошкільного віку. Рівні підтримки дітей з порушеннями опорно-рухових функцій в закладах дошкільної освіти.		
10	Технології корекційно-розвиткової роботи з дітьми з порушеннями опорно-рухових функцій зумовлених ураженням центральної нервової системи. Фізичний розвиток	5	7
11	Методика організації спеціального навчання та виховання дітей з порушеннями опорно-рухових функцій. Формування навчально-мовленнєвої діяльності учнів за допомогою казки. Формування лінгвістичних понять на основі використання асоціативних схем.	4	6
12	Сучасні проблеми розвитку дитини з порушеннями опорно рухових функцій в освітньому просторі. Скаффолдінг — створення умов для підвищення успішності кожного учня з порушеннями опорно-рухових функцій. Транзиція: програми переходу молоді з порушеннями опорно- рухового апарату до дорослого життя. Медико-педагогічний контроль стану діяльності дихальної, серцево-судинної, нервово-м'язової систем, розумової працездатності, психофізичного стану, рухової активності.	5	7
Усього		60	76

7. Індивідуальні завдання

Індивідуальна навчально-дослідницька робота є видом поза аудиторної індивідуальної діяльності здобувача, результати якої використовуються у процесі вивчення програмового матеріалу навчальної дисципліни. Завершується виконання ІНДЗ прилюдним захистом навчального проекту.

Індивідуальне навчально-дослідницьке завдання (ІНДЗ) з курсу – це вид навчально-дослідницької роботи здобувача, яка містить результати дослідницького пошуку, відображає певний рівень його навчальної компетентності.

Мета ІНДЗ: самостійне вивчення частини програмового матеріалу, систематизація, узагальнення, закріплення та практичне застосування знань із навчального курсу, удосконалення навичок самостійної навчально-пізнавальної діяльності.

Зміст ІНДЗ: завершена теоретична або практична робота у межах навчальної програми курсу, яка виконується на основі знань, умінь та навичок, отриманих під час лекційних, семінарських, практичних занять і охоплює декілька тем або весь зміст навчального курсу.

Вид ІНДЗ, вимоги та оцінювання. Творчий проект, який складається з теоретичного та практичного блоків. Теоретичний блок охоплює ґрунтовний аналіз теоретичного матеріалу з використанням сучасних літературних джерел, висвітлення сучасних методичних підходів до формування пасивного та активного словника дітей в системі оволодіння граматичними значеннями дітьми дошкільного віку. Практичний блок складається з системи трьох конспектів логопедичних занять, п'яти конспектів дидактичних ігор і п'яти конспектів дидактичних вправ і дидактичного матеріалу до занять, ігор і вправ. Проект складається з теоретичного матеріалу та конкретних методичних розробок і дидактичного матеріалу з нижченаведених тем (одна тема на вибір студента).

Індивідуальне завдання з цієї дисципліни – курсова робота з дисциплін «Методика роботи з дітьми з різними категоріями порушень». Вона оцінюється диференційованим заліком після захисту (100 балів).

Ваша задача - змодельовати програму корекційної роботи з особою з порушенням опорно-рухових функцій з урахуванням теми курсової роботи (оцінка - 10 балів).

Завершується виконання ІНДЗ прилюдним захистом курсової роботи з сучасних технологій корекції порушень розвитку осіб з особливими освітніми потребами. Оцінка з ІНДЗ є обов'язковим балом, який враховується при підсумковому оцінюванні навчальних досягнень здобувача вищої освіти з навчальної дисципліни.

7. Методи навчання

1. Методи організації та здійснення навчально-пізнавальної діяльності:

За джерелом інформації:

Словесні: лекція із застосуванням комп'ютерних інформаційних технологій (PowerPoint – Презентація), семінари, пояснення, розповідь, бесіда, бліцопитування.

Наочні: спостереження, ілюстрація, демонстрація.

Практичні: інсценування, ігрові та практичні вправи, моделювання проблемних ситуацій, інтелектуальні розминки (головоломки), робота в групах та міні-групах («team building»), case-study.

