

СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ А. С. МАКАРЕНКА

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису

НАВОЛОКОВА ОЛЕКСАНДРА ОЛЕГІВНА

УДК 376-056.264-053.4:81'233'234(043.5)

ДИСЕРТАЦІЯ

**КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО АКТИВІЗАЦІЇ МОВЛЕННЄВОЇ
ДІЯЛЬНОСТІ У НЕМОВЛЕННЄВИХ ДОШКІЛЬНИКІВ**

01 Освіта/Педагогіка

016 Спеціальна освіта

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело
_____ О. О. Наволокової.

Науковий керівник – Оксана Володимирівна Боряк, доктор педагогічних наук, професор.

СУМИ-2025

АНОТАЦІЯ

Наволокова Олександра Олегівна. Комплексний підхід до активізації мовленнєвої діяльності у немовленнєвих дошкільників. — Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії зі спеціальності 016 Спеціальна освіта — Сумський державний педагогічний університет імені А. С. Макаренка, Суми, 2025.

Зміст анотації

Дисертаційне дослідження присвячене комплексному науково-педагогічному обґрунтуванню, розробленню та апробації системи активізації мовленнєвої діяльності у немовленнєвих дітей дошкільного віку. У центрі уваги — діти 4–5 років із сенсорною, моторною та сенсомоторною алалією, із загальним недорозвиненням мовлення II рівня та супутніми непрогресуючими когнітивними порушеннями (зокрема ММД).

Дослідження розглядає ранні етапи формування мовлення, під час якого своєчасна корекційно-педагогічна та медико-психологічна допомога може істотно змінити траєкторію нейророзвитку дитини, запобігти вторинним ускладненням та забезпечити умови для формування ефективної комунікативної поведінки.

Актуальність роботи визначається різким зростанням кількості дітей із тяжкими—порушеннями мовлення (ТПМ) в Україні, що зумовлено не лише медичними, але й соціальними факторами — зокрема наслідками воєнних дій, які спричиняють підвищення рівня стресу, порушення стабільності сімейного середовища, фрагментарність освітніх маршрутів та зниження доступності спеціалізованої допомоги.

Наразі спостерігається збільшення випадків тривалого етапу відсутності мовлення, дизонтогенетичних варіантів розвитку та коморбідних розладів, що потребує перегляду традиційних корекційних моделей та впровадження науково обґрунтованих, комплексних та мультидисциплінарних підходів.

У роботі здійснено фундаментальний аналіз сучасних теоретичних підходів до вивчення механізмів становлення мовлення у дітей з порушеннями розвитку, а саме: нейропсихологічного, лінгвістичного, психолого-педагогічного та медичного. Розкрито зміст категорій «немовленнєві діти», «активізація мовленнєвої діяльності», «раннє корекційне втручання», «мовленнєва готовність», «запуск мовлення». Ці поняття потребують наукового уточнення, оскільки часто використовуються у практиці без методологічного обґрунтування. У дисертаційному дослідженні запропоновано оновлені дефініції, які підкріплені клінічними, психолінгвістичними та педагогічними даними, що дозволяє уникати діагностичної нечіткості та підвищує ефективність вибору індивідуальної траєкторії допомоги.

Науково-педагогічне дослідження проводилось упродовж 2021–2025 рр. на базі Міжвідомчої наукової лабораторії корекційно-реабілітаційних технологій кафедри спеціальної та інклюзивної освіти СумДПУ імені А.С.Макаренка, закладів дошкільної освіти різних типів.

Загальна вибірка становила 63 дитини, із яких 67 % – становили хлопчики. До складу вибірки увійшли діти з документально підтвердженими діагнозами, встановленими невропатологом, психіатром. На основі первинних результатів діагностики було сформовано контрольну групу (29 дітей), у якій корекційно-педагогічний супровід здійснювався за традиційними методиками, та експериментальну групу (34 дитини), у якій проводилася апробація розробленої автором моделі активізації мовленнєвої діяльності.

Одним із ключових результатів початкового етапу стало створення та апробація анкети-скринінгу, що дозволяє на ранніх етапах (2–4 роки) визначити

ризика розвитку тяжких порушень мовлення. Анкета включає блоки оцінки нейророзвитку, поведінкових маркерів, слухових реакцій, сенсомоторного розвитку, просодичних та комунікативних характеристик. Її використання у практиці ЗДО дозволяє педагогам своєчасно направляти сім'ї на спеціалізоване обстеження, що значно скорочує латентний період між виявленням проблеми та початком терапії.

Важливим методичним результатом є створення адаптованої діагностичної моделі комплексного логопедичного обстеження немовленнєвих дітей, яка включає:

- оцінювання мовленнєвої готовності до спілкування з оточуючими;
- аналіз сенсомоторної та орофациальної бази;
- визначення особливостей слухового сприймання та переробки інформації;
- дослідження просодичної сторони мовлення;
- оцінювання комунікативної ініціативи;
- визначення факторів ризику мовленнєвої дезорганізації та нестійкості мовленнєвого програмування.

У формувальній частині дослідження було структуровано та впроваджено триетапну систему активізації мовленнєвої діяльності, яка охоплює:

Підготовчий етап – формування передумов мовленнєвої активності (сенсорна інтеграція, моторика, просодичне налаштування, розвиток вокалізацій, наслідування).

Етап становлення елементарної мовленнєвої активності – поява перших слів, становлення артикуляційних позицій, розвиток фонематичних реакцій, стимуляція ініціативних висловлювань.

Заключний етап – розвиток самостійного фразового мовлення, який представлено як логічно завершений, інтегративний та найбільш тривалий

компонент системи. Цей етап включає формування складової структури слова (побудова граматичних конструкцій, формування фраз через сюжетно-рольові ігри, театралізацію, діалогічні вправи та інтеграцію мовлення у повсякденні ситуації).

Особливої уваги заслуговує поділ мовленнєвих помилок за типами структурних порушень та розроблені авторські шляхи їх подолання.

У роботі описано механізми появи пропусків складів, феноменів надмірної вокалізації та атипових інтервенцій приголосних звуків, що дозволило запропонувати чіткі, технологічно вивірені алгоритми корекції.

Отримані на формувальному етапі результати засвідчили статистично значущу позитивну динаміку у дітей експериментальної групи.

Серед ключових змін:

- збільшення середньої кількості ініційованих дитиною висловлювань;
- зниження частоти деформацій складової структури слова;
- нормалізація темпо-ритмічних характеристик мовлення;
- приріст активного словника (у середньому на 38–52 % порівняно з КГ);
- формування стійкої фрази у 74 % дітей експериментальної групи;
- зменшення проявів мовленнєвої дезорганізації.

Зафіксована позитивна динаміка супроводжувалася змінами у когнітивно-поведінковій сфері: діти стали більш зосередженими, емоційно включеними, активними у взаємодії.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що:

- уперше розроблено та апробовано цілісну адаптовану діагностичну модель для виявлення та оцінювання мовленнєвих можливостей немовленнєвих дітей;
- уточнено понятійно-термінологічний апарат у сфері корекції тяжких порушень мовлення;

- створено алгоритмічні моделі формування мовленнєвої діяльності на різних етапах запуску мовлення, представлені у вигляді діаграм і блок-схем;
- емпірично доведено результативність мультидисциплінарного підходу, який включає взаємодію вчителя-логопеда, нейропсихолога, невролога, реабілітолога та сім'ї;
- обґрунтовано нові підходи до корекції порушень складової структури слова, поняття мовленнєвої дезорганізації та методів її подолання.

Практичне значення роботи полягає у створенні навчально-методичних матеріалів: діагностичних карт, анкет-скринінгів, програм занять, алгоритмів корекції, які можуть використовуватися вчителями-логопедами, фахівцями ІРЦ, педагогами ЗДО та реабілітаційними командами. Матеріали придатні для впровадження у систему післядипломної освіти та професійної підготовки вчителів-логопедів.

Ключові слова: комплексний підхід, мовленнєва діяльність, немовленнєві дошкільники, комунікативна компетентність, затримка психо-мовленнєвого розвитку, порушення мовлення, тяжкі порушення мовлення, розлади мовлення, логокорекційна робота, міждисциплінарна взаємодія, корекція.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА

Наукові праці, у яких опубліковані основні наукові результати дисертації

Статті у наукових фахових виданнях України

1. Наволокова О. О., Боряк О. В. Мінімальна мозкова дисфункція та немовленнєві діти дошкільного віку: діагностика, корекція в умовах воєнного стану. *Inclusion and Diversity* 2023. Вип. 2. С. 31–37.
<https://journals.spu.sumy.ua/index.php/inclusion/article/view/16/14>
2. Наволокова О. О. Технології «запуску мовлення» в логокорекційній роботі з немовленнєвими дітьми *Освіта. Інноватика. Практика*. 2024, Том 12. Вип. №10 . С. 121-126.

<https://oip-journal.org/index.php/oip/issue/view/31>

3. Наволокова О. О., Боряк О. В. Психолого-логопедична реабілітація дітей із тяжкими порушеннями мовлення (ТПМ) у прифронтових зонах: досвід Харківської області. *Inclusion and Diversity*. 2025. Вип. 6. С. 42-47.

<https://journals.spu.sumy.ua/index.php/inclusion/article/view/554>

Монографії

4. Наволокова О. О., Боряк О. В. Комплексний підхід до вивчення комунікативно- мовленнєвої діяльності у немовленнєвих дошкільників в реаліях сьогодення. *Освіта в Україні: євроінтеграційний вектор : колективна монографія* / Під заг. ред. О. Боряк. Суми : Вид-во СумДПУ імені А.С.Макаренка, 2023. 197 с. http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP_meta&C21COM=S&2_S21P03=FILA=&2_S21STR=logoped_2015_7_6

Публікації у наукових виданнях іноземних держав

5. Наволокова О. О., Боряк О. В. Когнітивні дисфункції у дітей з порушеннями мовлення, що пережили психотравмуючі впливи війни. *Proceedings of the IX International Scientific and Practical Conference «Comprehension of the multidimensionality phenomenon of knowledge», February 27 – 28, 2023 Rotterdam, Netherlands by the «InterSci»*. 78 p. С. 42–47. https://er.knutd.edu.ua/bitstream/123456789/24972/3/Comprehension_of_the_multidimensionality_phenomenon_of_knowledge.pdf

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

6. Наволокова О. О., Логопедична допомога дошкільникам з ООП в умовах дистанційного онлайн навчання. *Освітні і культурно-мистецькі практики в контексті інтеграції України у міжнародний науково-інноваційний простір: матеріали III Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених, 12-13 травня 2022, м. Запоріжжя.*, С 68-72.

7. **Наволокова О. О.**, Активізація мовленнєвої діяльності у дітей з ООП в умовах полілінгвального середовища («Activation of speech activity in children with special education needs (SEN) in a polylingual environment»). *Становлення особистості дитини в умовах сучасного розвитку суспільства: соціально-педагогічний, психологічний, корекційний і медичний аспекти : матеріали всеукр. наук.-практ. конф., м. Полтава, 12–13 трав. 2022 р. / за заг. ред. Н. Г. Пахомової, В. І. Березан. Полтава : ПНПУ імені В. Г. Короленка, 2022. С. 163-167.*

8. **Наволокова О. О.**, Стрес, як негативний чинник впливу на розвиток комунікативних вмінь та навичок немовленнєвих дітей («Stress as a negative of influence on the development of communicative change and skills of non-speaking children»). *Корекційна та інклюзивна освіта очима молодих науковців: матеріали IX Міжнародної науково-практичної конференції, 18 травня; 2022 Суми : Вид-во СумДПУ імені А.С. Макаренка, С. 161-165.*

9. **Наволокова О. О.** Скринінг мовленнєвого розвитку дітей дошкільного віку в умовах воєнного стану. *Корекційно-реабілітаційна діяльність: стратегії розвитку у національному та світовому вимірі, матеріали VIII Міжнародної науково-практичної конференції, 23 листопада; 2022 Суми : Вид-во СумДПУ імені А.С. Макаренка, С. 161-164.*

ABSTRACT

Navolokova Oleksandra Olehivna. The comprehensive approach to activating speech activity in non-verbal preschoolers. – Qualification scientific work in the form of a manuscript.

Dissertation for Doctor of Philosophy degree in the specialty A6 Special Education.
– Sumy State Pedagogical University named after A. S. Makarenko, Sumy, 2025.

Contents of the abstract

The dissertation research is devoted to a comprehensive scientific and pedagogical substantiation, development and testing of a system for activating speech activity in non-verbal preschoolers. The focus is on children aged 4–5 with sensory, motor and sensorimotor alalia, with general speech underdevelopment of the II level and concomitant non-progressive cognitive disorders (in particular, MBD).

The study examines the early stages of speech formation, during which timely corrective-pedagogical and medical-psychological assistance can significantly change the trajectory of a child's neurodevelopment, prevent secondary complications, and provide conditions for the formation of effective communicative behavior.

The relevance of the work is determined by the sharp increase in the number of children with severe speech disorders (SSD) in Ukraine, which is due not only to medical but also to social factors – in particular, the consequences of military actions, which cause an increase in the level of stress, disruption of the stability of the family environment, fragmentation of educational routes, and a decrease in the availability of specialized care.

Currently, there is an increase in cases of a prolonged stage of speech absence, dysontogenetic development variants, and comorbid disorders, which requires a revision of traditional correctional models and the implementation of scientifically sound, comprehensive, and multidisciplinary approaches.

The work provides a fundamental analysis of modern theoretical approaches to studying the mechanisms of speech formation in children with developmental

disorders, namely: neuropsychological, linguistic, psychological-pedagogical and medical. The content of the categories “non-verbal children”, “activation of speech activity”, “early corrective intervention”, “speech readiness”, “speech launch” is revealed. These concepts require scientific clarification, as they are often used in practice without methodological justification. The dissertation proposes updated definitions, which are supported by clinical, psycholinguistic and pedagogical data, which allows avoiding diagnostic ambiguity and increases the effectiveness of choosing an individual trajectory of assistance.

The scientific and pedagogical research was conducted during 2021–2025 on the basis of the Interdepartmental Scientific Laboratory of Correctional and Rehabilitation Technologies of the Department of Special and Inclusive Education of Sumy State Pedagogical University named after A.S. Makarenko, preschool education institutions of various types.

The total sample consisted of 63 children, of which 67% were boys. The sample included children with documented diagnoses established by a neurologist, psychiatrist. Based on the initial diagnostic results, a control group (29 children) was formed, in which correctional and pedagogical support was carried out using traditional methods, and an experimental group (34 children), in which the author’s model of speech activation was tested.

One of the key results of the initial stage was creation and testing of a screening questionnaire, which allows at the early stages (2–4 years) to determine the risks of developing severe speech disorders. The questionnaire includes blocks for assessing neurodevelopment, behavioral markers, auditory reactions, sensorimotor development, prosodic and communicative characteristics. Its use in the practice of early childhood education allows educators to promptly refer families for specialized examination, which significantly reduces the latency period between the identification of the problem and the start of therapy.

An important methodological result is creation of an adapted diagnostic model of a comprehensive speech therapy examination of non-verbal children, which includes:

- assessment of speech readiness for communication with others;
- analysis of the sensorimotor and orofacial base;
- determination of the features of auditory perception and information processing;
- study of the prosodic side of speech;
- assessment of communicative initiative;
- determination of risk factors for speech disorganization and instability of speech programming.

In the molding part of the study, a three-stage system of activating speech activity was structured and implemented, which includes:

Preparatory stage – formation of prerequisites for speech activity (sensory integration, motor skills, prosodic tuning, development of vocalizations, imitation).

The stage of formation of elementary speech activity – the appearance of the first words, the formation of articulatory positions, the development of phonemic reactions, the stimulation of initiative utterances.

The final stage – the development of independent phrasal speech, which is presented as a logically completed, integrative and most prolonged component of the system. This stage includes formation of the component structure of the word (construction of grammatical constructions, formation of phrases through plot-role-playing games, theatricalization, dialogic exercises and integration of speech in everyday situations).

The division of speech errors by types of structural disorders and the author's ways of overcoming them deserve special attention.

The work describes the mechanisms of the appearance of syllable omissions, phenomena of excessive vocalization and atypical interventions of consonant sounds, which made it possible to propose clear, technologically verified correction algorithms.

The results obtained at the molding stage showed statistically significant positive dynamics in children of the experimental group.

Among the key changes:

- increase in the average number of utterances initiated by the child;
- decrease in the frequency of deformations of the component structure of the word;
- normalization of tempo-rhythmic characteristics of speech;
- increase in active vocabulary (on average by 38–52% compared to the CG);
- formation of a stable phrase in 74% of children in the experimental group;
- decrease in manifestations of speech disorganization.

The recorded positive dynamics was accompanied by changes in the cognitive-behavioral sphere: children became more focused, emotionally involved, and active in interaction.

The scientific novelty of the results obtained lies in the fact that:

- for the first time, a holistic adapted diagnostic model has been developed and tested for the identification and assessment of speech abilities of non-verbal children;
- the conceptual and terminological apparatus in the field of correction of severe speech disorders has been clarified;
- the algorithmic models of the formation of speech activity at different stages of speech initiation have been created, presented in the form of diagrams and flowcharts;
- the effectiveness of a multidisciplinary approach, which includes the interaction of a speech therapist, neuropsychologist, neurologist, rehabilitation specialist and family, has been empirically proved;
- the new approaches to the correction of violations of the component structure of the word, the concept of speech disorganization and methods of overcoming it, have been substantiated.

The practical significance of the work lies in creation of educational and methodological materials: diagnostic cards, screening questionnaires, lesson plans,

correction algorithms that can be used by speech therapist teachers, IRC specialists, special education teachers and rehabilitation teams. The materials are suitable for implementation in the system of postgraduate education and professional training of speech therapist teachers.

Key words: comprehensive approach, speech activity, non-verbal preschoolers, communicative competence, delayed psycho-speech development, speech disorders, severe speech disorders, speech disorders, speech correction work, interdisciplinary interaction, correction.

LIST OF PUBLICATIONS OF THE GRADUATES

Scientific works in which the main scientific results of the dissertation are published

Articles in scientific professional publications of Ukraine

1. Наволокова О. О, Боряк О. В. Мінімальна мозкова дисфункція та немовленнєві діти дошкільного віку: діагностика, корекція в умовах воєнного стану. *Inclusion and Diversity* 2023. Вип. 2. С. 31–37.
<https://journals.spu.sumy.ua/index.php/inclusion/article/view/16/14>

2. Наволокова О. О. Технології «запуску мовлення» в логокорекційній роботі з немовленнєвими дітьми *Освіта. Інноватика. Практика*. 2024, Том 12. Вип. №10 . С. 121-126.
<https://oip-journal.org/index.php/oip/issue/view/31>

3. Наволокова О. О., Боряк О. В Психолого-логопедична реабілітація дітей із тяжкими порушеннями мовлення (ТПМ) у прифронтових зонах: досвід Харківської області. *Inclusion and Diversity*. 2025. Вип. 6. С. 42-47.
<https://journals.spu.sumy.ua/index.php/inclusion/article/view/554>

Monographs

4. Наволокова О. О., Боряк О. В. Комплексний підхід до вивчення комунікативно- мовленнєвої діяльності у немовленнєвих дошкільників в реаліях

сьогодення. *Освіта в Україні: євроінтеграційний вектор : колективна монографія* / Під заг. ред. О. Боряк. Суми : Вид-во СумДПУ імені А.С.Макаренка, 2023. 197 с. http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP_meta&C21COM=S&2_S21P03=FILA=&2_S21STR=logoped_2015_7_6

Publications in scientific publications of foreign countries

5. Наволокова О. О., Боряк О. В. Когнитивні дисфункції у дітей з порушеннями мовлення, що пережили психотравмуючі впливи війни. *Proceedings of the IX International Scientific and Practical Conference «Comprehension of the multidimensionality phenomenon of knowledge», February 27 – 28, 2023 Rotterdam, Netherlands by the «InterSci». 78 p. С. 42–47.* https://er.knutd.edu.ua/bitstream/123456789/24972/3/Comprehension_of_the_multidimensionality_phenomenon_of_knowledge.pdf

Scientific works that certify the approval of the dissertation materials

6. Наволокова О. О., Логопедична допомога дошкільникам з ООП в умовах дистанційного онлайн навчання. *Освітні і культурно-мистецькі практики в контексті інтеграції України у міжнародний науково-інноваційний простір: матеріали III Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених, 12-13 травня 2022, м. Запоріжжя., С 68-72.*

7. Наволокова О. О., Активізація мовленнєвої діяльності у дітей з ООП в умовах полілінгвального середовища («Activation of speech activity in children with special education needs (SEN) in a polylingual environment»). *Становлення особистості дитини в умовах сучасного розвитку суспільства: соціально-педагогічний, психологічний, корекційний і медичний аспекти : матеріали всеукр. наук.-практ. конф., м. Полтава, 12–13 трав. 2022 р. / за заг. ред. Н. Г. Пахомової, В. І. Березан. Полтава : ПНПУ імені В. Г. Короленка, 2022. С. 163-167.*

8. Наволокова О. О., Стрес, як негативний чинник впливу на розвиток комунікативних вмінь та навичок немовлених дітей («Stress as a negative of influence on the development of communicative change and skills of non-speaking children»). *Корекційна та інклюзивна освіта очима молодих науковців: матеріали IX Міжнародної науково-практичної конференції*, 18 травня; 2022 Суми : Вид-во СумДПУ імені А.С. Макаренка, С. 161-165.