2. Методи стимулювання інтересу до навчання і мотивації навчально-пізнавальної діяльності: навчальні дискусії; створення ситуації пізнавальної новизни; створення ситуацій зацікавленості (метод цікавих аналогій тощо), ретроспективний метод.

8. Засоби оцінювання

Поточний та семестровий контроль за умов змішаного навчання та (або) з використанням технологій дистанційного навчання може проводитися на базі освітніх дистанційних платформ та сервісів, для яких можна використовувати Moodle, Zoom, додатки від Google.

Основним завданням **поточного (формульовального) контролю** є оцінка рівня підготовленості здобувачів вищої освіти до виконання конкретної роботи, повноти та якості засвоєння ними навчального матеріалу за темами, змістовими модулями навчальної дисципліни та виконання індивідуального завдання відповідно до робочої програми навчальної дисципліни.

Застосовуються такі *форми оцінювання* навчальних досягнень здобувачів вищої освіти:

- усний контроль: мозкова атака, ділова гра; розв'язування ситуативних задач;
- самоконтроль: само- та взаємооцінювання, рефлексія;
- тестовий контроль: письмове тестування (закриті, відкриті питання).

Критеріями оцінювання є: повнота та логічність знань, володіння понятійним апаратом, вміння аргументувати та робити власні висновки; враховується характер відповідей на поставлені питання (чіткість, лаконічність, логічність, послідовність тощо); глибина знань, їх зв'язок із практикою, інтегрування з суміжними дисциплінами; вміння застосовувати теоретичні положення під час розв'язання ситуативних задач, вміння планувати діяльність відповідно до програмових вимог, добирати ефективні методи та прийоми відповідно до поставлених завдань, творчо підходити до розв'язання професійно зорієнтованих ситуацій.

Формою **підсумкового (сумативного) семестрового контролю** є екзамен у обсязі навчального матеріалу, передбаченого робочою програмою навчальної дисципліни.

Мінімальний прохідний бал допускання до екзамену – 25.

Максимальна кількість балів, що нараховується за екзамен – 50 балів.

При цьому можливі **два варіанти його складання:**

1) *в усній формі за білетами* у кількості 30 варіантів. Кожний варіант білета включає по три питання: перше та друге – передбачають перевірку засвоєних теоретичних положень, що вимагає від здобувачів вищої освіти глибоких, міцних і усвідомлених знань; третє питання має практичну спрямованість і є перевіркою сформованості результатів навчання, слугує показником професійних умінь доцільного використання навчально-методичного матеріалу;

Критеріями оцінювання на екзамені є:

Бали	Критерії оцінювання
------	---------------------

40 – 50	Відповіді, в яких навчальний матеріал відтворюється в повному обсязі, відповідь правильна, обґрунтована, логічна, містить аналіз і систематизацію, зроблені аргументовані висновки. Спостерігається глибоке володіння матеріалом, здобувач висловлює власне ставлення до альтернативних міркувань з конкретної проблеми, проявляє вміння самостійно та аргументовано викладати матеріал. Практичне завдання виконане правильно, як з використанням типового алгоритму, так і за самостійно розробленим алгоритмом.
15 – 39	Відповіді, в яких відтворюється значна частина навчального матеріалу. Здобувач виявляє знання і розуміння основних положень з навчальної дисципліни, певною мірою може аналізувати матеріал, порівнювати та робити висновки. Питання висвітлює повно, висвітлення їх завершене висновками, виявлене вміння аналізувати факти й події, а також виконувати навчальні завдання. У відповідях допущені несуттєві помилки, в усних відповідях – неточності, деякі незначні помилки, має місце недостатня аргументованість при викладенні матеріалу, нечітко виражене ставлення слухача до фактів.
1 – 14	Відповіді, в яких відтворюються основні положення навчального матеріалу на рівні запам'ятовування без достатнього розуміння; здобувач у цілому оволодів суттю питань з даної теми, виявляє знання матеріалу, навчальної літератури, намагається аналізувати факти й події, робити висновки. Але дає неповні відповіді на запитання, припускається грубих помилок при висвітленні теоретичного матеріалу. У практичних завданнях припущені несуттєві помилки.

2) у письмовій формі: передбачено 50 тестових завдань закритого типу, кожне з яких оцінюється 1 бал.

Загальна кількість балів за вивчений курс *для денної форми* обчислюється таким чином: підраховується кількість балів, набраних під час поточного контролю (ЗК= 40 балів(5*8)). Потім до отриманого показника додаються бали за виконане ІНДЗ та бали (10), та бали, набрані під час екзамену (50). За підсумками навчання здобувач вищої освіти може отримати 100 балів, визначаємо за формулою.

$$m = 40 + 10 + 50 = 100$$

40 бал. – поточний контроль;

10 бал. – ІНДЗ;

50 бал. – екзамен;

Загальна кількість балів за вивчений курс *для заочної форми* навчання обчислюється таким чином: підраховується кількість балів, набраних під час поточного контролю (15*3). Потім до отриманого показника додаються бали за виконане ІНДЗ та бали (5), та бали, набрані під час екзамену (50). За підсумками навчання здобувач вищої освіти може отримати 100 балів, визначаємо за формулою.

$$m = 45 + 5 + 50 = 100$$

бал. – поточний контроль;

5 бал. – ІНДЗ;

50 бал. – екзамен;

Відповідність підсумкових рейтингових оцінок у балах оцінкам за шкалою ЄКТС

Сума балів за всі види навчальної діяльності	Оцінка шкалою ЄКТС для всіх видів підсумкового контролю
90-100	А
78-89	В
65-77	С
50-64	D

35-49	FX
1-34	F

9. Методичне забезпечення

1. Навчально-методичний комплекс «Методика роботи з дітьми з порушеннями опорно-рухових функцій».
2. Електронна підтримка навчання Moodle.
3. Презентації до лекцій навчальної дисципліни у форматі Power Point.

Додаток Є.

Картки для звуконаслідування для дітей від 1 року (згенеровано спеціально для дослідження з допомогою нейромережі <https://dream.ai/>)

Мета: вчити дитину звуконаслідувати звуки тварин та оточуючого світу, формувати артикулеми, оральний праксис, розвивати зорово-моторне зосередження, мислення, вміння переключення. Виховання пізнавального інтересу.

Хід проведення

Встановлюємо позитивний емоційний контакт пропонуємо подивитися на картку та повторити за дорослим (як говорить собачка, котик тощо.). Після вдалої спроби обов'язкове схвалення успіху дитини. Кожну картку можемо показувати протягом 2-3 днів або більше залежить від засвоєння матеріалу, після переходимо до відпрацювання іншої картки.

Варіант ускладнення ви говорите, а дитина у силу своїх можливостей обирає картку із запропонованих та називає її.