9. Наволокова О. О. Скринінг мовленнєвого розвитку дітей дошкільного віку в умовах воєнного стану. *Корекційно-реабілітаційна діяльність: стратегії розвитку у національному та світовому вимірі, матеріали VIII Міжнародної науково-практичної конференції*, 23 листопада; 2022 Суми : Вид-во СумДПУ імені А.С. Макаренка, С. 161-164.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	18
ВСТУП	19
РОЗДІЛ 1. НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИЗНАЧЕННЯ МОВЛЕННЄВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ПРИ ТИПОВОМУ ТА ПОРУШЕНОМУ РОЗВИТКУ	32
1.1. Закономірності розвитку мовленнєвої діяльності у дітей дошкільного віку	32
1.2. Порухення мовлення у немовленнєвих дітей як медико- психолого-педагогічна проблема	47
1.3. Психолого-педагогічна характеристика немовленнєвих дітей дошкільного віку	55
Висновки до розділу 1	63
РОЗДІЛ 2. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МЕТОДИКА ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ МОВЛЕННЄВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ НЕМОВЛЕННЄВИХ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ	66
2.1. Обґрунтування констатувального етапу вивчення особливостей мовленнєвої діяльності немовленнєвих дітей дошкільного віку	66
2.2. Обґрунтування та експериментальне впровадження експериментальної методика вивчення мовленнєвої діяльності обраної категорії дітей	74
2.3. Аналіз результатів констатувального етапу дослідження	87
Висновки до розділу 2	97
РОЗДІЛ 3. ОБҐРУНТУВАННЯ КОМПЛЕКСНОГО ПІДХОДУ ДО АКТИВІЗАЦІЇ МОВЛЕННЄВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ НЕМОВЛЕННЄВИХ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ	100

3.1. Здійснення комплексного підходу в спеціальній освіті на сучасному етапі розвитку	100
3.2. Аналіз сучасних методик роботи з немовленнєвими дошкільниками	109
3.3. Обґрунтування та експериментальна перевірка методики комплексного підходу до активізації мовленнєвої діяльності обраної категорії дітей	122
3.4. Аналіз результатів формувального етапу дослідження	139
Висновки до розділу 3	175
ВИСНОВКИ	177
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	181
ДОДАТКИ	197

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

- ВКФ** – вищі кіркові функції;
- ВПФ** – вищі психічні функції;
- ЕЕГ** – електроенцефалографія;
- ЕНМТ** – екстремально низька маса тіла;
- ЗДО** – заклад дошкільної освіти;
- ЗПМР** – затримка психомовленнєвого розвитку;
- ЛЗ** – лікарський засіб;
- МЕГ** – магнітоенцефалографія;
- ММД** – мінімальна мозкова дисфункція;
- ООП** – особливі освітні потреби;
- ПМ** – продукування мовлення;
- ППФР** – порушення психофізичного розвитку;
- ПФТПМ** – паралітична форма тяжкого порушення мовлення;
- ТПМ** – тяжкі порушення мовлення;
- ЦНС** – центральна нервова система;
- fMRI** – магнітно-резонансна томографія;
- ТРО** (temporo-parieto-occipitalis) – стик скроневої, тім'яної та потиличної часток;
- TMS** – транскраніальна магнітна стимуляція

ВСТУП

Актуальність дослідження. Сучасний етап розвитку теорії і практики спеціальної освіти характеризується посиленою увагою до поглибленого вивчення особливостей мовленнєвого розвитку дітей із порушеннями психофізичного розвитку (ППФР), що має велике науково-практичне значення.

Дослідники все більше розуміють важливість раннього виявлення та інтервенції для поліпшення комунікаційних навичок дітей із ППФР.

Перші прояви особливостей мовленнєвого розвитку дітей із ППФР можна помітити вже в ранньому дитинстві. Оскільки там діти мають складнощі під час формування мовлення, вони можуть демонструвати затримку у прояві мовленнєвих навичок порівняно зі своїми ровесниками, на чому наголошують дослідження Д. Бішоп, С. Козловської, Л. Леонард, Л. Татаринцевої, Л. Плешко та ін, у яких зазначається про різний ступінь вираженості цих порушень, що може бути зумовлено специфічними особливостями переробки слухової інформації, когнітивними дисфункціями або нейропсихологічними чинниками (Д. Камбарова, С. Каушке). Вивчення означених аспектів є важливим для розробки ефективних методів діагностики та корекції мовленнєвих розладів (Л. Торговцова).

Узагальнюючи прояви особливостей мовленнєвого розвитку на різних етапах онтогенезу, можна визначити їх спільні ознаки:

- Відсутність мовлення або критично обмежене мовлення: деякі діти можуть не починати використовувати мовлення або мати обмежений запас слів для вираження своїх потреб або бажань.
- Незвичайна артикуляція: діти можуть мати проблеми з артикулюванням звуків рідної мови або мати порушення чіткої звуковимови.

- Обмеженість словникового запасу: діти можуть вживати лише обмежену кількість звукокомплексів або двоскладові слова із відкритих складів / односкладові слова з закритих складів для спілкування з оточуючими.
- Затримка в розвитку мовленнєвих навичок: мовленнєві навички дитини нижчі її вікової норми.
- Порушення рецептивного мовлення проявляється у зниженні здатності до розуміння та слухового сприйняття зверненого мовлення при збереженому фізичному слухові.

Фахівці наголошують на необхідності та доцільності розвитку корекційно-відновлюваної, корекційно-розвивальної роботи з дітьми саме у дошкільні роки, незалежно від ступеня вираженості мовленнєвого порушення (Н. Базима, О. Боряк, В. Галущенко, Н. Голуб, О. Качуровська, Ю. Коломієць, С. Конопляста, Н. Лопатинська, І. Мартиненко, І. Марченко, Л. Носкова, Н. Пахомова, В. Тарасун, В. Тищенко, Н. Чередніченко, Т. Швалюк, М. Шеремет, Б. Блум, Г. Махоні). Це пов'язано, насамперед, з пластичністю дитячого мозку, чутливістю до стимуляції мовленнєвого і психічного розвитку, здатністю до компенсації порушених функцій.

Мовленнєва активність дитини може бути показником як рівня її актуального психічного розвитку, так і основою визначення «зони найближчого розвитку» (L. Vygotsky) у її інтелектуальній та емоційно-вольовій сферах.

Корекційно-педагогічний (логопедичний) вплив, спрямований на формування мовленнєвої діяльності дітей дошкільного віку має базуватися на посиленні соціальної спрямованості виховання та навчання, на формуванні позитивної мотивації та її активізації. Важливість вивчення мовленнєвої активності дитини наголошується багатьма вченими (Н. Лисенко, І. Мартинчук, О. Пономаренко, Л. Шевченко, Т. Чарман, Л. Ламбрехт, І. Маджіаті), вони розглядають її як компонент різних видів діяльності.

Вивчення досвіду роботи установ різного типу (дошкільних закладів, центрів раннього розвитку, логопедичних кабінетів, спеціалізованих дитячих клінік, громадських та волонтерських організацій) свідчить, що стимуляція розвитку та корекція порушень мовленнєвої та пізнавальної діяльності в дошкільному віці, на жаль, проводиться недостатньо.

Діти дошкільного віку, які постраждали внаслідок збройної агресії, представляють особливу категорію дітей з тяжкими мовленнєвими порушеннями (ТПМ). Вони потребують невідкладної допомоги та комплексного підходу в реабілітаційному процесі.

Військовий конфлікт негативно вплинув на збільшення кількості дітей із тяжкими психологічними травмами, що суттєво ускладнив їх можливості розвитку мовлення та соціальну адаптацію. Виходячи з цього, важливо визначити та впровадити ефективні методи та програми для відновлення/розвитку мовленнєвих навичок та інтеграцію цих дітей у суспільство.

Першочергове значення набуває вирішення завдань організації та здійснення своєчасної комплексної корекційно-відновлювальної допомоги дітям дошкільного віку, що потребує розробки багатопланових програм, побудованих на основі системно-цілісного підходу. Реалізація програм передбачає удосконалення нормативно-правової бази, забезпечення міжвідомчої взаємодії та проведення єдиної кадрової політики.

Недостатня розробленість зазначених питань визначила проблематику даного дослідження. На нашу думку, перспективним є вивчення групи «немовленнєвих» дітей дошкільного віку із затримкою психомовленнєвого розвитку (ЗПМР), спричинених мінімальними мозковими дисфункціями (ММД) в умовах закладів дошкільної освіти державної та приватної форм власності з інклюзивним навчанням.

Методологічну та теоретичну основу дослідження склали діалектичні положення філософії, психології та педагогіки про єдність свідомості та

поведінки людини (Ф. Бекон, Г. Гегель, Р. Декарт, Дж. Локк та ін.); концепція про складну структуру порушень, що виникають у результаті первинного та вторинного порушення (Дж. Брунер, Л. Фестінгер, К. Мох); а також такі вчення: про потенційні можливості розвитку дитини (Н. Хомський); про поступове включення мовленнєвого знака до системи знаків домовленнєвої комунікації (М. Шеремет); про значимість невербальних засобів у забезпеченні комунікації (Е. Bates) та подальшому мовленнєвому розвитку дитини (Н. Базима, Н. Лопатинська); про розмежування понять «комунікативна здатність» і «мовленнєва здатність» та про їх відносну незалежність, незважаючи на тісний взаємозв'язок (В. Мадзігон, Д. Хаймс). Соціальна важливість і актуальність проблеми, її недостатнє теоретичне та практичне опрацювання, а також виявлені суперечності стали визначальними факторами у виборі теми дисертаційного дослідження – «Комплексний підхід до активізації мовленнєвої діяльності у немовленнєвих дітей дошкільного віку».

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дослідження виконано в межах науково-дослідної тематики кафедри спеціальної та інклюзивної освіти Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка.

Тему затверджено вченою радою Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка (протокол № 4 від 20 листопада 2021 року) та **уточнено** (протокол № 10 від 28 квітня 2025 року).

Мета дослідження – розробити, обґрунтувати та експериментально перевірити психолого-педагогічні умови комплексного підходу до активізації мовленнєвої діяльності немовленнєвих дітей.

Відповідно до мети були визначені такі **завдання** дослідження:

1. Здійснити теоретичний аналіз загальної та спеціальної літератури, присвяченій проблематиці дослідження.

2. Визначити та обґрунтувати критерії та показники мовленнєвого розвитку немовленнєвих дітей дошкільного віку.

3. Розробити та емпірично перевірити експериментальну методику вивчення мовленнєвої діяльності обраної категорії здобувачів дошкільного віку.

4. Визначити, обґрунтувати та експериментально перевірити психолого-педагогічні умови комплексного підходу активізації мовленнєвої діяльності обраної категорії здобувачів.

Об'єкт дослідження – мовленнєва діяльність немовленнєвих дітей дошкільного віку.

Предмет дослідження – психолого-педагогічні умови комплексного підходу до активізації мовленнєвої діяльності немовленнєвих дітей.

Методологічною основою дослідження стали: загальнонаукові методологічні підходи – системний підхід (В. Ломов, В. Гансен, G. Shchedrovytsky); діяльнісний підхід (О. Leontiev, S. Rubinstein); комплексний підхід (Л. Vygotsky, V. Lebedinsky); лінгвістичні теорії мовлення – психолінгвістична концепція мовленнєвої діяльності (О. Leontiev, І. Zimnya, Т. Akhutin); теорія онтогенезу мовлення (О. Luria, М. Koltsova); нейропсихологічні та нейрофізіологічні основи мовлення – теорія локалізації мовних функцій у головному мозку (О. Luria, N. Bernstein); концепція сенсомоторної інтеграції (Ж. Піаже, А. Гешвінд); теорія пластичності мозку (М. Merzenikh, В. Рамачандран); психолого-педагогічні концепції мовленнєвого розвитку – концепція сенсорного та когнітивного розвитку (Ж. Піаже, Ж. Брунер); теорія раннього дитячого розвитку (Е. Еріксон); логопедичні підходи – класифікація мовленнєвих порушень (R. Levina, V. Belyakova, Т. Filicheva); методи корекції мовленнєвих порушень (L. Volkova, Т. Tumanova); концепція комплексного підходу до подолання порушень мовлення (М. Khvatsev, N. Serebryakova); теорія мовленнєвої обробки інформації (J. Fodor, П. Брока).

Методи дослідження: Для вирішення поставлених у дисертації завдань було застосовано систему взаємопов'язаних наукових методів: до загальнонаукових методів віднесено аналіз, синтез, абстрагування, порівняння та узагальнення, які дозволили розкрити специфіку теоретичних підходів, що стали підґрунтям досліджуваного корекційного впливу, а також сформулювати базові положення й підсумкові висновки; до конкретно-наукових методів належить термінологічний аналіз, що забезпечив глибоке осмислення досліджуваних явищ шляхом виявлення, уточнення та структурування значень і змісту ключових понять; системно-структурний та системно-функціональний методи використано для обґрунтування нормативних, організаційних і методичних засад комплексного підходу до активізації мовленнєвої діяльності в немовленнєвих дітей; емпіричні методи – статичні та динамічні спостереження дітей у процесі консультативно-діагностичного прийому та корекційно-відновлювальної та корекційно-розвиткової роботи з ними різних спеціалістів дошкільної освіти та медико-реабілітаційних установ, бесіди з батьками (тестування, анкетування), вивчення медико-психолого-педагогічної та планово-звітної документації, структурно-логічний, системно-структурний і системно-функціональний методи застосовувалися для побудови та реалізації етапів констатувального й формувального експериментів; структурування вибірки за рівнем мовленнєвої активності; визначення логіки взаємозв'язку між компонентами мовленнєвої діяльності; градації «мовленнєвої поведінки» відповідно до рівневої моделі; метод критеріально-рівневої діагностики дозволив виокремити та оцінити динаміку змін у мовленнєвій та комунікативній активностях дітей на основі чітко визначених критеріїв і рівнів сформованості; методи математичної статистики охоплювали описову статистику (обчислення частот, відсоткових співвідношень, порівняння середніх значень), дисперсійний аналіз (ANOVA), а також математичне моделювання; застосовувалося графічне подання даних для наочного зіставлення динаміки результатів; порівняльний метод

використовувався для здійснення внутрішньогрупового, міжгрупового порівняння, а також порівняння результатів за рівнем сформованості мовленнєвої активності до і після впровадження комплексного підходу, що дозволило оцінити ефективність застосованих методик.

Теоретичне підґрунтя та нормативну основу дослідження становить сукупність чинних державних стандартів, нормативно-правових актів, міжнародних та національних науково-інформаційних джерел.

До нормативної бази віднесено: Державний стандарт дошкільної освіти, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 12 січня 2022 року №12 «Про затвердження Державного стандарту дошкільної освіти» (зі змінами); Постанову Кабінету Міністрів України від 10 квітня 2019 року № 530 «Про затвердження Порядку організації інклюзивного навчання в закладах дошкільної освіти»; Листи МОН України, зокрема: від 26 червня 2019 року № 1/9-409 «Щодо організації інклюзивного навчання у закладах освіти у 2019/2020 навчальному році» та інші актуальні рекомендації щодо організації діяльності інклюзивних груп і надання психолого-педагогічної підтримки дітям з особливими освітніми потребами.

Емпіричну й аналітичну частини дослідження було реалізовано з урахуванням сучасних джерел інформації, зокрема: матеріалів міжнародних і національних науково-інформаційних платформ і баз даних: Google Scholar, ResearchGate, SCOPUS, Web of Science, Scribd; електронних каталогів та фондів наукових бібліотек: Харківської державної наукової бібліотеки імені В. Г. Короленка, ОУНБ імені Д. І. Чижевського, бібліотек Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України, ХНМУ, НФаУ та ін.; публікацій у вітчизняних і зарубіжних фахових періодичних виданнях: «Наукові записки МАН України», «Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології», Education and Science, Educational Researcher, The Technology Teacher та ін.

Практичну складову дослідження підкріплено аналізом інформаційних ресурсів: центрів комплексної допомоги дітям з тяжкими порушеннями мовлення та ураженнями ЦНС, зокрема сайтів центрів нейрофізіології, логопедичних клінік («ЦСМ»), ІРЦ, студій сенсорної інтеграції, центрів раннього втручання; матеріалами діяльності закладів медичної, психологічної, педагогічної та реабілітаційної спрямованості, зокрема дитячого психоневрологічного санаторію № 4 (м. Дніпро), а також провідних корекційно-розвиткових просторів.

Наукова новизна здобутих результатів полягає в тому, що: *вперше:*

- конкретизовано психолого-педагогічні особливості «немовленнєвих» дітей дошкільного віку з групи дітей із затримкою психомовленнєвого розвитку (ЗПМР), що виявляють труднощі активізації мовлення на початковому етапі корекційної роботи;
- розроблено методику комплексного обстеження мовленнєвої діяльності немовленнєвих дітей, яка дозволяє диференційовано підходити до оцінки рівня сформованості мовлення та визначати оптимальні шляхи корекційного впливу;
- визначено та науково обґрунтовано доцільність використання спеціальних методів активізації мовленнєвої діяльності у немовленнєвих дошкільників, що сприяє індивідуалізації корекційної роботи та підвищенню її ефективності;

конкретизовано:

- варіативність групи немовленнєвих дітей з урахуванням психолого-педагогічних та нейропсихологічних особливостей їхнього розвитку;
- особливості труднощів, пов'язаних із «запуском мовлення», залежно від рівня сформованості немовленнєвих компонентів мовленнєвої діяльності;
- психолого-педагогічні умови успішного застосування комплексного підходу в роботі з немовленнєвими дітьми;

подальшого розвитку набуло:

- обґрунтування ефективності комплексного підходу до активізації мовлення, що передбачає поєднання логопедичних, психологічних, нейропсихологічних та педагогічних методів;
- аналіз існуючих методик поетапної логопедичної роботи з активізації вербальних засобів спілкування («запуск мовлення») з урахуванням усіх компонентів мовленнєвої системи;
- визначення специфіки взаємозв'язку когнітивних, емоційно-вольових та сенсомоторних компонентів у процесі розвитку мовлення у немовленнєвих дошкільників;

узагальнено та уточнено:

- поняття «запуск мовлення» та «немовленнєві діти» з урахуванням сучасних наукових підходів, що дозволяє більш точно визначити категорію дітей, які потребують корекційної допомоги;
- принципи та підходи до активізації мовленнєвої діяльності у немовленнєвих дітей, що сприяє підвищенню ефективності корекційно-розвивальної роботи;
- значення індивідуального підходу та поетапності роботи у формуванні мовленнєвих навичок у «немовленнєвих» дітей.