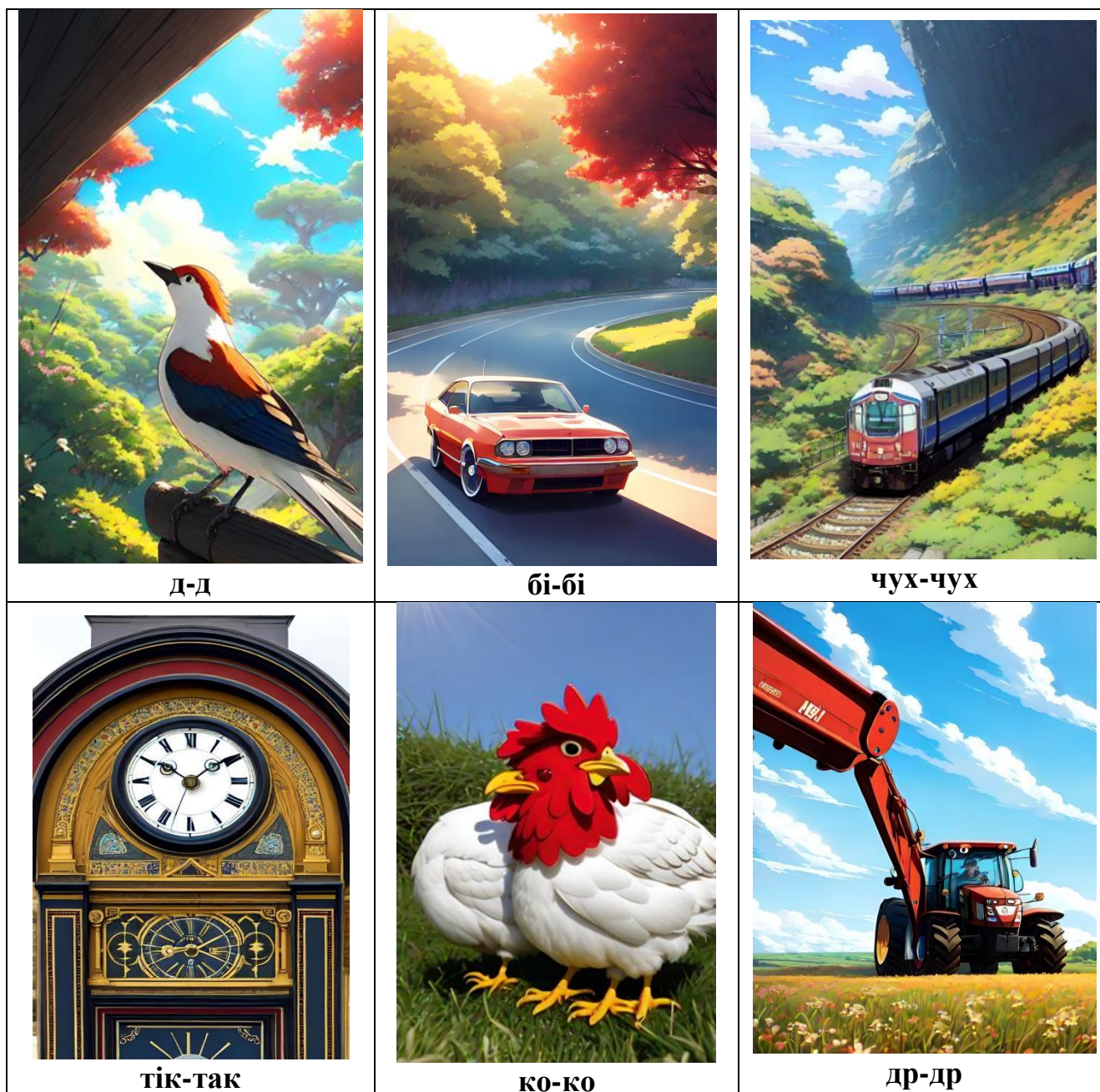
кря-кря



му-му



ав-ав



Додаток Ж

Іграшки своїми руками для розвитку дитини раннього віку з церебральним паралічем

Гра 1.

Космічні об'єкти

Мета: розвиток зорового праксису, дрібної моторики.

1. Підготуйте вирізані з картону геометричні фігури, орієнтовно А5 формату.
2. Наклейте на ці фігури чорні зображення геометричних фігур або намалюйте їх на картонних формах.
3. Розташуйте такі елементи над дитячим ліжечком не далі 1 метра.
4. Можна підвісити з допомогою стрічок до мобілю (після 4 міс). Довжина стрічки повинна бути такою, щоб дитина торкалася елементу витягуючи руку перед собою.

5. Зображення фігур повинні бути повернуті до дитини, протягом 2-3 днів слід змінювати розташування предметів та через 2 місяці доповнити кольоровими зображеннями.

Гра 2.

Книжка «Перекоти-поле»

Мета: розвивати вміння зорового зосередження, зорово-моторного праксису, дрібної моторики.

1. Зберіть порожні упаковки у формі тубусів.
2. Прикрасьте тубус цікавими для дитини образами. Це можуть бути намальовані візерунки із сильними контрастами, вирізані популярні дитячі персонажі казок, папір для пакування, зображення знайомих іграшок, вирізані із каталогів тощо.
3. Нехай дитина катає цю «книжку» туди-сюди, розмовляє з образами.
4. Або ж «книжки» можуть бути мобільними. Проколіть дірочки в кришці та розмістіть їх над ліжечком.

Гра 3.