Теоретична значущість дослідження: теоретично обґрунтовано потребу в комплексному підході до активізації мовленнєвої діяльності «немовленнєвих» дошкільників, що, власне, дозволяє виявити умови реалізації даного підходу;

- на основі комплексного обстеження вербальних та невербальних компонентів комунікативної діяльності розширено уявлення про нерівномірний характер сенсорного, інтелектуального та мовленнєвого розвитку немовленнєвих дітей, що підтверджує їхню варіативність;
- визначено спеціальні умови реалізації моделі комплексної корекційно-відновлювальної роботи з активізації мовлення на початкових етапах («запуск мовлення») у немовленнєвих дітей дошкільного віку;

- обґрунтовано психофізіологічні передумови, що забезпечують активізацію мовленнєвої діяльності немовленнєвих дошкільників.

Практичне значення дослідження.

- проаналізовані методики комплексного підходу до активізації мовленнєвої діяльності у немовленнєвих дошкільників можуть використовуватися фахівцями для діагностики, обстеження, а також для формування мовленнєвих компонентів мовленнєвої діяльності;

- діагностичний матеріал, спрямований на вивчення особливостей формування мовленнєвих та немовленнєвих компонентів у структурі мовленнєвої діяльності немовленнєвих дошкільників, диференційований з урахуванням віку;

- матеріали дослідження можуть бути включені до змісту лекційних, практичних (семінарських) занять із курсів: «Логопедична діагностика та корекція системних порушень мовлення», «Мовленнєві і сенсорні системи та їх порушення», «Корекційно-розвивальні методики супроводу осіб з порушеннями мовлення», «Спеціальні предметні методики та педагогічні технології навчання та виховання дітей із порушенням мовленнєвого розвитку» тощо.

Достовірність та обґрунтованість результатів дослідження підтверджується теоретико-методологічною основою дослідження; застосуванням комплексу взаємодоповнюючих методів, що відповідають предмету, цілям та завданням роботи; кількісним та якісним аналізом даних, з використанням методів математичної статистики; особистою участю автора в розробці комплексного підходу до активізації мовленнєвої діяльності немовленнєвих дошкільників, а також у вивченні стану мовленнєвої діяльності та реалізації методики поетапного формування («запуску мовлення») та розвитку мовлення немовленнєвих дошкільників.

Результати дослідження **впроваджено** в освітній процес Заміського закладу дошкільної освіти (дитячий садок) «Колобок» Валківської міської ради

Богодухівського району Харківської області (довідка № 01-23\24 від 12.05. 2025), Комунальний заклад «Заклад дошкільної освіти (ясла-садок)» № 137 Харківської міської ради (довідка № 01-45/50 від 06. 05. 2025), Сніжківський заклад дошкільної освіти (дитячий садок) «Ромашка» Валківської міської ради Богодухівського району Харківської області (довідка № 37 від 28.08.2025), Міжвідомчої наукової лабораторії корекційно-реабілітаційних технологій кафедри спеціальної та інклюзивної освіти СумДПУ імені А. С. Макаренка, (довідка № 2656/1 від 01.12.2025), дитячої студії розвитку «Children's Academy» м. Харків (довідка № 15 від 29.11.2023).

Особистий внесок здобувача. Основні положення та результати розроблення й упровадження авторського скринінгового інструментарію відображено в низці наукових праць, у яких автору належить провідна роль у формуванні змістових та методичних засад дослідження. Так, у статті (Наволокова, 2022) автором представлено структуру та діагностичні блоки скринінгу мовленнєвого розвитку дітей дошкільного віку в умовах воєнного стану, охарактеризовано особливості його застосування в умовах підвищених психосоціальних ризиків; у публікації (Наволокова, Боряк, 2022) автору належить розроблення критеріїв раннього виявлення нейрогенних чинників ризику та інтерпретація результатів апробації скринінгу у вибірці дітей 4–5 років; у статті (Наволокова, Боряк, 2023) автором уточнено показники скринінгу, що корелюють із когнітивними порушеннями та проявами сенсомоторної незрілості у дітей, які зазнали психотравмуючого впливу воєнних подій.

Автором самостійно створено адаптовану діагностичну модель комплексного обстеження стану сформованості мовленнєвих та немовленнєвих компонентів мовленнєвої діяльності немовленнєвих дошкільників. Теоретичне обґрунтування моделі, систематизація вимог до дослідження артикуляційної, фонематичної, просодичної, комунікативної та сенсомоторної сфер розкриті у працях (Наволокова, 2023), у якій автором подано поетапну модель формування

мовленнєвої готовності, та у публікації (Наволокова, Боряк, 2023), де охарактеризовано адаптовану структуру логопедичного обстеження та принципи її побудови.

Окремі компоненти авторської моделі (сенсомоторний блок, система оцінювання комунікативної ініціативи, аналіз проявів мовленнєвої дезорганізації) розкрито у статтях (Наволокова, Боряк, 2024), де автором систематизовано діагностичні параметри дітей із коморбідними порушеннями та наслідками хронічного стресу, а також у праці (Наволокова, 2024), у якій деталізовано підходи до оцінювання мовленнєвої готовності дітей в умовах полілінгвального мовленнєвого середовища.

Автору належить розроблення та експериментальне впровадження логопедичної методики активізації мовленнєвої діяльності немовленнєвих дошкільників. Окремі результати апробації й методичні аспекти авторської технології відображено у публікаціях (Наволокова, Боряк, 2022), де описано особливості застосування методики у дітей із мінімальною мозковою дисфункцією; (Наволокова, 2023), у якій подано структуру етапів і прийомів запуску мовлення; у роботі (Наволокова, Боряк, 2024), де представлено результати використання методики на прифронтових територіях.

Окремий внесок здобувача полягає у розробленні практичних рекомендацій для вчителів-логопедів та батьків, участі у створенні навчально-методичних матеріалів, а також в авторському оформленні структурно-функціональних схем, діаграм та алгоритмів, що репрезентують логіку та етапність упровадження запропонованої методики.

Апробація результатів дисертації. Основні теоретичні й методичні положення, висновки дисертаційного дослідження обговорено та оприлюднено в доповідях на науково-практичних заходах, різного рівня: III Міжнародна науково-практична конференція студентів та молодих вчених «Освітні і культурно-мистецькі практики в контексті інтеграції України у міжнародний

науково-інноваційний простір» (12-13 травня 2022 р., м. Запоріжжя, Україна); ІХ Міжнародна науково-практична конференція студентів та молодих учених «Корекційна та інклюзивна освіта очима молодих науковців» (18 травня 2022 р., м. Суми, Україна); Всеукраїнська науково-практична конференція «Становлення особистості в умовах сучасного розвитку суспільства: соціально-педагогічний, психологічний, корекційний і медичний аспекти» (12 травня 2022 р., м. Полтава, Україна); Всеукраїнська науково-практична он-лайн конференція «Дослідження молодих вчених: від ідеї до реалізації» (21-22 квітня 2023 р., м. Київ, Україна); ІІІ Всеукраїнський круглий стіл «Спеціальна освіта очима майбутніх фахівців» (30 травня 2023 р., м. Київ, Україна); Х Міжнародна науково-практична конференція «Корекційно-реабілітаційна діяльність: стратегії розвитку у національному та світовому вимірі» (21 листопада 2024 р., м. Суми, Україна).

Публікації. Основні положення й результати дисертаційного дослідження викладено у 9 публікаціях автора, з яких 3 – статті в наукових фахових виданнях України категорії «Б», 1 – розділ монографії у науковому вітчизняному виданні, 1 публікація у наукових виданнях іноземних держав, 4 праці апробаційного характеру.

Структура дисертації. Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, висновків, списку використаних джерел (143 найменування, з них 40 – іноземними мовами), додатків. Загальний обсяг дисертації становить 240 сторінок, основний зміст викладено на 151 сторінці.

РОЗДІЛ 1

НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИЗНАЧЕННЯ МОВЛЕННЄВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ПРИ ТИПОВОМУ ТА ПОРУШЕНОМУ РОЗВИТКУ

1.1. Закономірності розвитку мовленнєвої діяльності у дітей дошкільного віку

Проблема мовленнєвого розвитку дітей у сучасних психолого-педагогічних, нейропсихологічних, психолінгвістичних та нейрофізіологічних дослідженнях займає одне з центральних місць (Н. Борякова, О. Громова, О. Приходько, Дж. Брунер, С. Пінк та ін.) [13, с. 21].

Розвиток мовленнєвої функції ґрунтується на ієрархічно організованій, взаємозалежній діяльності функціонально пов'язаних зон кори великих півкуль головного мозку [99, с. 47]. Формування мовлення можливе лише за умов достатнього дозрівання сенсомоторної основи, яка включає узгоджену активність первинних, вторинних і третинних зон кори (асоціативних полів) [22, с. 30].

Мовленнєвий розвиток умовно поділяється на два основні функціональні компоненти — рецептивний (сприймання і розуміння мовлення) та експресивний (мовленнєве відтворення, артикуляція) [99, с. 45].

Базовою передумовою для формування мовленнєвого сприймання є фізичний слух, реалізація якого забезпечується первинними слуховими зонами кори — верхніми та середніми скронеvими звивинами обох півкуль, зокрема звивинами Гешля (*gyri Heschli*) [10, с. 39]. Надалі слухова інформація трансформується в немовленнєвий слуховий гнозис — процес пізнавання та диференціації немовленнєвих звуків, який обумовлюється міжпівкульною взаємодією скроневої та потиличної кори, переважно правої півкулі [10, с. 39].

Становлення слухового гнозису залежить від ступеня дозрівання слухової системи, а також від загального рівня когнітивного розвитку дитини. [92, с. 130]. Дослідження П. Куль, Р. Тіс, Дж. Веркер, показують, що вже у віці 2–3 місяців немовлята починають розрізняти інтонаційні характеристики мовлення, виявляють чутливість до просодичних та фонетичних патернів, сегментують мовленнєвий потік [92, с. 136]. У віці 6–12 місяців формується здатність встановлювати асоціацію між звуковим сигналом і його джерелом, що є передумовою розвитку мовленнєвого слуху [92, с. 140].

У дошкільному віці завершується формування слухового гнозису: дитина опановує навички усвідомленого розпізнавання, аналізу та відтворення фонем мови [10, с. 290]. На цьому етапі, під впливом функціональної спеціалізації та латералізації мовлення, відбувається трансформація немовленнєвого слухового гнозису в мовленнєвий. Цей процес забезпечується міжпівкульною координацією скроневих зон із поступовою домінантою лівої півкулі. Мовленнєвий слух, зокрема фонематичний, що забезпечує розпізнавання мовних одиниць - фонем, - формується переважно в лівій скроневій частці [33, с. 96].

Рецептивне мовлення також спирається на зоровий гнозис (вторинні поля потиличної кори), оскільки мовленнєве сприймання пов'язане з візуальним контролем артикуляційних рухів (позиції язика, губ), що забезпечує формування зорово-слухового образу звуку та слова. Спочатку дитина розуміє лише конкретно значущі слова, однак з розвитком мислення, здатності до узагальнення й символізації, вона опановує розуміння узагальнених мовленнєвих одиниць. Це знаменує перехід на вищий інтегративний рівень мовленнєвого розвитку, не залежний від зорового супроводу [21, с. 19–21].

Експресивна сторона мовлення - вимовляння - базується на сформованості різних рівнів праксису. Зокрема, важливу роль у розвитку артикуляційної функції відіграє ручний (кистьовий, пальцевий) праксис, нейрофізіологічне забезпечення якого реалізується тім'яною корою обох півкуль [44, с. 45]. Через міжсистемні

зв'язки з візуальними образами рухів рук формуються передумови для орального праксису, що забезпечує артикуляційну моторну програму.

Підключення вторинних тім'яно-премоторних зон лівої півкулі формує кінестетичний (аферентний) артикуляційний праксис, який дозволяє дитині опанувати звуковимову за наслідуванням. У результаті взаємодії з фонематичним слухом формується здатність до спонтанної мовленнєвої продукції, що передбачає перетворення фонем у відповідні артикуляційні позиції - артикулеми. Відтак, артикуляційний кінестетичний праксис слугує основою для формування чіткої, диференційованої вимови [66, с. 15].

Подальше становлення здатності до послідовного відтворення мовних одиниць (слів, фраз, синтагм) ґрунтується на динамічному (кінетичному, еферентному) артикуляційному праксисі, який забезпечується премоторною зоною лобової кори домінантної півкулі [66, с. 19].

Найвищий рівень мовленнєвого оформлення - синтагматичний, пов'язаний з формуванням фонетично та смислово цілісних висловлювань - реалізується третинними (префронтальними) зонами лобової частки [66, с. 55].

Важливим фактором повноцінної реалізації мовленнєвих функцій є розвиток міжзональних інтегративних зв'язків. Зокрема, мієлінізація довгих асоціативних волокон головного мозку - гачкоподібного пучка, верхнього й нижнього поздовжніх пучків, дугоподібного пучка, а також комісуральних зв'язків (наприклад, через мозолисте тіло) - є критичною умовою для забезпечення синхронізації діяльності сенсорних і моторних центрів, що лежить в основі формування цілісної мовленнєвої поведінки [12, с. 5].

Зазначимо, що розвиток мовлення дитини засновано на імітації [12, с. 6]. На ранньому етапі (0-6 місяців) настроювання слухової кори відбувається під впливом особливостей і статистичної ймовірності народження акустичних видів голосового впливу довкілля - мовлення матері, няні та інших близьких людей. Для розвитку мовлення потрібний живий людський голос. Недостатній

голосовий контакт на першому році життя часто призводить до недорозвинення фонетико-фонематичного вміння дитини. Зміна акустичних впливів (у тому числі безперервний пульсуючий шум) значно порушує розвиток тонотопічних уявлень у первинній слуховій корі.

Розвиток мовлення дитини відбувається поетапно, при цьому більшість дослідників виокремлює чотири основні періоди онтогенезу мовленнєвої діяльності [92, с. 157].

Перший період (0–12 місяців) характеризується низкою нейропсихологічних та психофізіологічних новоутворень, які створюють передумови для наступного мовленнєвого розвитку. У цей віковий проміжок домінують цілісні перцептивні процеси, що формують основу для наочно-образного мислення [92, с. 84]. Поведінка дитини має переважно примітивно-соціальний характер, а спілкування реалізується у формі емоційного реагування, яке має егоцентричну та неособистісну природу.

На нейрофізіологічному рівні відзначається правопівкульний тип функціональної асиметрії, подібний до такого в дорослих правшів, але разом із тим зберігається відносна функціональна еквіпотенційність обох півкуль [10, с. 59]. У цьому віці мовлення виконує переважно інтерпсихічну функцію, слугуючи засобом регуляції міжособистісних контактів та взаємодії з дорослими.

На думку науковців, «цей період є періодом підготовки словесного мовлення і триває до першого року життя дитини, а виникає з перших днів появи дитини на світ» [92, с. 150]. Голосові реакції спостерігаються вже в новонароджених. Це хникання, а пізніше (3-4 тижні) – рідкісні, уривчасті звуки. Але ці звуки позбавлені функції мовлення, можливо, вони виникають через органічні відчуття або рухові реакції на зовнішній подразник. Але в цьому віці діти починають прислухатися до звуків, а у двох – трьох місячному віці пов'язують звуки голосу з присутністю дорослого. Почувши голос, тримісячна

дитина починає очима шукати дорослого. Це може розглядатися, як перші зачатки мовленнєвого спілкування.

«У п'ятимісячному віці звуки, які вимовляє дитина, стають більш багатозначними та різноманітними» [92, с. 159]. Це говорить про те, що дитина починає наслідувати мовлення дорослого, насамперед її інтонаційну та ритмічну сторону. У мовленні дитини з'являються склади, що повторюються, від поєднання приголосних з голосними, наприклад «та - та - та».

Коли немовлята освоюють повторювані й музичні фрагменти звуків, це називається лепетом [99, с. 278]. Дуже багато дітей перед проголошенням слів проходять перехід у розвитку мовлення, який називається гулінням. При цьому вони вимовляють різноманітні та мелодійні звуки, слів при цьому дуже мало чи взагалі немає. Поступово звукоряд дитини перетворюється на слова, тому що оточуючі люди (особливо дорослі) серйозно сприймають її звуки і реагують на їх зміст. Деякі немовлята починають вимовляти перші справжні слова до року, інші видають звуки, схожі слова «мама» і «баба».

З другої половини першого року життя в дитини з'являються елементи справжнього мовленнєвого спілкування [99, с. 291]. Вони виражаються спочатку в тому, що в дитини з'являються специфічні реакції на жести дорослого, що супроводжуються словами. Також діти цього віку реагують на окремі слова. Починаючи з семи – восьми місяців у дитини збільшується кількість слів, які вона пов'язує з певними діями чи враженнями.

Перше розуміння слів дитини виникає у діях та емоційних для дитини ситуаціях [99, с. 302]. Зазвичай ці ситуації взаємної дії дитини та дорослого з будь-якими предметами. Але перші слова, засвоювані дитиною, сприймаються нею дуже своєрідно. Вони невіддільні від емоційного переживання та дії. Тому для самої дитини ці перші слова ще не є справжнім мовленням.

Виникнення перших осмислених слів, що вимовляються дитиною, також відбувається у дієвих та емоційних ситуаціях [99, с. 306]. Їхні зачатки

з'являються у вигляді жесту, що супроводжується певними звуками. З восьми – дев'яти місяців у дитини починається період розвитку активного мовлення. Саме в цей період у дитини відзначаються постійні спроби наслідувати звуки, що вимовляються дорослими. При цьому дитина наслідує звучання тільки тих слів, які викликають у неї певну реакцію, тобто набули в нього певного сенсу.

Одночасно з початком спроб активного мовлення у дитини швидко збільшується кількість слів, що розуміються [99, с. 319]. До 11 місяців приріст слів на місяць становить від 5 до 12 слів, а 12–13 місяців він збільшується до 20–45 нових слів. Разом із цим поява в дитини перших слів, розвиток мовлення відбувається у процесі власного мовленнєвого спілкування. Тепер мовлення дитини починає спонукати зверненнями до неї словами.

Перші діалоги малюка з дорослими зазвичай дуже короткі: питання – відповідь [99, с. 328]. Але дорослий сам може зробити дитину постійним учасником діалогу, якщо розмовлятиме з нею з приводу всього, що відбувається навколо, звертати увагу малюка на свої та його дії, зміни ситуації. У багатьох дітей, якщо з ними мало говорять, не тільки страждає мовленнєвий розвиток, але й не складається потреба в діалогічному відношенні з іншими людьми: вони наче не вміють чути іншу людину, не прагнуть до співпраці з нею. Для дитини діалог – це можливість навчитися бачити світ очима інших людей, можливість бути причетним до іншої точки зору, до іншого, можливо, і недоступного її кола турбот та дій [99, с. 328].

Спілкування немовляти з однією людиною цілком можна прирівняти до розмови, якщо давати час на відповідь. Дитина дуже уважно дивиться в очі дорослого, що говорить, отримуючи явне задоволення від обміну звуками. Немовлята, які пережили це задоволення, часто «розмовляють» наодинці із собою чи іграшками.

Протягом першого року діти вчать слухати та розрізняти знайомі та незнайомі голоси, їх емоційний тон. Якщо вони відчують підтримку, то

починають вимовляти виразні звуки, викликаючи дії оточуючих. Вони вже зрозуміли користь звуків. Близько року чи трохи пізніше діти всією своєю поведінкою показують, що вони розуміють і можуть виконувати словесні прохання дорослих.

Другий період (від 12 місяців до 2,5 років) характеризується інтенсивним формуванням нейрофункціональних механізмів мовлення, у межах якого провідну роль відіграє гетерохронність дозрівання структурно-функціональних систем головного мозку [45, с. 157].

Саме нерівномірність розвитку окремих мозкових структур зумовлює своєрідний темп і якісну специфіку становлення мовленнєвих функцій. Наприкінці другого року життя відзначається суттєвий якісний стрибок у когнітивному розвитку, що супроводжується вдосконаленням міжпівкульної взаємодії, зокрема – зростанням рівня координації діяльності правої та лівої півкуль. На цьому етапі формується здатність до самостійного пошуку нових способів досягнення цілей, що свідчить про перехід до більш складних форм мислення та розгортання мовлення як засобу когнітивної діяльності.

У зв'язку з розвитком власного мовленнєвого спілкування, що виділяється в самостійну форму спілкування, відбувається перехід до наступного етапу оволодіння дитиною мовленням – період початкового оволодіння мовленням.

Цей період починається наприкінці першого чи на початку другого року життя [10, с. 187]. Ймовірно, в основі цього періоду лежить швидкий розвиток та ускладнення відносин дитини з навколишнім світом, що і створює у неї нагальну потребу про щось сказати, тобто потреба в мовленнєвому спілкуванні ставати однією з життєвих потреб дитини.

Перші слова різноманітні. Дитина вже може вказати або позначити будь-який предмет, але ці слова невіддільні від дії з цим предметом та ставлення до нього. Дитина не користується словом для позначення абстрактних понять. Звукові подоби слів та окремі членороздільні слова в даний період завжди

пов'язані з діяльністю дитини, маніпуляцією предметами, з процесом спілкування. При цьому одним і тим самим словом дитина може називати зовсім різні предмети.

Іншою особливістю означеного періоду є те, що висловлювання дитини обмежуються лише одним словом, як правило, іменником, що виконує роль цілого речення [10, с. 190]. І зміст слів, які вимовляє дитина, залежить від конкретної ситуації та від жестів або дій дитини, що супроводжують ці слова. Значимість конкретної ситуації зберігається тоді, коли дитина починає вимовляти два–три слова, граматично ще зіставляючи один з одним, оскільки мовлення на цьому етапі розвитку граматично недиференційоване. Ці особливості мовлення дитини внутрішньо пов'язані з тим, що її мислення, разом із яким формується мовлення, ще має характер наочних, дійових, інтелектуальних операцій. Узагальнені уявлення, що у процесі інтелектуальної діяльності дитини вже оформляються та зміцнюються у її свідомості за допомогою слів мовлення, які самі входять у мислення на цьому етапі лише в наочному, практичному процесах.

На означеному етапі ще недостатньо розвинена й фонетична сторона мовлення. Діти пропускають у словах окремі звуки, і навіть цілі склади. Нерідко у словах дитина переставляє звуки чи заміщає одні звуки іншими.

Цей період розвитку мовлення можна умовно поділити на декілька стадій. Описані вище особливості стосуються першої стадії – стадії «слова – речення». Друга стадія починається з другого півріччя другого року життя дитини. Означена стадія може бути охарактеризована як стадія морфологічної розчленованості мовлення. З переходом до цієї стадії починається швидке зростання активного словника дитини, який до двох років досягає 250 – 300 слів, що мають стійке та чітке значення [10, с. 197].

Саме тоді виникає вміння самостійно використовувати низку морфологічних елементів у властивому їхньому мовленню значенні [92, с. 146].

Наприклад, дитина починає грамотніше використовувати число в іменниках, категорії зменшувально-пестливого способу, відмінки іменників, часи та особи дієслів. До цього віку, дитина опановує майже всю систему звуків мовлення. Виняток становлять звуки [Р, Р' і Л, Л', С, С' і З, З', Ж і Ш].

Збільшення темпів оволодіння мовленням на означеній стадії може бути пояснено тим, що у своєму мовленні дитина намагається висловити не тільки те, що з нею відбувається в цю хвилину, але й те, що з нею було раніше, тобто не пов'язане з наочністю та дієвістю конкретної ситуації. Можна припустити, що розвиток мислення зумовив необхідність більш точного вираження сформованих понять, що штовхає дитину до оволодіння точними знаннями слів мовлення, її морфологією та синтаксисом, до вдосконалення фонетики мовлення. У цей час вкрай важлива для розвитку мовлення впевненість дитини в тому, що її розуміють. Слова та звуки дитина вимовляє так, що експресивно виявляє бажання бути почутою. Слово вже звернене до слухача, стає більш інформативним.

Дитина намагається відповідати слухачеві своїм мовленням, часто як ехо, повторюючи почуте від дорослих.

До двох років діти засвоюють, що одним і тим самим словом називають реальний і намальований предмет. Світ стає віртуальним та структурується за допомогою слова.

Поєднуючи слова у словосполучення, у дитини постає питання про призначення - позначення предмета: «А що це?». Про один і той самий предмет діти можуть запитувати кілька разів, явно отримуючи задоволення від самого мовлення та переживання своїх можливостей у його використанні.

Третій період (2,5–4 роки) відзначається становленням емоційно-особистісної сфери, коли формуються первинні особистісні відносини, а переживання дитини починають безпосередньо пов'язуватись із конкретними сенсорними враженнями та досвідом [92, с. 153]. У цьому віці спостерігається випереджальний розвиток мовленнєво-перцептивної сфери порівняно з темпами

дозрівання моторики: активізуються процеси сприймання, зокрема слухового аналізу мовлення, тоді як рухова активність демонструє відносну стабілізацію. Визначальним для розвитку мовлення на цьому етапі є вдосконалення слухової диференціації акустичних ознак мовленнєвих сигналів, що забезпечує розмежування звуків за висотою, тривалістю та інтонаційною забарвленістю. Формується мовленнєво-руховий компонент: дитина активно оволодіває артикуляційними навичками, розширює фонетичний репертуар, збагачує мовлення лексично та граматично. Розуміння мовлення стає більш точним, узагальненим і насиченим за змістом, що свідчить про активне зростання когнітивно-мовленнєвих можливостей.

Звільнення мовлення дитини від опори на сприйняту ситуацію, на жест чи дію символізують початок нового періоду мовленнєвого розвитку — періоду розвитку мовлення дитини у процесі мовленнєвої практики.

Означений період починається з двох з половиною років та завершується до шести років. Головною особливістю даного періоду є те, що мовлення дитини розвивається в процесі мовленнєвого спілкування, абстрактно від конкретної ситуації, що визначає можливість розвитку та вдосконалення більш складних мовленнєвих форм. Більше того, мовлення для дитини починає мати особливе значення. Так, дорослі, читаючи дитині невеликі оповідання та казки, надають їй нову інформацію. У результаті мовлення відображає не тільки те, що вже відомо дитині з власного досвіду, але й відкриває те, що їй ще невідомо, вводить його у широке коло нових фактів і подій. Вона сама починає розповідати, іноді фантазуючи та дуже часто відволікаючись від певної ситуації. Є підстави стверджувати, що саме на цьому етапі мовленнєве спілкування починає відігравати визначальну роль у становленні мисленнєвих процесів. Якщо на попередніх етапах відзначалася домінуюча роль мислення в розвитку мовлення, то на цьому етапі мовлення починає виступати як одне з основних джерел розвитку мислення, яке, розвиваючись, формує передумови для вдосконалення

мовленнєвих можливостей дитини. Вона повинна не тільки засвоїти безліч слів, але й навчитися граматично правильної побудови мовлення.

На даному етапі дитина не замислюється про морфологію та синтаксис мови. Її успіхи в оволодінні мовлення пов'язані з практичними узагальненнями мовленнєвих фактів. Такі практичні узагальнення є свідомими граматичними поняттями, оскільки вони є «побудовані на зразок», тобто засновані на відтворенні дитиною вже відомих їй слів. Основним джерелом нових слів є дорослі. У своєму мовленні дитина починає активно використовувати слова, почуті від дорослих, не розуміючи їх сенсу. Найчастіше своєрідність лексики дитини визначається словами, які є найбільш уживаними серед її найближчого оточення, тобто сім'ї.

Водночас мовлення дитини не є порожнім наслідуванням. Дитина виявляє творчість у формуванні нових слів.

У межах періоду мовленнєвого розвитку, що охоплює вік від двох з половиною до шести років, доцільним є виділення внутрішнього поділу на стадії, оскільки саме в цей час відбуваються якісні зрушення у структурі мовлення та його зв'язках із когнітивними функціями. Такий підхід відповідає сучасним психолінгвістичним і нейропсихологічним уявленням про етапність становлення мовленнєвої діяльності (О. Лурія, Ж. Піаже, Л. Vygotsky та ін.).

Внутрішній поділ періоду дає змогу більш точно охарактеризувати механізми переходу від ситуативного до контекстного мовлення, простежити закономірності формування граматичної побудови висловлювання, збагачення словникового запасу, становлення мовленнєвого мислення та розвиток комунікативної регуляції поведінки.

У структурі цього періоду логічно виділяються чотири стадії, які відрізняються рівнем сформованості мовленнєвих операцій та ступенем мовленнєвої самостійності дитини.

Перша стадія цього періоду охоплює вік від приблизно двох з половиною до чотирьох років і характеризується надзвичайно інтенсивним формуванням як мовленнєвого, так і когнітивного досвіду дитини. На цьому рівні відбувається якісне ускладнення фразового мовлення: прості дво- та трислівні висловлювання поступово трансформуються у розширення фрази, з'являються перші елементарні граматичні узагальнення, що ґрунтуються, переважно, на наслідуванні.

У цей час діти активно опановують лексичні узагальнення, спираючись на предметний досвід і мовленнєвий зразок дорослого. Розуміння мовлення стрімко випереджає власне мовленнєве продукування, що забезпечує швидке збагачення активного словника. У структурі висловлювань починає формуватися елементарна послідовність: дитина може коротко описувати об'єкти й дії, передавати власні враження, але її мовлення ще тісно пов'язане з ситуацією та недостатньо відрефлексоване.

Особливістю першої стадії є й те, що дитина тільки починає оволодівати різними типами речень. Хоча граматичні конструкції ще нестійкі, спостерігається поява перших форм узгодження, вживання простих прийменників, початкових форм часової категоризації. У цей час активно розвивається інтонаційна виразність мовлення, що стає засобом передавання емоційних і смислових відтінків.

Друга стадія починається у віці чотирьох – п'яти років. Вона характеризується розвитком мовлення тісно пов'язаним із формуванням у дітей розмірковуючого логічного мислення. Дитина переходить від простих речень, здебільшого ще пов'язаних один з одним, до складнопідрядних речень. У формованих дитиною образах починають диференціюватися основні, придаткові та вступні речення. Оформляються причинні («бо»), цільові («щоб»), слідчі («якщо») та інші зв'язки.

До кінця шостого року життя діти зазвичай повністю освоюють фонетику мови. Їхній активний словник становить 2-3 тисячі слів. Але з семантичного боку

їх мовлення залишається відносно бідним: значення слів недостатньо точні, іноді надто звужені або надто широкі.

Інша суттєва особливість данної стадії у тому, що діти насилу можуть зробити мовлення предметом свого аналізу. Дослідження О. Lurія показали, що дитина зазнає значних труднощів навіть при визначенні смислового значення близьких за звучанням слів та словосполучень.

Третя стадія (5-8 років) характеризується інтенсивним формуванням системи лінгвістичних знань, що охоплює всі структурні рівні мовлення — фонетичний, лексичний, граматичний та синтаксичний [92, с. 197]. У цьому віці мовленнєва діяльність дитини стає цілеспрямованою, регульованою й соціально адаптованою. Дитина починає вільно оперувати мовними засобами у процесі спілкування як з однолітками, так і з дорослими, що свідчить про сформованість комунікативної компетентності. Відбувається поступове усунення фонетико-фонематичних труднощів: удосконалюється артикуляція, нівелюються порушення звуковимови, мовлення набуває чіткості, інтонаційної виразності та граматичної правильності. Цей етап є критично важливим для засвоєння нормативних форм мови й подальшого розвитку письма й читання.

Цей етап розвитку мовлення пов'язаний з вивченням рідної мови. Він починається наприкінці дошкільного віку, та його найістотніші риси виразно проявляються у шкільні роки. При навчанні відбуваються величезні зрушення, адже під час навчання у школі мовлення стає для дитини предметом спеціального вивчення. У процесі навчання дитина повинна опанувати складніші види мовлення.

Спочатку мовлення дитини, яка приходить до школи, багато в чому зберігає особливості попереднього періоду розвитку.

Існує велика розбіжність між кількістю слів, які дитина розуміє (пасивний словник), кількістю слів, якими вона користується (активний словник). Крім

цього, зберігається і недостатня точність значень слів. Надалі спостерігається значний розвиток мовлення дитини.

Розвиток усвідомлення дитиною мовлення є важливою умовою формування складніших форм мовлення. У дитини формується розгорнуте монологічне мовлення.

Особливе місце тут займає писемне мовлення, яке спочатку відстає від усного, але потім стає домінуючим. Це відбувається тому, що писемне мовлення має низку переваг. Фіксуючи на папері мовленнєвий процес, писемне мовлення дозволяє вносити до нього зміни, повертатися до раніше висловленого тощо. Це надає йому виняткового значення для формування правильного, високорозвиненого мовлення

Слід зазначити, що окрім зазначених етапів можна було б назвати ще один - четверту стадію розвитку мовлення, яка пов'язана з удосконаленням мовлення після завершення шкільного періоду. Але цей етап є індивідуальним і характерний не для всіх людей. У більшості розвиток мовлення завершується із закінченням шкільних занять і подальше збільшення словникового запасу та інших можливостей мовлення відбувається вкрай незначно.

Послідовність становлення мовлення та тимчасові межі стадій - умовно прийняті феномени: фактично кожна дитина має свій специфічний і неповторний шлях у мовленні. Досить часто батьки і, особливо, працівники освітніх установ фіксують різні відхилення від прийнятої в психології вікової норми та динаміки становлення мовлення.

Науково-теоретичні засади визначення мовленнєвої діяльності при порушеному розвитку ґрунтуються на різноманітних підходах та концепціях, які включають в себе спостереження, класифікацію та аналіз мовленнєвих процесів (Н. Борякова, А. Курганський, О. Топорков). Деякі засадні теоретичні концепції в цій галузі включають:

- Психолінгвістичний підхід до визначення мовленнєвої діяльності при порушеному розвитку базується на вивченні взаємозв'язку мови та мислення, а також враховує специфічні особливості мовленнєвого процесу (Р. Якобсон, О. Leontiev, Л. Vygotsky). Психолінгвістичний підхід допомагає виявити конкретні аспекти мовленнєвого розвитку, що можуть бути порушені в дітей із дизартрією, афазією та інші. Він дозволяє здійснювати індивідуалізовані програми діагностики та корекції, щоб оптимізувати мовленнєвий розвиток дитини.

- Когнітивний підхід. Розглядає мовленнєву діяльність як складну когнітивну функцію, що включає сприйняття, розуміння, продукцію та використання мови (А. Бедделі, Д. Румер, М. Томаселло); окреслює, які аспекти когнітивної функції можуть бути порушені внаслідок різних мовленнєвих порушень. Когнітивний підхід до визначення мовленнєвої діяльності при порушеному розвитку базується на вивченні процесів сприйняття, обробки інформації та мислення, які лежать в основі мовленнєвої діяльності. Цей підхід дозволяє розглядати мовленнєву діяльність у контексті більш широких когнітивних процесів, що відбуваються в мозку дитини. Це дає можливість розуміти індивідуальні особливості мовленнєвого розвитку та розробляти ефективні стратегії корекції та підтримки для дітей із порушеннями.

- Психосоціальний підхід до визначення мовленнєвої діяльності при порушеному розвитку базується на розгляді мовленнєвих здібностей дитини через призму її соціального оточення, взаємодії з навколишнім середовищем та психосоціальних чинників, що впливають на її мовленнєву діяльність (G. Platonova, Л. Vygotsky). Психосоціальний підхід дозволяє зрозуміти мовленнєву діяльність дитини як результат взаємодії соціальних, психологічних та культурних факторів. Він наголошує на важливості створення сприятливого соціального середовища та психосоціальної підтримки для покращення мовленнєвого розвитку та комунікаційних навичок дитини.

- Нейрофізіологічний підхід досліджує функціональну організацію мозку та нейрофізіологічні механізми, що лежать в основі мовленнєвої діяльності (Р. Карпентер, Г. Фодор, М. Мілнер), у межах якого вивчається роль різних мозкових структур у формуванні та використанні мовлення, а також можливі нейрологічні порушення, які можуть впливати на мовленнєвий розвиток.

У цілому, аналіз літературних джерел показав, що онтогенез мовленнєвої діяльності при типовому розвитку є багатограним процесом, що розглядається через різні науково-теоретичні підходи, кожен із яких підкреслює окремі аспекти цього складного процесу. Різноманітність підходів дозволяє створити комплексну картину розвитку мовлення в дітей, що ґрунтується на взаємодії біологічних, когнітивних та соціальних чинників. Онтогенез мовленнєвої діяльності є складним інтеграційним процесом, у якому взаємодіють нейрофізіологічні, когнітивні та соціальні чинники. Розуміння цього процесу через призму різноманітних підходів дозволяє більш детально та всебічно оцінити розвиток мовлення в дітей, а також визначити важливі фактори, що сприяють чи гальмують цей процес.

1.2 Порушення мовлення у немовленнєвих дітей як медико-психолого-педагогічна проблема

Тяжкі порушення мовлення (ТПМ) у дітей дошкільного віку є предметом вивчення багатьох наукових дисциплін, зокрема фізіології, неврології, психології, психіатрії та інших. Кожна з цих наук досліджує ТПМ відповідно до своїх цілей, завдань і методів, забезпечуючи комплексний підхід до проблеми. Для ефективної роботи в означений сфері важливо враховувати кадрові ресурси, що включають кваліфікованих фахівців: логопедів, терапевтів мовлення, психологів, лікарів і педагогів, які працюють у міждисциплінарних командах.

Головною проблемою на сьогодні залишається визначення змісту й основних напрямів роботи корекційних педагогів і психологів, формулювання тих завдань, які може вирішувати спеціаліст, а які знаходяться поза його компетенцією [99, с. 275].

На сучасному етапі розвитку суспільства позначилася тенденція до погіршення здоров'я дітей дошкільного віку, збільшилася кількість дітей із затримкою психомовленнєвого розвитку (ЗПМР).

Наявність тяжких уражень органів та систем організму зумовлює комплекс серйозних медичних, соціальних, психолого-педагогічних проблем, як самої дитини, так і її сім'ї, вимагаючи як залучення додаткових коштів від держави, так і знижуючи якість життя населення, загалом [78, с. 47].

Основною метою на сьогодні є розробка науково обґрунтованої системи розвитку, навчання, виховання та соціалізації дітей з ЗПМР, що розглядатиметься як ціла система надання комплексної та всебічної допомоги цим дітям. В основі успіхів корекційної педагогіки лежать результати численних сучасних досліджень вітчизняних і зарубіжних авторів, що свідчать про значні компенсаторні можливості дитячого мозку, що розвивається, та перспективи й резерви вдосконалення шляхів і методів корекційно-відновлювального впливу [10, с. 198].

Переважає більшість досліджень мозкової організації мовно-мовленнєвого механізму здійснювалися в таких напрямках: дослідження нейроанатомічних (Д. Брок, Б. Церкут, І. Розлади, А. Фіш, С. Джейкобсон, Е. Манкал, Е. Маркус та ін.) та нейрофізіологічних (Г. Дейл, Дж. Еклз, Е. Фрешпет, А. Ходжкін, І. Хакслі, Б. Кац, А. Мафлер, О. Леві, Д. Поттер) механізмів мовлення в онтогенезі й дизонтогенезі та дослідження нейропсихологічних механізмів мовлення та його порушення (Х. Гекен, Дж. Глозман, Д. Хебб, М. Гуменюк, К. Лешли, Ю. Мікадзе, Б. Мілнер, Р. Сперрі).