Чарівні пляшечки

Мета: розвивати вміння зорового зосередження, зорово-моторного праксису, дрібної моторики.

1. Зберіть маленькі пляшечки від води або лимонаду. Вимийте їх теплою водою з милом та висушіть.
2. Наповніть кожен пляшечку різними предметами, які привертатимуть увагу дитини. Наприклад, фольгою, кольоровими цукерками тощо.
3. Намагайтесь зробити різними вагу пляшок і звуки, які вони видають, коли їх трясеш.
4. Перевірте, чи міцно закріплені кришки на пляшках, щоб дитина не змогла дістати вмісту.
5. Легенько трясіть одну пляшечку перед дитиною і дозволяйте їй візуально відстежувати рух вмісту.
6. Коли немовлята підростуть, нехай досліджують пляшечки більш вільно.

Гра 4.

Блискучій калейдоскоп

Мета: розвивати зорово-моторну координацію, тактильні відчуття, розвиток дрібної моторики.

1. Зберіть колекцію буденних предметів, які мають блиск.
2. Надайте можливість дитині пильно дивитися на предмети й вільно гратися з ними.
3. Застосовуйте такі слова, як «блискучий», «іскристий» і «переливчастий».
4. Спонукайте старших малят сортувати предмети на купи блискучих і матових предметів.
5. Запропонуйте дітям відчутти різну текстуру предметів.

Гра 5.

Фоторамка

Мета: розвивати вміння зорового зосередження, зорово-моторного праксису, уваги, вміння відслідковувати предмет.

1. Виріжте декілька цікавих картонних рамок.
2. Розфарбуйте їх, щоб зробити привабливішими й цікавішими.
3. Дайте дитині рамку й виведіть на прогулянку.
4. Заохочуйте малюка вивчати цікаві предмети. Прикладаючи фоторамку до квіточки, тваринки, іншого предмету.
5. Діяльність супроводжуйте словами та позитивними емоціями.

Гра 6.

Чарівні хатинки

Мета: розвивати вміння зорового зосередження, зорово-моторного праксису, уваги, вміння відслідковувати предмет.

1. Міцно прикріпіть стрічки, намисто тощо на кольорову хустинку.
2. Тримайте його перед дитиною, щоб привернути її увагу.
3. Рухайте хустинкою у напрямку до дитини, а потім назад.
4. Пограйте в хованки з хустинкою.
5. Нехай діти маніпулюють хустинкою, незалежно від того, що ви прикріпили до неї, тільки пильно наглядуйте весь час. Супроводжуйте дії мовленням.

Гра 7.

Палички з кориці

Мета: розвивати зорово-моторну координацію, тактильні відчуття, розвиток дрібної моторики, нюхових рецепторів.

1. Дайте дітям шматочки «наждачного» паперу різної шершавості.
2. Перед цим потріть палички кориці «наждачним» папером та запропонуйте понюхати, що вийшло.
3. З ароматного «наждачного» паперу виріжте різні форми та зробіть намисто або прикрасу для новорічної ялинки, ляльки, ведмедика.
4. Ви можете використовувати різні ароматні матеріали для «малювання» на «наждачному» папері, наприклад, ароматне мило або свічки.

Примітка! Важливо пам'ятати про особливості дитини. Головне не нашкодити!

Гра 8.

Духмяні мішечки

Мета: розвивати зорово-моторну координацію, тактильні відчуття, розвиток дрібної моторики, нюхових рецепторів.

1. Зберіть непарні шкарпетки й виперіть їх. Потім заповніть шкарпетки ватиною або ватою, можна іншими матеріалами.

2. Додайте в них різні ароматні речовини, наприклад, листя чаю, м'ятну чи лимонну есенції, мелену каву, корицю, слабкий порошок каррі, запашну пудингову суміш, сушені фрукти, трави, спеції тощо.

3. Натріть на терці або накришіть мило, свічки із фруктовим ароматом та насипте в деякі мішечки.

4. Міцно зав'яжіть мішечки із шкарпеток та прикріпіть стрічки, щоб зробити їх привабливішими.