За даними дослідників, які займаються проблемами дітей із порушеннями психофізичного розвитку (О. Доленко, К. Островська, О. Романчук, А. Хворова, А. Чуприков та ін.), встановлено, що в таких дітей найчастіше реєструються вісцеральні (48%), метаболічні порушення (23,5%), розлади харчування (61,9%), рухові (55,8%), розумові (19%) та коморбідні порушення (37,1%) [77, с. 23]. З кожним роком збільшується кількість дітей з інтелектуальними та полісенсорними порушеннями.

Затримка психомовленнєвого розвитку (ЗПМР) – це відставання в розвитку мовленнєвих і когнітивних навичок, яке спостерігається в дітей протягом перших років життя. Це може включати затримку у вимові слів, розумінні зверненого мовлення, розвитку мовленнєвих навичок та артикуляційної моторики, а також у здатності спілкуватися та висловлювати власні думки.

Прояви ЗПМР можуть виявлятися у дітей із різними порушеннями, такими як дизартрія, аутизм, синдром Дауна, коморбідні порушення та інші. Дослідження щодо проявів ЗПМР у дітей проводяться різними вченими, включаючи лінгвістів, психологів, педіатрів, учителів-логопедів та інших фахівців, які спеціалізуються на психомовленнєвому розвитку дітей.

Серед сучасних досліджень у сфері затримки психомовленнєвого розвитку (ЗПМР) особливу увагу приділяють впливові стресових чинників на загальний розвиток дітей. Учені, зокрема О. Боряк, О. Гаврилюк, Г. Мандзій, Н. Сенченко, а також міжнародні фахівці П. Куль, С. Камарата, Г. Конті-Рамсен, акцентують на складності діагностики та корекції мовленнєвих і когнітивних порушень у дітей, які перебувають у зонах бойових дій.

Воєнні дії створюють потужний психосоціальний стресогенний фон, що здатен чинити деструктивний вплив на нейропсихологічний розвиток дітей, спричиняти загострення наявних порушень та ускладнювати процеси відновлення й реабілітації. У дітей із затримкою психомовленнєвого розвитку

(ЗПМР) може спостерігатися посилення супутньої неврологічної симптоматики, зокрема поява або загострення тиків, порушень координації рухів тощо.

Збройний конфлікт в Україні актуалізував проблему посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у дитячого населення. Міжнародні дослідження, проведені в країнах із досвідом бойових дій, свідчать про високу поширеність ПТСР серед осіб, які перебували в умовах воєнного стресу — до 15–20 %.

У дітей із тяжкими мовленнєвими порушеннями (ТПМ) внаслідок незрілості психіки, недостатнього розвитку механізмів вольової регуляції емоцій та вираженого впливу підкіркових структур на функціональний стан центральної нервової системи, вплив психологічної травми може мати специфічний характер. Травматичні переживання здатні ініціювати глибинні особистісні трансформації, внаслідок чого зростає ризик формування девіантних моделей поведінки як компенсаторного або захисного механізму проти інтенсивних психоемоційних навантажень.

Клінічні варіанти ПТСР можуть бути різними: соматоформні (зі шлунково-кишковими, серцево-судинними проявами) [11, с. 35], дисфоричні, неврозо- і психопатоподібні з поліморфними психовегетативними, психосоматичними та психоорганічними станами та ін. На перший план виступають прогресуючі церебрально-органічні порушення та спостерігається перехід до загальноорганічного зниження особистості [11, с. 37].

У дитини із затримкою психомовленнєвого розвитку (ЗПМР) можуть спостерігатися періоди «відключення» від зовнішнього середовища. Дитина може здаватися відсутньою та не реагувати на голосові подразники протягом кількох хвилин. Такі епізоди можуть спричиняти події, які нагадують дитині про травмуючі фактори.

У деяких дітей із ПТСР поведінка є «незвичною»: вони прив'язуються до педагога або медичного працівника. Таке явище може означати, що в дитини є підстави побоюватися гніву дорослих людей [55, с. 47].

Протягом останніх п'яти років в Україні простежується тенденція до зростання частоти перинатальних уражень центральної нервової системи, а також збільшення кількості немовлят із комбінованими порушеннями — як моторного, так і психічного (передусім мовленнєвого) розвитку [67, с. 21]. Щорічно близько 35–37 % дітей народжуються з порушеннями здоров'я або захворюють у періоді новонародженості. Серед них щонайменше 9–10 % становлять недоношені діти, зокрема з екстремально низькою масою тіла при народженні (ЕНМТ).

Додатковим негативним фактором, що поглибив проблему, стало тривале перебування матерів із новонародженими в умовах тимчасових укриттів під час масованих обстрілів на території України, що унеможливлювало своєчасне надання якісної неонатальної та ранньої реабілітаційної допомоги [67, с. 25].

Перинатальні ураження ЦНС є одним із ключових чинників ризику щодо формування мовленнєвих порушень у дітей, оскільки саме в цей період закладаються основи морфофункціональної організації нервової системи. Ці процеси мають вирішальне значення для подальшого когнітивного, емоційного та мовленнєвого розвитку. У зв'язку з цим, науково та клінічно обґрунтованим є раннє виявлення дітей із груп ризику щодо психомовленнєвих порушень уже протягом першого року життя [44, с. 15].

До групи високого ризику мають бути віднесені діти, у яких у перші 3 місяці життя в результаті клініко-інструментального обстеження були виявлені структурні зміни з боку ЦНС, недоношені (особливо ЕНМТ), діти з порушеннями слухового та зорового аналізатора, недостатністю функцій черепних пар нервів (V, VII, IX, X, XII), із затримкою редукції безумовних автоматизмів, у яких тривало зберігаються порушеннями м'язового тону [48, с. 85].

У недоношених дітей, особливо з низьким гестаційним віком, критичні етапи розвитку центральної нервової системи (зокрема міжнейрональна організація та інтенсивна мієлінізація) відбуваються не в умовах

внутрішньоутробного захисту, а в періоді постнатальної адаптації, який часто ускладнений інфекційними та соматичними захворюваннями. Тривалість цього періоду коливається від кількох тижнів до кількох місяців і становить потенційний ризик для порушення психомоторного та мовленнєвого розвитку у функціонально незрілих дітей. Одним із додаткових ускладнюючих чинників є порушення слуху, що часто супроводжує стан недоношеності та має істотний вплив на формування мовлення [13, с. 21].

За результатами досліджень С. Бек, Д. Сей і Д. Войдила, близько 50% глибоконедоношених дітей демонструють виражене відставання мовленнєвого розвитку [13, с. 22], а в більш старшому віці — труднощі в навчальній діяльності, зокрема в опануванні навичок читання, письма, концентрації уваги й регуляції поведінки.

Традиційно в етіології мовленнєвих порушень провідну роль відводили органічним ураженням ЦНС, зумовленим ускладненим перебігом вагітності й пологів. Проте останніми роками зростає інтерес до впливу генетичних факторів на розвиток мовлення. Так, результати досліджень свідчать про високу частоту мовленнєвих порушень у найближчих родичів дітей із тяжкими мовленнєвими розладами. Наприклад, за даними О. Корнева [87, с. 29], серед 72 дітей із різними формами мовленнєвої недостатності в 43% простежувалися випадки аналогічних порушень у родинному анамнезі (затримка появи мовлення, порушення звуковимови тощо), причому в переважній більшості випадків спадковість передавалася по чоловічій лінії (24 %) і лише в 10 % — по жіночій. Частота подібних порушень серед родичів дітей із різними формами мовленнєвої патології склала: при артикуляційній диспраксії — 42 %, при моторній алалії — 45 %, при паралітичній формі ТПМ — 57 % [78, с. 46].

У світлі новітніх наукових досліджень активно вивчаються молекулярно-генетичні механізми формування мовленнєвих розладів [78, с. 46]. Зокрема, встановлено, що гени FOXP2 (7q31), FOXP1 (3p14), CNTNAP2 (7q36), ATP2C2

(16q24) та SMIP відіграють ключову роль у регуляції розвитку нейрональних структур, які забезпечують мовленнєво-моторні функції. Особливо важливою є функція гена FOXP2, що бере участь у формуванні нейронних шляхів, необхідних для координації артикуляційних рухів.

Дослідження нейровізуалізації (зокрема МРТ) підтвердили, що мутації FOXP2 можуть зумовлювати порушення в розвитку базальних гангліїв та мозочка, що негативно позначається на мовленнєвому моторному плануванні. Окрім того, встановлено, що мутації генів SHANK3, NRXN1, MECP2 пов'язані з розвитком розладів аутистичного спектра (РАС), де мовленнєво-комунікативна сфера є однією з основних зон дефіциту.

Для діагностики спадкової схильності до мовленнєвих розладів рекомендовано проводити родовідне (генеалогічне) дослідження, що передбачає збір інформації про розвиток найближчих родичів дитини в ранньому віці, зокрема про наявність затримок чи специфічних мовленнєвих порушень. Висновок про спадкову обумовленість вважається вірогідним за наявності подібних порушень у батьків, братів, сестер або інших близьких родичів.

Сучасні технології, такі як CRISPR-Cas9, відкривають нові можливості не лише для дослідження, але й потенційно для корекції генетичних мутацій, що спричиняють порушення мовленнєвого розвитку. Додатково розглядається роль епігенетичних механізмів, зокрема метилування ДНК, які можуть модулювати експресію мовленнєвих генів, особливо під впливом стресогенних факторів або інфекцій у перинатальному періоді.

Отже, етіопатогенез порушень мовленнєвого розвитку в дітей зумовлений комбінацією нейробиологічних факторів: як ранніх органічних уражень ЦНС унаслідок перинатальної патології, так і генетичною схильністю, що можуть діяти окремо або в сукупності. Виявлення таких факторів ризику є критично важливим для своєчасної діагностики, прогнозування перебігу та вибору оптимальної стратегії корекційного впливу.

Медико-психолого-педагогічна підтримка має кілька напрямів: надання кваліфікованої медичної допомоги, адекватної фармакотерапії, взаємодія з усіма учасниками корекційного процесу тощо.

Основою системи забезпечення корекційного процесу для дітей із ЗПМР є контроль психофізичного розвитку дитини, здійснення своєчасних профілактичних, лікувальних, реабілітаційних, у тому числі психолого-педагогічних заходів з метою корекції порушень та зниження впливу несприятливих факторів [77, с. 45]. У більшості випадків вже на етапі надання медичної допомоги можна розробити індивідуальну програму оздоровлення та реабілітації дитини з мовленнєвими патологіями, із залученням фахівців суміжних спеціальностей.

Консультування психологом, учителем-логопедом, сурдопедагогом необхідно проводити ще до досягнення дитиною 3-х років. У багатьох закладах охорони здоров'я та освіти не передбачено використання сучасних корекційно-педагогічних технологій, здатних активізувати темп психічного розвитку дітей перших років життя з особливостями психофізичного розвитку. У зв'язку з чим існуюча модель корекційної допомоги дитячому населенню не дозволяє надавати систематичний послідовний комплексний вплив на стан психічного здоров'я дітей із ЗПМР. Саме тому ігнорується перспективний онтогенетичний етап розвитку, не використовуються компенсаторні можливості дитячого організму, не створюються умови реалізації психологічного потенціалу дитини. Це призводить до того, що систематична медико-психолого-педагогічна допомога стає доступною дітям тільки в пізнішому віці, коли особливості психічного розвитку та поведінки внаслідок порушень здоров'я виявляються вираженими, а діти – соціально дезадаптованими [78, с. 50].

Ситуація ускладнена тим, що недостатньо розроблені стандарти надання медико-психолого-педагогічної допомоги, не визначено порядок їх застосування залежно від етіології та ступеня вираженості мовленнєвого порушення, віку

дитини, соціальної ситуації її розвитку. Зміст діяльності установ різного профілю щодо ефективної комплексної реабілітації вимагає модернізації, розробки та впровадження стандартів діагностики [132, с. 9].

Визначений діагноз має бути вираженим у термінах прийнятої класифікації психофізичних і поведінкових порушень, а його зміст повинен відповідати сучасному науковому рівню. Тобто, діагноз має бути правильним не тільки формально, але й за сутністю. У широкому сенсі методологія діагнозу трактується як розробка різних способів і прийомів опитування, безпосереднього та інструментального обстеження, заповнення відповідної картки, запам'ятовування назв порушень і відповідних їм симптомів тощо [132, с. 11].

Пріоритетними напрямками на даний час є: вивчення поширеності, структури та причин розвитку ЗПМР у дітей дошкільного віку, розробка науково-обґрунтованих програм діагностики та оптимізації корекційно-відновлювальної роботи.

1.3 Психолого-педагогічна характеристика немовленнєвих дітей дошкільного віку

Мовлення відіграє ключову роль у житті людини, виступаючи основним засобом комунікації, який забезпечує передачу думок, почуттів та емоцій. Його розвиток суттєво впливає на інтелектуальне становлення особистості, сприяє активізації пізнавальної діяльності та розширює уявлення про навколишній світ у ранньому віці [12, с. 8].

Освоєння дитиною навколишнього середовища відбувається під час немовленнєвої та мовленнєвої діяльності за умови активної взаємодії з дорослим. У процесі спілкування дитина контактує з іншими людьми та отримує певну інформацію.

Відсутність мовлення не забезпечує формування головних мовленнєвих функцій: комунікативної, пізнавальної та регулюючої; несформованість комунікативної діяльності призводить до затримки розвитку пізнавальних процесів, емоційних та особистісних особливостей, отже, дитина не може повноцінно спілкуватись і мислити.

Дітям із затримкою психомовленнєвого розвитку (ЗПМР) складніше порозумітися з оточуючими, відчувати себе повноцінною часткою сучасного суспільства.

Сьогодні діти із ЗПМР різної етіології – це одна з найпоширеніших категорій дітей, які відвідують заклади дошкільної освіти (ЗДО), як державних, так і приватних типів власності. Причому мовленнєві порушення мають дуже великий спектр прояву.

Важливим фактором у виникненні ТПМ є порушення в нейрофізіологічних механізмах, що забезпечують нормальне функціонування мовленнєвих процесів. Вони можуть бути зумовлені генетичними, біологічними або зовнішніми факторами, що створюють передумови для розвитку різноманітних мовленнєвих порушень.

Нами було узагальнено перелік ознак, що свідчать про можливу ЗПМР у дітей, до них ми віднесли [89, с. 55]: наявність сібсів з ТПМ; наявність сібсів з іншими формами порушень психічного та моторного розвитку; наявність ментальних порушень у сімейному анамнезі; наявність афективного розладу в сімейному анамнезі; наявність інших психічних або поведінкових розладів у сімейному анамнезі; вік матері більш ніж 40 років; вік батька більш ніж 40 років; вага при народженні менш ніж 2500 гр.; недоношеність (вік гестації до 35 тижнів); реанімаційні дії в період новонародженості; наявність вроджених порушень розвитку; загроза переривання вагітності в термін менш ніж 20 тижнів.

Одним з основних критеріїв віднесення мовленнєвого порушення до групи тяжких є неможливість дитини освоювати програму ЗДО без спеціальної корекційної допомоги [89, с. 59].

В останні роки логопеди-практики все частіше стикаються з «немовленнєвими» дітьми – дітьми, у яких відсутнє мовлення як засіб спілкування з оточуючими.

Є. Кирилова зазначає, що «немовленнєві» діти мають комплексне органічне порушення ЦНС. Рівень розвитку мовлення, характерний для цих дітей, на думку автора, представлений: вокалізаціями, звуконаслідуванням і звукокомплексами, емоційними вигуками, а також окремими повсякденними словами, які нечітко вимовляються та не можуть забезпечити поданій категорії дошкільнят повноцінне спілкування з дорослими та однолітками. Діти користуються одноманітним комплексом паралінгвістичних засобів комунікації для позначення предметів, дій, якостей, інтонацією та жестами, позначаючи різницю значень. Лепетні слова, що використовуються дітьми у процесі спілкування, залежно від ситуації можна розцінювати як однослівні речення; при цьому кожен лепетний елемент супроводжується активною жестикуляцією як додатковою підтримкою в поясненні застосовуваних немовленнєвих засобів. Пасивний словник цієї категорії дітей значно ширше активного. Однак у дослідженнях Г. Жаренкової доведено обмеженість імпресивної сторони мовлення дітей, які перебувають на низькому рівні мовленнєвого розвитку.

Група «немовленнєвих» дітей характеризується значною різноманітністю складу. Її ознаки та симптоми відображають поєднання затримки очікуваних етапів розвитку молодших дошкільників і наявності рис, нетипових для цього вікового періоду [71, с. 45].

Використання різних класифікацій дозволяє комплексно підходити до оцінки стану мовлення дітей, ураховуючи не лише медичні, але й психологічні та соціальні аспекти розвитку. Це дає можливість точно визначити ступінь

порушення, надати коректне логопедичне заключення, розробити оптимальні стратегії корекційної роботи, орієнтуючись на міжнародні стандарти та наукові дослідження. Кожна класифікація додає важливу складову в загальний процес аналізу стану мовлення дітей.

1. МКХ-11 (Міжнародна класифікація хвороб, 11-е видання): з моторною, сенсорною, сенсомоторною алалією (експресивна/ імпресивна дисфазія); (*Expressive language disorder, Receptive language disorder, Mixed receptive-expressive language disorder*); слуховою вербальною агнозією (*Pure word deafness*); артикуляційною мовленнєвою кінестетичною аферентною диспраксією (*Childhood apraxia of speech (CAS)*), з акцентом на порушення кінестетичних функцій (може розглядатися як підтип); вербальною кінетичною еферентною диспраксією (*Childhood apraxia of speech (CAS)*) (з акцентом на моторне планування); дитячою афазією (*Acquired childhood aphasia або developmental aphasia* (залежить від походження); загальним недорозвитком мовлення (ЗНМ 1-2 рівня), (*Global language delay*); із затримками психічного розвитку (ЗПР) різної етіології (*Developmental delay (загальний термін) and Mild cognitive impairment (з акцентом на когнітивні функції)*); з раннім дитячим аутизмом (РАС), (*Autism spectrum disorder (ASD)* (згідно з *DSM-5/ICD-11*); ментальними порушеннями (*Global developmental delay (GDD)*); дизартрією III – IV ст (*Severe dysarthria*); порушенням слуху (нейросенсорна туговухість, змішана приглухуватість), (*Sensorineural hearing loss (SNHL), Mixed hearing loss*); селективним мутизмом (*Selective mutism*) [45, с. 92].

2. ICF-CY (*International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth*). Ця класифікація включає багатовимірний аналіз мовленнєвих порушень з урахуванням функціональних, структурних, екологічних та особистісних факторів [48, с. 31].

3. *DSM-5 та ICD-11*. Окремі мовленнєві порушення класифікуються за психіатричними діагностичними системами, особливо в контексті соціальних і когнітивних розладів [48, с. 35].

Згідно ICF-CY і DSM-5 виокремлюють:

- *Social (Pragmatic) Communication Disorder (SCD)*. Включений у DSM-5 як окрема категорія. Це розлад, що стосується труднощів у використанні вербального й невербального мовлення в соціальному контексті, без супутніх проблем аутистичного спектра [48, с. 39].

- *Speech-Language Impairment (SLI)*. Використовується як узагальнений термін для опису специфічних труднощів із розвитком мовлення й мови (аналог ЗНМ, але більш деталізований) [48, с. 43].;

- *Language Disorder Associated with Intellectual Disability (ID)*. Порушення мовлення, пов'язані зі зниженими когнітивними можливостями. Окрема увага приділяється мовленнєвим труднощам при синдромах Дауна, Ангельмана, Фрагільної Х-хромосоми тощо [48, с. 49].

- *Language Disorders due to Environmental Deprivation*. Виникають через відсутність адекватного мовленнєвого середовища, що відрізняється від біологічно обумовлених розладів [48, с. 55].

- *Traumatic Brain Injury (TBI)-Induced Language Disorders*. Мовленнєві труднощі, спричинені травмами мозку [48, с. 58].

Застосування різних класифікацій дозволяє не лише систематизувати мовленнєві порушення, але й краще розуміти особливості їхнього перебігу, прогнозу та можливих втручань. У цьому контексті важливим є аналіз прояву розладів, що дає змогу вчасно виявити характерні симптоми та визначити ефективні стратегії корекційної роботи.

Відповідно, «клінічна картина» означених дітей включає такі особливості:

Маніфестація: ранній вік прояву; можливе подальше погіршення стану дитини; фульмінантний (швидко прогресуючий) перебіг гострого неврологічного порушення.

Життєвий прогноз: сприятливий при ранньому початку підтримки та інтервенції.

Клінічні прояви: часом такі діти вимовляють тільки аморфні звуки, як було зазначено вище, в інших випадках – говорять окремі слова або їх еквіваленти (бурмотіння, звуконаслідування, обривки слів, звукові поєднання). Вони озвучують вироблені побутові або ігрові дії, особливо в моменти емоційного збудження.

Мовлення може включати в себе такі особливості: наявність не притаманних для локальної мови звуків, наголосу, наприклад, надмірна дзвінкість; дивна модуляція або її відсутність; часте повторення набору слів і фраз (ехолалія); звертання до себе, як до третьої особи, по імені чи «він/вона» у дітей віком старше 3-х років; відсутність або затримка відповіді при зверненні, за відсутності порушень слуху; незвично негативна відповідь на звернення інших (поведінка уникнення прохань); менш часті та слабо виразні жести, міміка й зоровий контакт (не встановлює зоровий контакт під час спілкування або зоровий контакт не стійкий), які використовуються під час комунікації [59, с. 14].

Таких дітей об'єднує відсутність мотивації до спілкування, невміння орієнтуватися в ситуації, розладнаність поведінки, негнучкість у контактах, підвищена емоційна виснаженість.

У таких дітей важко виділити первинне порушення та вторинні прояви. Потрібно додаткове динамічне вивчення. Як показує практика, останнім часом почастишали ситуації, коли дитина має поєднаний розлад: незначне зниження слуху й затримку психомовленнєвого розвитку, порушення центральних слухових процесів і ДЦП; вторинну аутизацію при ДЦП та ін.

За даними Л. Голубєвої, мовленнєвий апарат у «немовленнєвих» дітей занадто млявий, пасивний, тому що довго не працював.

У «немовленнєвих» дітей також нерідко відзначається неврологічна симптоматика: перинатальна енцефалопатія, мінімальна мозкова дисфункція (ММД), синдроми гіпо- та гіперзбудливості, гіпертензійно-гідроцефальний і церебрастенічний синдроми тощо.

За даними Т. Чарман, С. Лорд, Л. Ламбрехт для таких дітей характерний [58, с.17]: специфічний поведінковий профіль; гіпо- та гіперчутливість до зміни температури навколишнього середовища; зниження психічної активності, уваги, пам'яті; проблеми зі сном; недостатність цілеспрямованої діяльності; симптоми ураження ЦНС, мають регресивний характер; напади плачу, блювотного рефлексу, неспокійна поведінка, афективно-респіраторні напади, дрібний тремор; деформації зубо-щелепної системи.

Н. Лисенко та І. Мартинчук наголошують на тому, що навіть при легкому і доброякісному перебігу неврологічних симптомів загальний потенціал їх знижений [68, с. 73].

Тобто за сумарним терміном «немовлення» стоять найрізноманітніші явища, обумовлені різними причинами, локалізацією і механізмом ураження тощо [89, с. 132].

Таким чином, ми отримаємо різну клінічну картину порушення, яка дає різну динаміку спонтанного виходу зі стану «немовлення», що обумовлює необхідність чіткого диференційованого підходу корекційно-розвивального впливу в кожному окремому випадку [19, с. 13].

Фахівці визначають, що при кожному з порушень відзначаються різноманітні порушення мовлення.

У результаті аналізу психолого-педагогічних особливостей немовленнєвих дітей дошкільного віку встановлено, що дана категорія характеризується значною гетерогенністю проявів, зумовленою поєднанням нейробіологічних,

когнітивних, емоційно-вольових та соціально-комунікативних чинників. Провідною відмінністю немовленнєвих дітей є істотна недостатність або повна відсутність усного мовлення при збереженні різного рівня здатності до комунікації, що реалізується переважно через невербальні засоби – жести, міміку, погляд, рухову активність.

У психічному розвитку немовленнєвих дошкільників спостерігаються специфічні труднощі, які проявляються у неповноцінності або дискоординації сенсомоторних процесів, обмеженості пізнавальної діяльності, низькому рівні довільної регуляції та вибіркової уваги. Затримка або порушення мовленнєвої функції негативно впливає на формування операцій мислення, процеси аналізу, синтезу, категоризації, що у свою чергу ускладнює засвоєння інформації й організацію навчальної діяльності. Емоційна сфера таких дітей характеризується підвищеною чутливістю, фрагментарністю емоційних реакцій, труднощами у вираженні переживань та потребою у значній підтримці з боку дорослого.

Соціально-комунікативні прояви у немовленнєвих дітей здебільшого відзначаються недостатньою ініціативністю, низьким рівнем включення у взаємодію з однолітками, труднощами в інтерпретації соціальних сигналів та регуляції поведінки у групі. Невербальні форми контакту, хоч і відіграють компенсаторну роль, часто виявляються недостатньо структурованими або малопродуктивними. Спостерігається також залежність від дорослого як ключового партнера та основного регулятора комунікаційних ситуацій.

Педагогічний аспект характеристики немовленнєвих дітей вказує на потребу у спеціально організованому освітньому середовищі, яке забезпечує поетапне формування базових мовленнєвих передумов: слухової уваги, розуміння зверненого мовлення, репродуктивної діяльності, моторного планування, розвитку символічної функції та формування комунікативної ініціативи. Ефективність корекційно-розвиткової роботи визначається системністю,

індивідуалізацією, мультисенсорним підходом та тісною взаємодією між вчителем-логопедом, психологом, педагогами й батьками.

Узагальнюючи наведене, можна констатувати, що немовленнєві діти дошкільного віку становлять особливу категорію з комплексними та взаємопов'язаними порушеннями мовленнєвої, когнітивної, емоційно-вольової та соціальної сфер. Їх психолого-педагогічна характеристика визначає необхідність застосування міждисциплінарного підходу, спрямованого не лише на відновлення або розвиток мовлення, але й на підтримку загального психічного розвитку, формування ефективних способів комунікації та забезпечення соціальної адаптації. Саме цілісне, раннє й комплексне втручання створює умови для оптимальної компенсації мовленнєвих порушень і сприяє максимально можливому розкриттю потенціалу дитини.

Висновки до розділу 1

На основі опрацьованих науково-методичних джерел з досліджуваної проблематики нами зроблено зроблено такі висновки.

Аналіз сучасних досліджень у галузі психолінгвістики, нейропсихології та логопедії (А. Беддлі, Д. Румер, М. Томазелло) свідчить, що мовленнєва діяльність формується на основі взаємодії біологічних і соціальних чинників. У дошкільному віці закладається структура мовленнєвих функцій, що включає рецептивний, експресивний та комунікативний аспекти. Визначено, що мовлення розвивається гетерохронно: спочатку формуються механізми слухового сприйняття та розуміння, а згодом – продуктивні навички.

Дослідження дезонтогенезу мовлення свідчать про те, що відсутність або значна недостатність мовленнєвої активності у дітей дошкільного віку є складним порушенням, яке потребує комплексного підходу в діагностиці та

корекції (Дж. Гекен, М. Гуменюк, К. Лешли, Ю. Мікадзе, Б. Мілнер, Р. Сперрі, Д. Хебб).

«Немовленнєвість» може бути зумовлена різними чинниками: органічними ураженнями центральної нервової системи, порушеннями когнітивного розвитку, соціальними та психоемоційними факторами. Особливу увагу дослідники приділяють зв'язку між тяжкими порушеннями мовлення (ТПМ) та нейропсихологічними особливостями дітей, зокрема проблемам у роботі лівої півкулі головного мозку, що відповідає за мовленнєву продукцію.

Категорія «немовленнєвих дітей» визначається як група дошкільників, які мають значні труднощі в мовленнєвій активності, що проявляється в повній або частковій відсутності усного мовлення при збереженій здатності до комунікації. У психолого-педагогічному аспекті такі діти демонструють обмежений лексичний запас, недостатній рівень мовленнєвого розуміння та труднощі в соціальній взаємодії.

У ході дослідження з'ясовано, що порушення мовлення у немовленнєвих дітей є складною медико-психолого-педагогічною проблемою, що потребує системного та міждисциплінарного підходу. Її багатофакторна природа зумовлена поєднанням біологічних (органічних і функціональних), психологічних та соціально-педагогічних чинників, які впливають на формування мовленнєвої діяльності дитини.

З медичної точки зору, мовленнєві порушення часто пов'язані з особливостями розвитку центральної нервової системи, сенсорних аналізаторів, психофізіологічними дисфункціями.

У психологічному аспекті такі діти виявляють специфічні труднощі у розвитку пізнавальної діяльності, емоційно-вольової сфери, комунікативної поведінки.

З педагогічного боку мовленнєва недостатність ускладнює засвоєння навчального матеріалу, взаємодію з однолітками й дорослими, формування особистісної та соціальної компетентності.

Немовленнєві діти дошкільного віку становлять особливу категорію дітей із порушенням розвитку мовлення, для яких характерне значне відставання або повна відсутність сформованого мовленнєвого спілкування. Їхня психолого-педагогічна характеристика виявляє своєрідність у розвитку пізнавальної діяльності, емоційно-вольової сфери, поведінки та соціальної взаємодії.

Такі діти часто мають збережений потенціал інтелектуального розвитку, однак через недорозвиненість мовлення виявляють утруднення у сприйманні, запам'ятовуванні, узагальненні, що ускладнює засвоєння знань і комунікацію. Порушення мовленнєвої функції негативно впливає на формування мислення, емоційної регуляції, самооцінки й соціальної адаптації.

Дослідження вказує на необхідність спрямування уваги на розробку спеціальних корекційних програм та інтервенційних підходів для цієї категорії дітей з метою сприяння розвитку їх мовленнєвих навичок і підвищення рівня комунікації. Такий підхід сприятиме більш успішній соціалізації та інтеграції «немовленнєвих» дітей у суспільство, а також покращить їх можливості для досягнення максимального потенціалу в майбутньому.

Отже, успішна корекція та розвиток мовлення у немовленнєвих дітей можливі лише за умови комплексного підходу, який поєднує медичну діагностику й терапію, психологічну підтримку та спеціально організовану логопедичну і педагогічну роботу. Рання діагностика, тісна співпраця фахівців (лікаря, психолога, логопеда, дефектолога, педагогів) і батьків створюють умови для успішної мовленнєвої, когнітивної та соціальної реабілітації дитини.

РОЗДІЛ 2

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МЕТОДИКА ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ МОВЛЕННЄВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ НЕМОВЛЕННЄВИХ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

2.1. Обґрунтування констатувального етапу вивчення особливостей мовленнєвої діяльності немовленнєвих дітей дошкільного віку

Забезпечення цілісного підходу під час виявлення та подолання відхилень у психофізичному розвитку дітей із затримкою психомовленнєвого розвитку (ЗПМР) є найважливішим завданням сучасної корекційної психології та педагогіки. Зокрема, проблема вивчення «немовленнєвих» дітей є актуальною не тільки в психолого-педагогічному, але й у соціальному аспекті [7, с. 13].

У межах цього наукового пошуку нами було визначено мету емпіричного— констатувального етапу дослідження: розробити, обґрунтувати та експериментально перевірити методику виявлення рівнів проявів порушень мовлення у немовленнєвих дітей 4–5-ти років.

Констатувальний етап дослідження складався з трьох послідовних етапів: пропедевтичний етап – був спрямований на визначення особливостей психофізіологічного розвитку дітей 4–5 років шляхом аналізу анамнестичних даних, медичних висновків фахівців та епідеміологічного дослідження медичної документації; основний етап – передбачав комплексну оцінку рівня сформованості мовленнєвої діяльності, що включала аналіз експресивної та імпресивної сторін мовлення, когнітивних процесів, сенсомоторних функцій та емоційно-особистісних характеристик; заключний етап – полягав у систематизації отриманих емпіричних даних та формулюванні логопедичного висновку щодо рівня мовленнєвого розвитку немовленнєвих дітей дошкільного віку.

- **Пропедевтичний етап – збір анамнезу.**

На першому етапі констатувального експерименту проводилося дослідження анамнестичних даних і вивчення амбулаторних історій порушень дітей.

Епідеміологічно було проаналізовано 387 амбулаторних історій порушень дітей дошкільного віку (березень – жовтень 2022 р.).

Фахівцями КНП «Міська дитяча лікарня № 5» ХМР, КНП «Міська клінічна лікарня № 30», КНП «Міська дитяча поліклініка № 1» ХМР, КНП «Міжобласний спеціалізований медико-генетичний центр- центр рідкісних (орфанних) захворювань» та медичного центру «Нейрон» (база Харківської медичної академії післядипломної освіти), дитячого відділення КНП «Світловодська ЦРЛ», «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 1, Дитяча поліклініка № 1 м. Кропивницький» було надано інформацію про стан здоров'я дітей, захворювань та щеплень.

Інформацію надали: педіатр-неонатолог, педіатр (дільничний), невролог, психіатр, ендокринолог, інфекціоніст, генетик, сурдолог, щелепно-лицевий хірург, стоматолог-ортодонт, клінічний психолог.

На період збору та обробки інформації медичні заклади м. Харкова, м. Кропивницького та м. Світловодська працювали в дистанційному та змішаному форматах (Указ Президента України від 24 лютого 2022 року № 64/2022 «Про введення воєнного стану в Україні»).

На основі висновків фахівців медичного профілю було відібрано категорію дітей із ЗПМР. Означено категорію дітей із різним ступенем комунікативних умінь і навичок.

Критерії включення були такими: 1) вікова ознака – 4-5 років; 2) висновки фахівців психолого-педагогічного профілю: наявність ЗПМР та/або супутньої неврологічної симптоматики (у тому числі, ММД); 3) отримання попереднього

лікування: наявність або відсутність попереднього фармакотерапевтичного лікування для забезпечення подальшого поділу на групи.

Критерії виключення: 1) супутні медичні висновки: виключення осіб з іншими супутніми медичними станами (наявність епілептичного статусу); 2) наявність згоди батьків/опікунів: виключення осіб, які відмовляються взяти участь у дослідженні або не надають згоди на участь.

Встановлення таких критеріїв включення та виключення допомагає забезпечити однорідність групи дослідження та зменшити вплив потенційних змінних на результати дослідження.

Рандомізація груп: розподіл дітей на варіативні групи незалежно від клінічного укладання в залежно від стану сформованості комунікативно-мовленнєвих умінь і навичок.

Для уточнення медичних висновків та подальшого об'єктивного лікування дітям було призначено:

- Аудіометрію: дослідження слуху за допомогою розмовного та шепітного мовлення; аудіологічне дослідження; отоакустична емісія.
- Обстеження структурно-функціонального стану головного мозку: комп'ютерна томографія (КТ), ядерно-магнітний резонанс (ЯМР), позитрон-емісійна томографія (ПЕТ), ультразвукове дослідження (УЗД) та доплерографія, магнітно-резонансна томографія (МРТ), магнітоенцефалографія (МЕГ), візуалізація розподілу тензора (ВРТ), що забезпечили прямий доступ до анатомії уражень головного мозку.
- **Основний етап констатувального етапу дослідження – вивчення стану сформованості мовно-мовленнєвої діяльності обраної категорії дітей.**

Як відомо, комплексний аналіз мовлення потребує врахування різних аспектів: прагматичного, семантичного, нейропсихологічного, моторного та емоційно-особистісного розвитку.

Проте слід зазначити, що сьогодні в Україні не існує єдиної комплексної логопедичної методики, яка б охоплювала всі складові мовно-мовленнєвої діяльності немовленнєвих дошкільників.

Обстеження здебільшого представлено у вигляді окремих методик, що спрямовані на оцінку конкретних мовленнєвих компонентів або когнітивних аспектів мовленнєвого розвитку.

Це свідчить про необхідність розробки цілісного підходу до обстеження мовленнєвих порушень у дошкільників, який би інтегрував дані різних методів і підходів.

До найбільш поширених методик належать:

- *«Діагностика мовленнєвого розвитку дітей із системними порушеннями мовлення»* (О. Гуровець) [16, с. 23]. Методика спрямована на оцінку рівня мовленнєвої діяльності дітей із системними порушеннями. Досліджуються всі компоненти мовлення: фонетико-фонематичний, лексико-граматичний та комунікативний аспекти. Дозволяє визначити індивідуальні особливості мовленнєвого розвитку та планувати корекційну роботу.
- *Нейропсихологічний скринінговий тест (NEPSY-II)* (Korkman et al., 2007) [18, с. 454]. Стандартизована нейропсихологічна методика, що використовується для комплексної оцінки когнітивного розвитку у дітей від 3 до 16 років. У контексті дослідження мовленнєвих порушень дозволяє оцінити функціональний стан вербальної пам'яті, виконавчих функцій, слухового та зорового сприйняття, які є важливими для формування мовлення.
- *Методика дослідження мовленнєвого праксису в дітей* (Дж. Стокс, 2020) [6, с. 23]. Методика розроблена для оцінки моторного планування мовленнєвих рухів у дітей із порушеннями мовлення. Дозволяє визначити ступінь розвитку артикуляційної моторики, координації та послідовності мовленнєвих дій, що є ключовими для запуску мовлення в немовленнєвих дошкільників.

- *Методика «Слуховий гнозис та фонематичне сприйняття»* (Л. Таллал, 2018) [18, с. 21]. Методика оцінює здатність дитини до розпізнавання та диференціації мовленнєвих і немовленнєвих звуків. Використовується для діагностики слухової перцепції та фонематичного сприйняття, які є критичними для розвитку мовлення й подальшого формування мовленнєвих навичок.

- *Методика «Дослідження взаємозв'язку мовлення та моторики»* (Г. Цінгезер та А. Берндт, 2021) [14, с. 56]. Ця методика аналізує кореляцію між рівнем розвитку мовлення та моторних навичок. Особлива увага приділяється оцінці загальної та дрібної моторики, оскільки відомо, що моторний розвиток тісно пов'язаний за становленням мовленнєвої функції.

- *MacArthur-Bates Communicative Development Inventories (CDI)* (Fenson et al., 2007) [33, с. 16]. Стандартизована методика оцінки раннього мовленнєвого розвитку дітей, що базується на анкетуванні батьків. Дозволяє оцінити розширення словникового запасу, розвиток граматики та комунікативних навичок.

- *Peabody Picture Vocabulary Test (PPVT)* (Данн, 2007) [33, с. 17]. Методика використовується для оцінки пасивного словникового запасу в дітей. Вона дає змогу визначити рівень розуміння слів за допомогою демонстрації зображень, що є особливо корисним для дітей із порушеним мовленнєвим розвитком.

- *Sequenced Inventory of Communicative Development, Revised* [23, с. 25]. Цей інструмент дозволяє оцінити комунікативні навички дитини в процесі природної взаємодії, зокрема здатність до ініціації та підтримання діалогу, використання жестів, міміки.

- *Test of Early Language Development (TELD-3)* (Гресько, Геммілл, 2011) [78, с. 11]. Тест оцінює рівень розвитку експресивного та рецептивного мовлення

у дітей дошкільного віку. Дозволяє виявити затримку мовного розвитку та диференціювати тип мовленнєвих порушень.