5. Прикріпіть шкарпетки до пересувного предмета або розвісьте скрізь у кімнаті для того, щоб діти вивчали різні запахи.

6. Взаємодію із ароматними мішечками супроводжуйте позитивними емоціями та мовленням.

Гра 9.

Петрушка

Мета: розвиток зорового зосередження, фонематичного слуху, мислення.

1. Візьміть стару рукавичку та приклейте два ока.

2. Одягніть рукавичку собі на руку, розкриваючи долоньку показуйте дитині зображення оченят на відстані 50-70 см, супроводжуючи словами «Привіт малюк!»

3. Стимулюйте малюка вхопитися за вашу руку та давайте малюкові можливість потягнути руку до себе.

4. Увесь час взаємодії супроводжуйте мовленням та позитивними емоціями.

Гра 10.

Гора запахів

Мета: розвивати зорово-моторну координацію, тактильні відчуття, розвиток дрібної моторики, нюхових рецепторів.

1. Зшийте маленькі подушечки із залишків тканин із різною текстурою та наповніть їх спеціальним наповнювачем.

2. Додайте аромати до набивального матеріалу, наприклад, лаванду, корицю, м'яту тощо.

3. Запропонуйте дітям поповзати по подушках або погратися з ними у хованки.

4. Також можна запитати у дітей, запах яких подушок їм подобається, а яких ні.

Гра 11.

Прищипніть прищіпки

Мета: розвивати зорово-моторну координацію, тактильні відчуття, розвиток дрібної моторики.

1. Покладіть приблизно 30 дерев'яних прищіпок для білизни в кошик.

2. Покажіть дітям, що слід робити, щоб їх прикріпити (затиснувши один кінець, відкриваємо інший).

3. Дозвольте дітям попрактикуватися деякий час перед тим, як запропонувати їм прищипнути прищіпки по краю кошика.

4. Щоб полегшити гру, можете запропонувати не прищепити, а просто почепити прищіпку на край кошика іншою стороною.

5. Знімання прищіпок також може перетворитися на забаву.

Якщо використати пластмасові кольорові прищіпки, діти можуть навіть створити візерунки.

Гра 13.

Навішування кілець на гачки

Мета: розвивати зорово-моторну координацію, тактильні відчуття, розвиток дрібної моторики.

1. Візьміть підставку для чашок з гачками.
2. Покладіть нелаковані кільця для занавісок різних розмірів у кошик чи коробку.
3. Спочатку покажіть дітям, як вішати кільця на гачки.
4. Нехай діти вільно пограються з гачками та кільцями.
5. Заохочуйте дітей струшувати кільця з гачків та починати все знову.
6. Так само покладіть кольорові нові різнокольорові резиночки (для волосся).
7. Дозвольте дітям вільно погратися з ними перед тим, як запропонуєте так само вдягнути на гачки.

Примітка! За будь-якою діяльністю, в якій застосовуються дрібні предмети, які малята можуть проковтнути, повинна уважно спостерігати доросла людина.

Гра 14.

Павутинка

Мета: розвивати зорово-моторну координацію, тактильні відчуття, розвиток дрібної моторики, мислення.

1. Візьміть пластиковий контейнер з дірочками та в'язальні нитки.
2. Зробіть павутинку просовуючи у отвори контейнера нитку.
3. У контейнер покладіть іграшки, м'ячики, геометричні фігури.
4. Запропонуйте дитині витягнути з пастки предмети. Коментуйте власні дії та дії дитини.
5. За кожну вдалу спробу хваліть дитину.

Гра 15.

Чарівна банка

Мета: розвивати зорово-моторну координацію, тактильні відчуття, розвиток дрібної моторики.

1. У пластикову банку з під кави тощо, насипаємо різні сипучі (крупка, дрібні макарони, камінчики, гідрогель).
2. Кладемо у ємність різні предмети, пропонуємо дитині дістати їх.
3. Спочатку спостерігаємо за станом дитини, далі можна допомагати та опускати руку дитини у ємність та здійснювати пасивні рухи, потім дитина самостійно бере іграшки.
4. Дії дитини обов'язково коментуйте. Заохочуйте вдалі спроби.