- *Preschool Language Scale (PLS-5)* (Циммерман, Штайнер, Pond, 2019) [78, с. 13]. Комплексна методика для оцінки мовленнєвого розвитку дітей раннього віку. Дозволяє визначити рівень розвитку як розуміння мовлення, так і його продукції, що є важливим для діагностики немовленнєвих дошкільників. [33, с. 87].

- *Reynell Developmental Language Scales (RDLS)*. Дана шкала оцінює когнітивні та мовленнєві функції, дозволяючи дослідити не лише рівень мовленнєвого розвитку, але й особливості переробки мовленнєвої інформації [33, с. 96].

- *Clinical Evaluation of Language Fundamentals (CELF-5)* [33, с. 97]. Одна з найбільш визнаних методик для оцінки мовленнєвих здібностей дітей із порушеннями мовлення. Включає тести для оцінки фонологічної обробки, граматичної структури, розуміння та використання мовлення в комунікативних ситуаціях.

На основі вище зазначених методик нами було розроблено комплексну методику – виявлення проявів недорозвитку мовлення в немовленнєвих дітей 4–5 років подану у пп. 2.3.

3. Заключний етап констатувального етапу – формування логопедичного висновку.

Означений етап полягав у систематизації та узагальненні отриманих результатів, що стає основою для формулювання логопедичного висновку щодо рівня мовленнєвого розвитку немовленнєвих дітей дошкільного віку. Формування висновку ґрунтується на комплексному аналізі отриманих даних, зібраних за допомогою диференційованих методик оцінки мовленнєвих, когнітивних та сенсомоторних функцій.

Для візуалізації та систематизації даних було розроблено узагальнену таблицю, яка відображає рівні сформованості мовлення в дітей залежно від різновиду мовленнєвого порушення (Таблиця 2.1). Це дає змогу визначити основні закономірності та варіативність мовленнєвого розвитку в межах вибірки та слугує основою для подальшої інтерпретації результатів дослідження.

Таблиця 2.1

Рівні сформованості мовлення в дітей із різними видам мовленнєвих порушень

<i>Види мовленнєвих порушень</i>	<i>Змістове сприймання мовлення</i>	<i>Стан сформованості мовлення</i>
ЗПМР різної етіології	Нульовий рівень	Тяжкі мовленнєві порушення, зародки мовлення: вокалізації відсутні або наявні голосні звуки (А, О, И, Е, І)
ЗНМ I рівня (моторна, сенсорна, сенсомоторна алалії)	Нульовий/ситуативний рівень	Діти спілкуються лепетними словами та звуконаслідуванням, зміст яких поза ситуацією незрозумілий, доповнюють спілкування невиразною мімікою та жестами.
ЗНМ II рівня (моторна, сенсорна, сенсомоторна алалії)	Ситуативний/номінативний рівень	До лепету й жестів діти додають власні «аморфні» слова та звукокомплекси, які зрозумілі лише їм

Досліджувана група дітей із ЗПМР характеризується варіативністю рівня сформованості експресивного мовлення: від артикуляції окремих наближених голосних фонем до здатності продукувати односкладові та двоскладові слова з відкритою складовою структурою.

Узагальнена блок-схема констатувального етапу дослідження представлена на інфографіці (рис. 2.1).



Рис. 2.1. Узагальнена блок-схема констатувального етапу дослідження

Узагальнена блок-схема (Рис. 2.1) чітко демонструє послідовність дослідницького процесу – від теоретичного обґрунтування та розробки методичного інструментарію до його практичного застосування й аналізу отриманих даних.

Систематизація результатів дозволяє окреслити основні напрями подальшої корекційної роботи, спрямованої на диференційоване мовленнєве втручання відповідно до індивідуальних потреб дітей. Отримані дані також можуть бути використані для розробки комплексних методик обстеження та

уточнення критеріїв оцінки мовленнєвого розвитку немовлених дітей дошкільного віку.

2.2. Обґрунтування та експериментальне впровадження методики вивчення мовленнєвої діяльності обраної категорії дітей

Сьогодні в логопедичній, лінгвістичній, психолінгвістичній науці та практиці найбільш визнані чотири теорії про механізми засвоєння дітьми мовленнєвої системи [29, с. 16]:

1. Мовлення засвоюється під впливом оточення. Діти повторюють звуки у відповідь на винагороду й підкріплення їх звукових реакцій дорослими у вигляді посмішок, обіймань, заохочень (Б. Скіннер) [29, с. 16].

2. Дитина має вроджену мовленнєву здатність опановувати граматику, а лексику – засвоює (А. Хомскі) [29, с. 17].

3. Мовлення засвоюється унаслідок імітацій, внаслідок повторення дитиною «готових зразків» мовлення дорослих [29, с. 19].

4. Мовлення засвоюється дитиною в її соціальній взаємодії. Дитина біологічно схильна засвоювати мовлення, проте вчиться правильно говорити лише у процесі навчання з боку дорослого (Ю. Стоянова) [23, с. 42].

На жаль, досі немає єдиної думки вчених щодо цих теорій, проте слід враховувати різні фактори (генетичний, соціальний, педагогічний).

Відповідно до цих тенденцій, помилково виділяють дітей, які мало, але добре говорять, і дітей, які говорять багато, але погано. Доцільніше говорити про складне переплетення обох стратегій у мовленні більшості дітей, що необхідно враховувати в процесі їх мовленнєвого розвитку.

У наукових доробках О. Каспер, О. Кутлер, В. Фіфер сформульовані принципи розвитку дитячого мовлення, до яких віднесені [68, с. 12]:

1) мовлення в дитячому віці керується спадковою програмою, що забезпечує функцію експресії внутрішніх психологічних станів (спочатку негативного, пізніше позитивного характеру) у формі рухових, у тому числі голосових проявів;

2) розвиток сприйняття та вимови звуків у перші місяці життя визначається генетичною програмою та під впливом зовнішніх мовленнєвих сигналів;

3) засвоєння слів дитиною визначається розумовими й мовленнєвими намірами оточуючих і самої дитини;

4) граматичні основи мовлення засвоюються дитиною під впливом спадкової програми, що регулює аналітичні та синтезуючі операції щодо засвоюваного вербального матеріалу;

5) спочатку дитина освоює найбільш прототипові (базові), найбільш часто реалізовані в мовленні правила, а потім переходить до окремих, що стосуються окремих лексичних розрядів, а в останню чергу – поодинокі винятки;

6) засвоєння дитиною граматики залежить від її складності, тобто процес засвоєння мовлення визначається потребами у спілкуванні.

Процес розвитку мовлення є закономірним і залежить від ступеня розвитку мовленєвотворчої системи людини: артикуляційного апарату, інтелекту (розвиток мовленнєвих центрів кори мозку), пам'яті, емоційно-вольової сфери.

Л. Федоренко досліджувала закономірності засвоєння мовлення дітьми дошкільного віку та визначила низку об'єктивних та суб'єктивних залежностей сприйняття, розуміння та засвоєння норм мовлення [5, с. 24]:

- сприйняття мовлення залежить від натренованості органів мовлення (артикуляційного апарату), органів слуху (мовленнєвий слух), органів зору (зорова фіксація рухів артикуляційних органів) та руки (зв'язок руху руки з дією та предметом);

- розуміння мовлення залежить від засвоєння дитиною різних ступенів узагальнення. Значення слова діти засвоюють поступово. Спочатку одним

словом діти позначають тільки один предмет: свій м'яч, кавун, годинник, повітряну кульку. Поступово діти узагальнюють предмети у видові та родові групи (одяг, посуд, транспорт). Таким чином, зміст слова поглиблюється, зміст розширюється в міру збільшення життєвого досвіду дитини;

- виразність мовлення залежить від розвитку в дитини сприйнятливості до виразних засобів. Інтуїтивно діти добре сприймають засоби інтонаційної виразності (тембр, висоту, силу голосу, темпи) вже з раннього віку. Дуже емоційно діти сприймають і добре розуміють у дошкільному віці лексичні засоби виразності: образні слова (епітети, метафори, порівняння) і вирази (крилаті фрази та фразеологічні звороти). Зрідка на інтуїтивному рівні дошкільнята здатні розуміти стилістичні засоби виразності, задоволенням вживають слова в невласливому їм стилістичному контексті. Насичення мовленнєвого середовища засобами виразності стимулює розвиток виразності мовлення самої дитини;

- засвоєння норм мовлення залежить від розвитку почуття мовлення – здатності запам'ятовувати норми вживання слів, їх сполучуваність, змінність та ситуативність. На основі мовленнєвого чуття діти запам'ятовують сенс окремих елементів: наприклад, негативний сенс приставки «не» або зменшувально-пестливих суфіксів -еньк, -іньк. Надалі усвідомленість у підборі вживаних дітьми норм слів залежить від інтуїтивного розуміння значення окремих морфем.

- темп збагачення мови залежить від рівня вдосконалення структури мовленнєвих навичок. Чим різноманітніше мовленнєві навички дитини (активний словник, засвоєння граматичних і фонетичних норм), тим легше вона освоює нові, складні форми мовлення: розповідь віршів і казок, переказ, твір. Удосконалення мовленнєвих навичок відбувається в різноманітних мовленнєвих ситуаціях. Ось чому так важливо забезпечити дитині комунікативну активність у процесі спілкування з дорослими та однолітками [5, с. 24].

Методи дослідження дитячого мовлення можна умовно розділити на онтолінгвістичні (до них звертаються онтолінгвісти, лінгвісти, психологи та

психолінгвісти) та педагогічні (реалізуються корекційними педагогами-теоретиками та педагогами-практиками).

Безумовно, існує нагальна потреба в доопрацюванні й уточненні нормативних даних, інструкцій і критеріїв оцінювання. Це включає введення нових проб і завдань, модифікації, а також створення додаткових стимульних матеріалів. Необхідно додатково проаналізувати технології прийняття топіко-діагностичних рішень, тобто відповідність результатів, отриманих за допомогою різних проб і завдань, особливостям порушення певної функціональної системи.

У межах дослідження головним завданням було виділення групи «немовленнєвих дітей» віком 4–5 років серед дітей з іншими тяжкими порушеннями мовлення (ТПМ). Це забезпечить однорідність усіх учасників КЕ дослідження та дозволить порівняти результати на ФЕ дослідження.

На базі дитячої студії розвитку Children's Academy в м. Харкові було розроблено клінічне анкетування-скринінг, мета якого – виявлення ризиків появи ТПМ у дітей дошкільного віку (з використанням Google Форми). За результатами анкетування було сплановані такі напрями подальшої роботи:

- Виявлення дітей, які мають ризик виникнення ТПМ на ранньому етапі розвитку, що дозволяє своєчасно розпочати корекційно-розвивальну роботу.
- Оцінка рівня мовленнєвого розвитку дитини відповідно до вікових норм.
- Прогнозування стану «немовленнєвості» в дітей з ТПМ.
- Надання батькам інформації про можливі проблеми в розвитку мовлення їхньої дитини та рекомендації щодо подальших дій.

Лікарям-педіатрам було запропоновано поширити анкетування серед груп для батьків та лікарів інших спеціальностей у Viber, Telegram, WhatsApp та соціальні мережі (цільова аудиторія: місцеві жителі та ВПО Харкова та області, м. Кропивницький та м. Світловодськ Кіровоградської області). Також у

анкетуванні брали участь вихованці КЗДО «Заміський дитячий садок «Колобок» Валківської міської ради Харківської області та дитячої студії розвитку «Children's Academy».

Наведене клінічне анкетування-скринінг було представлено в метах розробки волонтерського проєкту розвитку та відновлення мовлення «LogoComfort» під час The Empowering Women Entrepreneurship Programme 2022 р. та Київському університеті імені Б. Грінченка.

Батькам необхідно було відповісти на серію запитань поданих у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

**Анкетування-скринінг виявлення ризиків появи ТПМ
у дітей дошкільного віку**

<i>Запитання</i>	<i>Відповідь</i>
Вказати адресу електронної пошти, ППІ, вік дитини	
Чи мали Ви особливості перебігу вагітності? Якщо так, які саме?	
Як проходили Ваші пологи?	
Опишіть, будь ласка, перші 28 днів життя Вашої дитини	
Які вміння та навички Ви помічали у своєї дитини у віці 12 місяців?	
При занепокоєнні стосовно психофізичного стану Вашої дитини чи звернулися Ви до спеціаліста? Якщо так, то до кого саме? Чи надали Вам необхідну допомогу? Якщо ні, то чому?	
Які особливості психофізичного розвитку Ваш малюк мав у віці від 1, 5 до 3 років?	
З чим, на Ваш погляд, пов'язані особливості психофізичного розвитку Вашої дитини?	
Чи знайомі Ви з періодизацією психомовленнєвого розвитку дитини?	
З чим, на Вашу думку, пов'язана затримка психомовленнєвого розвитку дитини?	
Чи мають члени Вашої родини мовленнєві порушення?	

Якщо так, які саме?	
Чи потребує консультації дитина, яка має незначну мовленнєву затримку?	
У чому, на Ваш погляд, виявляються мовленнєві порушення?	
Хто повинен надавати дитині допомогу в подоланні мовленнєвих порушень?	
Чи готові Ви в разі необхідності звернутися до спеціаліста?	
Чи знаєте Ви, хто такий «вчитель-логопед», «вчитель-дефектолог»?	
Чи готові Ви взяти участь у проєкті для немовленнєвих дітей «Logo Comfort»?	
Якщо так, чи маєте Ви особливі побажання стосовно проведення проєкту? Очікувані результати?	

На початковому етапі реалізації КЕ дослідження батьків та їх дітей було запрошено на вивчення стану сформованості комунікативно-мовленнєвих навичок. За умови неможливості відвідування фахівців (перебування закордоном, у іншому місті, особливості психоемоційного стану внаслідок психотравмуючих подій на війни тощо) батькам було запропоновано проведення скринінг-діагностування в дистанційному форматі, в основу якого покладено взаємодію тріади: вчителя-логопеда – дитини – родини.

Розроблена в метях дослідження експериментальна процедура вивчення включала серію спеціальних завдань, метою яких було виявлення рівня сформованості вербальних та невербальних компонентів мовлення обраної категорії дітей. Ці показники та критерії допомагають визначити рівень розвитку мовленнєвої діяльності в немовленнєвих дітей дошкільного віку та служать основою для спостережень, оцінки та планування подальшого розвитку мовлення.

Перед початком логопедичного вивчення батькам дітей із ТПМ в електронному вигляді подається така інформація (таблиця 2.3):

Таблиця 2.3

Опитувальник батьків дітей із ТПМ на підготовчому етапі дослідження

<i>Запитання</i>	<i>Відповідь</i>
ППП дитини та батьків	
Особливості перебігу вагітності та пологів	
Загальний розвиток дитини до 3-х років	
Інформація про перенесені хвороби	
Виписки лікарів, данні про інструментальні методи обстеження дитини;	
Наявність «Щоденника мовленнєвого розвитку дитини» (Додаток А)	

Окрім запропонованого опитувальника, батькам пропонувалося надати додаткову інформацію у вигляді фото та відео фіксації (таблиця 2.4).

Таблиця 2.4

Перелік додаткової інформації підготовчого етапу дослідження

<i>За допомогою відеофіксації</i>	<i>За допомогою фотофіксації</i>
комунікація дитини на побутовому рівні: розуміння логіко-граматичних конструкцій	обличчя дитини (профіль, анфас)
коментування дитиною гри, дій тощо	зубного ряду, язика, під'язикової зв'язки, твердого піднебіння
взаємодія з незнайомими людьми	-
виконання завдань із залученням загальної та дрібної моторики (фахівець слідкує за тим, як дитина ходить, ловить м'яч, підіймається сходами, складає кубики, миє руки, малює тощо)	-
пиття та пережовування їжі різної консистенції	-
виконання основних артикуляційних вправ та вправ на розвиток мовленнєвого дихання	-

У процесі обробки інформації вчитель-логопед спостерігав за ходом виконання запропонованих завдань. У подальшому ці відомості складуть якісну оцінку психомоторної та комунікативної поведінки дитини в заданій ситуації. У якісній оцінці відображається своєрідність комунікативної поведінки: швидкість розуміння, особливості й ефективність контакту дитини з дорослим.

На завершенні підготовчого етапу пропонувались онлайн зустрічі з батьками, під час яких відбувалось обговорення/уточнення отриманих відомостей, ставилися додаткові запитання, за потреби та можливостями – здійснювалося спілкування з дитиною особисто.

Зазвичай батьки надсилали коротенькі відео (до 10 хв), у яких дитина знаходилась у різних мовленнєвих ситуаціях. До того ж, батьки не були «прив'язані» до години прийому та мали змогу відправити фото та відеозвіт у будь-який час, залучаючи при цьому інших членів родини (у тих випадках, коли дитина краще комунікує з бабусею, дідусем, тіткою, старшим братом, хрещеною тощо). Онлайн зустріч з батьками тривала 1– 1,5 години. Для решти батьків *скринінг-діагностування проводилося в режимі офлайн.*

На основному етапі вивчення мовлення дітей із ТПМ, рівня сформованості їх комунікативних навичок здійснювався під час офлайн зустрічей із використанням адаптованої системи спостережень (за S. Gaidukevich [4, с. 23]). Схему проведення вивчення подано в Додатку Б.

Неведена нижче таблиця (таблиця 2.5) дозволяє визначити переваги та недоліки онлайн та офлайн виявлення рівня сформованості комунікативно-мовленнєвих навичок дошкільників, оцінити їхню ефективність і вибрати найбільш підходящу з точки зору конкретних обставин та цілей дослідження.

Таблиця 2.5.

**Порівняльна таблиця переваг і недоліків форм проведення виявлення
рівня сформованості комунікативних навичок
у дітей із ТПМ**

Параметр	Дистанційне вивчення	Очне вивчення
Методика проведення	Використання онлайн-анкет та відеоконсультацій	Особистий контакт з фахівцем, анкетування
Зручність для батьків та дітей	Зручний, не потребує візиту до освітньо-розвиткового центру	Потребує особистого візиту до вчителя-логопеда
Тривалість проведення	Може бути здійснений у будь-який зручний час	Обмежений робочим часом освітньо-розвиткового центру
Кількість учасників	Можливість великої кількості учасників	Обмежені учасники через часові обмеження
Точність діагностики	Може бути менш точним через відсутність прямого контакту	Більш точний через особистий контакт
Вартість	Безкоштовно	Безкоштовно
Ефективність виявлення порушень	Залежить від якості відео та відповідей батьків	Висока, через безпосереднє спостереження
Затримка у реагуванні на результати	Може бути затримка у відповіді	Можливість миттєвої відповіді

Проведення процедури виявлення рівня сформованості комунікативних навичок у дітей із ТПМ в умовах воєнного стану на території України має низку специфічних особливостей та викликів:

- **Обмежений доступ до дітей.** Воєнний стан часто обмежує можливість очного контакту з дітьми через евакуацію, переміщення або

обмеження доступу до певних територій. Це вимагає активного використання дистанційних методик скрінінгу.

- **Психологічний стан дітей.** Воєнний стан може суттєво вплинути на психологічний стан дітей, що, у свою чергу, відображається на їхньому мовленнєвому розвитку. Стресові ситуації можуть викликати затримки або регресію в розвитку мовлення.

- **Відсутність стабільного інтернет-зв'язку.** Для проведення дистанційного скрінінгу необхідний стабільний інтернет-зв'язок, який може бути недоступним у зонах конфлікту або тимчасово окупованих територіях. Це обмежує можливості використання онлайн-платформ і відеозв'язку.

- **Відсутність ресурсів та обладнання.** В умовах воєнного стану може спостерігатися дефіцит необхідного обладнання, матеріалів та ресурсів для проведення скрінінгу. Це потребує адаптації методик та пошуку альтернативних способів оцінювання.

- **Переміщення спеціалістів.** Логопеди та інші фахівці можуть бути переміщені або змушені працювати в інших умовах, що ускладнює організацію та проведення скрінінгу. Залучення місцевих фахівців та навчання волонтерів може бути необхідним.

- **Адаптація методик.** Необхідно адаптувати методики скрінінгу з урахуванням специфічних умов воєнного стану. Це може включати розробку спрощених тестових завдань, використання менш складних стимульних матеріалів та більш гнучкі підходи до оцінювання.

- **Підтримка батьків.** Батьки дітей також можуть перебувати у стресовому стані й потребувати додаткової підтримки та інструкцій щодо проведення діагностування. Важливо забезпечити їх необхідною інформацією та інструментами для самостійного проведення базових оцінок мовленнєвого розвитку дітей.

- **Співпраця з гуманітарними організаціями.** Залучення громадських організацій та місцевих волонтерів може допомогти в забезпеченні доступу до дітей, організації логістики та наданні необхідних ресурсів для проведення діагностування.

Проведення скрінінгу в умовах воєнного стану вимагає від фахівців гнучкості, адаптивності та тісної співпраці з різними зацікавленими сторонами для забезпечення максимальної точності діагностики та ефективності подальших корекційних заходів.

На констатувальному етапі дослідження нами було розроблено та обґрунтовано рівні сформованості комунікативних навичок у обраної категорії дітей: нульовий, ситуативний, номінативний (таблиця 2.6).

Таблиця 2.6

Рівні сформованості комунікативних навичок у дітей із ТПМ

Рівень	Характеристика за комунікативними показниками
Нульовий	Відсутність усвідомленої комунікації. Дитина не ініціює контакт, не реагує на мовлення, не використовує альтернативні засоби комунікації. Вокалізації обмежені або відсутні (окремі голосні звуки). Емоційний контакт мінімальний.
Нульовий/ситуативний	Використання лепетних слів, звуконаслідувань, жестів, які зрозумілі лише в певній ситуації. Комунікація ситуативна, ініціюється переважно для задоволення базових потреб. Відповіді на звернення часто відсутні або фрагментарні. Міміка та жести невиразні.
Ситуативний/номінативний	Дитина доповнює лепет і жести власними «аморфними» словами та звукокомплексами, які зрозумілі лише найближчому оточенню. Починає

	усвідомлено використовувати міміку та інтонацію, хоча мовлення все ще ситуативно обмежене. Частково розуміє прості звернення, може повторювати знайомі слова.
--	---

Представлена характеристика рівнів сформованості комунікативних навичок у дітей із ТПМ дозволяє визначити ступінь їхньої мовленнєвої активності, характер соціальної взаємодії та потенційні можливості для подальшої корекційної роботи.

Означені рівні відображають етапи становлення комунікативної діяльності від повної відсутності усвідомленого мовлення до поступового формування ситуативно-залежних вербальних і невербальних засобів спілкування.

Аналізуючи комунікативні можливості дітей, важливо враховувати як мовленнєві, так і немовленнєві компоненти взаємодії, включаючи міміку, жести, вокалізації та використання допоміжних засобів комунікації. Особливості співвідношення означених компонентів можуть свідчити про рівень готовності дитини до активізації мовленнєвої діяльності.

Експериментальна методика вивчення мовленнєвої діяльності обраної категорії дітей є важливим інструментом для глибокого аналізу стану розвитку мовлення, виявлення особливостей і труднощів комунікативної діяльності. Її застосування дає змогу не лише виявити рівень сформованості мовленнєвих компонентів (фонетико-фонематичного, лексико-граматичного, зв'язного мовлення), а й визначити вплив супутніх психічних процесів – уваги, пам'яті, мислення, емоційної сфери на мовленнєвий розвиток дитини.

Таким чином, експериментальна методика виступає ключовою ланкою між теоретичним аналізом і практичною корекцією мовленнєвих порушень, забезпечуючи індивідуалізацію педагогічного впливу та підвищення результативності логопедичної і психолого-педагогічної допомоги.

Саме за показниками, визначеними та обґрунтованими в експериментальній методиці буде здійснено аналіз результатів дослідження у п.п 2.3. Отримані результати дозволять не лише оцінити поточний стан комунікативних навичок у дітей із ТПМ, але й виявити можливі фактори, що сприяють або ускладнюють процес логопедичного втручання. Отримані відомості стануть основою для розроблення ефективної стратегії корекційного впливу, спрямованої на стимуляцію мовлення та розширення засобів комунікації обраної категорії дітей.

Проведений аналіз теоретичних засад засвоєння мовлення та узагальнення сучасних наукових підходів до вивчення дитячого мовленнєвого розвитку дозволили обґрунтувати необхідність створення спеціально адаптованої експериментальної методики дослідження мовленнєвої діяльності немовленнєвих дітей дошкільного віку. Різноманіття принципів розвитку дитячого мовлення вказує на багатофакторність процесу мовленнєвого розвитку, що зумовлює необхідність комплексного підходу до оцінювання комунікативних і мовленнєвих умінь дітей із тяжкими порушеннями мовлення.

Розроблене клінічне анкетування-скринінг та педагогічна процедура вивчення, що поєднує онтолінгвістичні й педагогічні підходи, дали змогу визначити групу немовленнєвих дітей 4–5 років серед широкої категорії дітей із ТПМ, забезпечивши однорідність вибірки та наукову коректність подальшого формувального впливу. Застосування дистанційних і очних форм оцінювання, а також залучення батьків до фото- й відеофіксації виконання завдань сприяли всебічному збору даних про особливості комунікативної поведінки, психомоторного розвитку та передумови мовленнєвої діяльності дітей.

Особливу значущість у межах дослідження мало врахування умов воєнного стану, що ускладнює доступ до дітей, впливає на їхній психоемоційний стан та потребує адаптації методичних підходів. Поєднання офлайн і дистанційних

методів дозволило мінімізувати ці обмеження та забезпечити безперервність діагностичного процесу.

Розроблена методика включила систему спеціальних завдань, критеріїв і показників, що дають змогу визначити рівень сформованості вербальних і невербальних компонентів мовлення та виділити три рівні комунікативного розвитку (нульовий, ситуативний, номінативний), які стали базою для планування формувального етапу експерименту. Отримані результати підтверджують валідність, доступність і практичну значущість запропонованої методики, що забезпечує можливість точного визначення рівня мовленнєвого розвитку немовленнєвих дітей та подальшого вибору ефективних корекційно-розвивальних стратегій.

2.3. Аналіз результатів констатувального етапу дослідження

Як зазначалося у п.п. 2.2., констатувальний етап дослідження тривав з березня 2022 р. до липня 2023 р.

На основі висновків фахівців медичного профілю проведено аналіз особливостей психофізіологічного розвитку дітей, які мають різноманітні порушення нейророзвитку. Під час аналізу було опрацьовано 387 амбулаторних історій хвороб дітей дошкільного віку. У ході проведеного аналізу було з'ясовано, що для обраної категорії дітей притаманні такі порушення за результатами загальносоматичних і функціональних висновків (таблиця 2.7).

Таблиця 2.7

**Результати загальносоматичних і функціональних висновків
немовленнєвих дітей**

Клінічні та діагностичні маркери	Кількість осіб (n = 63)	Відсоток (%)
Порушення загальносоматичного статусу	63	100%
Наявність вірусних, бактеріальних, паразитарних інфекцій	22	34,9 %
Наявність неврологічних синдромів	63	100%
Наявність мінімальної мозкової дисфункції (ММД)	42	67,2%
ЕЕГ-дослідження (підвищення α - і β -активності, зниження δ -активності, фокальні спайки або гострі хвилі)	53	83,7%
Наявність тонологічних патологічних рефлексів	18	28,4%
Порушення передмовленнєвого розвитку	54	86%
М'язовий гіпо- та гіпертонус	27	43,1%
Порушення загальної та дрібної моторики	59	93,2%
Наявність травм	7	11,7%
Ментальні порушення	20	32,1%
Сенсорні розлади (порушення слуху)	0	0%
Супутні захворювання:		
-внутрішньочерепна гіпертензія	13	20,7%
-вади серця	1	1,5%
-ущелини губи та піднебіння	22	34,6%
-арахноїдальна кіста	1	0,86%

Для констатувального етапу дослідження було відібрано 63 дитини з тих, амбулаторні історії хвороб, які були опрацьовані. Це становить 16,3% від загальної вибірки. У досліджуваній категорії дітей виявлено обмежені комунікативні можливості, що виявились у несформованості експресивно-мімічних та вербальних засобів спілкування, низькому рівні розуміння

зверненого мовлення при встановленій моделі спілкування з лікарями (таблиця 2.8).

Таблиця 2.8

Показники комунікативних труднощів немовленневих дітей

Показники	Кількість дітей (n = 63)	Відсоток (%)
Несформованість експресивно-мімічних засобів спілкування	48	76,2%
Відсутність або обмежене використання вербальних засобів комунікації	52	82,5%
Низький рівень розуміння зверненого мовлення	41	65,1%
Труднощі у встановленні контакту з лікарями навіть за моделювання комунікативної ситуації	39	61,9%

Отримані дані підтверджують складність і багатокомпонентність проблем, з якими стикаються «немовленневі» діти дошкільного віку. Виявлені порушення вказують на необхідність комплексного підходу до їхнього лікування та корекції, що враховує різноманітні аспекти здоров'я та розвитку дітей. Лікарські засоби (ЛЗ) можуть мати значний вплив на розвиток мовлення в дітей з ППФР. Оскільки, за даними О. Ковальова, І. Мартинюк, А. Сухарева, Д. Грінфілд, П. Карлен, Дж. Грюзельє, їхнє застосування обумовлене необхідністю корекції різноманітних фізіологічних та психологічних станів, що можуть ускладнювати розвиток мовленнєвої діяльності [94, с. 23].

Під час виявлення рівня сформованості комунікативних умінь і навичок дітей із ТПМ було встановлено, що деякі завдання щодо дослідження імпресивної

та експресивної сторін мовлення, виявилися надзвичайно складними для їх виконання: виконання окремих завдань означеними дітьми виявилось практично неможливим, оскільки у 23% дітей спостерігався нульовий рівень розуміння зверненого мовлення.

Слід зазначити, що до КЕ були долучені діти з різних країн світу. Означено відмінності між «немовленнєвими» дітьми, які переїхали закордон з початком бойових дій, та тими, які залишилися в Україні. Нами було охоплено – 63 дитини. При цьому територіальна мобільність дітей у межах України або інших держав (Німеччина, Польща, Румунія, Угорщина, Італія, Іспанія, Франція, Канада, Люксембург, Швейцарія, Північна Македонія) була досить високою та змінювалася залежно від низки соціальних, економічних та медико-психологічних чинників, серед яких можна виділити такі: *соціально-економічні фактори*: пошук більш сприятливих умов проживання та соціальної адаптації; зміни в матеріальному становищі сім'ї, що впливали на можливість подальшого перебування в іншій країні або повернення до України; наявність або відсутність соціальної підтримки в країні перебування (громадських організацій, програм допомоги); *юридичні та адміністративні фактори*: особливості міграційного законодавства різних країн, зокрема термінів перебування, умов продовження статусу тимчасового захисту; проблеми з оформленням документів, зокрема дозволів на проживання, навчання або лікування; доступність медичних і реабілітаційних послуг у країні перебування; *медико-психологічні фактори*: потреба у спеціалізованій медичній або психолого-педагогічній допомозі, яка була обмеженою в одних країнах і більш доступною в інших; психоемоційний стан дитини та її родини, рівень стресу, пов'язаний з адаптацією до нових умов; рекомендації лікарів і фахівців щодо необхідності зміни місця перебування для покращення реабілітаційного процесу; *освітньо-культурні фактори*: доступність освітніх закладів із відповідними програмами підтримки для дітей з особливими освітніми потребами; мова навчання та можливість інтеграції в

навчальний процес; особливості освітніх підходів у країнах перебування, що впливали на рівень комфорту дитини та її сім'ї.

Під час констатувального етапу дослідження було зафіксовано значну територіальну мобільність дітей, що ускладнювала чіткий розподіл учасників експерименту на групи за критерієм постійного місця перебування (в Україні чи за кордоном). На початку експерименту більшість дітей знаходилися в одному регіоні, проте через кілька тижнів або місяців вони могли змінити місце проживання - спочатку переїхати до іншого міста, згодом до іншої країни, а пізніше повернутися назад. Деякі діти здійснювали кількарізкові переміщення протягом усього дослідження, що свідчить про динамічність міграційних процесів серед сімей із немовленнєвими дітьми.

Динаміка міграції досліджуваної вибірки. На основі зібраних даних було виокремлено основні тенденції територіального переміщення дітей: *2022 рік (лютий – серпень):* більша частина дітей виїхала за кордон через початок воєнних дій *2022 рік (вересень – грудень)* поступове повернення родин; *2023 рік (січень – лютий; травень – червень):* загострення воєнної ситуації на Харківському напрямку спричинило повторний відтік частини дітей до західних і центральних областей України; *2023 рік (березень; липень):* спостерігався поступовий процес повернення до України, зокрема до західних та центральних регіонів або прикордонних територій (Харківська та Полтавська області). У Харкові діти переважно проживали в Основ'янському та Слобідському районах.

Узагальнюючи вище викладене, можна зазначити, що кількість дітей, які постійно перебували в Україні, становила 70% від загальної вибірки, тобто 44 дитини. Водночас 30% (19 дітей) у різні періоди дослідження знаходилися за кордоном, що зумовлено воєнною ситуацією та необхідністю тимчасового переміщення родин (Рис. 2.2).

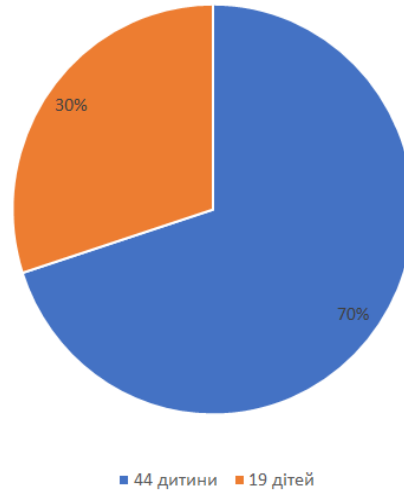


Рис. 2.2. Показники міграційних процесів в середині досліджуваної групи немовленнєвих дітей

Незважаючи на нестабільну ситуацію, батьки активно шукали можливості залучити дітей до корекційної роботи з фахівцями, які є носіями української мови. Це свідчить про високу значущість для сімей мовленнєвого розвитку дитини та підтримки зв'язку з національним і культурним середовищем. Особливо важливим для батьків було ознайомлення дітей із регіональними мовленнєвими особливостями (зокрема, південно-східним наріччям Харківщини), що мало на меті подальшу активізацію мовлення.

Було виявлено такі ключові характеристики означених груп дітей (таблиця 2.9).

Таблиця 2.9

Вплив зовнішніх факторів на мовленнєвий розвиток немовленнєвих дітей у різних соціокультурних середовищах

Порівняльні показники	Діти за кордоном	Діти в Україні
Психологічний стан	Діти відчували стрес через адаптацію до нових умов, культури та мови. Однак, у	Діти відчують постійний стрес і тривогу через бойові дії та їх наслідки. Це

	деяких випадках умови були більш стабільними й безпечними, що позитивно вплинуло на їхній психологічний стан	може посилити прояв наявних мовленнєвих порушень
Соціальне оточення	Діти оточені новою мовою та культурою, що може створити додаткові виклики для мовленнєвого розвитку, але також може стимулювати вивчення нових мовних навичок	Соціальне оточення може бути більш знайомим, але діти можуть мати обмежений доступ до ресурсів і спеціалізованої допомоги через воєнний стан
Доступ до ресурсів	Можливість доступу до нових методик і фахівців, які можуть використовувати інші підходи до роботи з «немовленнєвими» дітьми. Водночас, мовний бар'єр може стати проблемою	Можливий обмежений доступ до медичних і освітніх ресурсів, логопедів та інших фахівців через військові дії. Однак, зберігається мовленнєве середовище, яке дитині знайоме
Педагогічний вплив	Використання різних методик, зокрема інтегративних підходів та індивідуалізованих програм, орієнтованих на культурний контекст	Педагогічні підходи можуть бути обмежені через умови війни, але можуть включати більш традиційні методики, орієнтовані на рідну мову та культуру
Специфічні виклики	Адаптація до нових умов, можливі труднощі в комунікації з однолітками та педагогами через мовні бар'єри	Постійна небезпека, нестабільність, обмежений доступ до звичних соціальних та освітніх установ

Результати констатувального етапу дослідження підтверджують наявність значної варіативності рівнів сформованості мовлення в немовленнєвих дітей із категорії ЗПМР.

Нижче наведено порівняльний аналіз рівнів сформованості комунікативних навичок у немовленнєвих дітей із групи ЗПМР (таблиця 2.10).

Таблиця 2.10

Порівняльний аналіз рівнів сформованості комунікативних навичок у немовленнєвих дітей

Рівні сформованості комунікативних навичок	Кількість осіб	Відсоток (%)	Характеристика комунікативних навичок
Нульовий	12	19%	Відсутність мовлення, негативізм або байдужість до взаємодії, слухове сприйняття знижене, вокалізації обмежені голосними звуками або відсутні, невербальна комунікація відсутня
Нульовий, перехід у ситуативний	32	51%	Ситуативне розуміння мовлення, нестійкий зоровий контакт, використання невиразних жестів, лепетні слова та звуконаслідування, відсутність цілеспрямованої комунікації
Ситуативний, перехід у номінативний	19	30%	Диференційоване використання міміки та жестів, прийняття допомоги дорослого, номінативне розуміння мовлення,

			використання аморфних та власних звукових комплексів у мовленні
Достатній	0	0%	У досліджуваний вибірці немовленнєвих дітей із ЗПМР достатній рівень комунікативних навичок не зафіксовано

Результати комплексного аналізу експериментальних даних дали змогу виявити неоднорідність розвитку компонентів мовленнєвої системи та вищих психічних функцій (ВПФ), що стало основою для умовного розподілу дітей на три варіативні групи незалежно від клінічного діагнозу.

Перша група включає дітей із затримкою психомовленнєвого розвитку (ЗПМР) різної етіології (12 осіб, з них 9 – із мінімальною мозковою дисфункцією (ММД)). Такі діти не вступають у контакт із дорослими, проявляють негативізм, не виконують запропонованих завдань навіть за наслідуванням та демонструють байдужість до предметної діяльності. У них знижене слухове сприйняття, не сформований зоровий контакт і стеження за предметами, відсутня невербальна комунікація. Рівень мовленнєвого розвитку характеризується низьким розумінням зверненого мовлення, відсутністю вокалізацій або наявністю лише наближених голосних звуків.

Друга група об'єднує 32 дітей (10 із моторною алалією, 9 із сенсомоторною алалією, 23 – із ММД). Такі діти неохоче вступають у контакт під час обстеження, користуються невиразними жестами та виконують завдання переважно за зразком або через фізичне стимулювання. Діяльність у них позбавлена цілеспрямованості, слухова увага нестійка, а реакція на звукові подразники короткочасна. Зоровий контакт поверхневий, розуміння мовлення ситуативне. В активному мовленні спостерігаються лепетні елементи та обмежена кількість звуконаслідувань.

Третя група складається з 19 дітей (із моторною, сенсорною, сенсомоторною алалією, ЗНМ 2 рівня, із них 8 – із ММД). Такі діти легко вступають у контакт із дорослими, активно користуються жестами та мімікою, виявляють інтерес до результатів діяльності та приймають допомогу. У них знижений обсяг слухової пам'яті й уваги. Зорове сприйняття сформоване на рівні зорового співвіднесення. Розуміння мовлення має номінативний характер. В активному мовленні наявні аморфні або власні звукові комплекси, що асоціюються з конкретними предметами.

Під час аналізу стану мовлення дітей у вибірці встановлено, що навіть у межах однієї клінічної категорії спостерігається значна варіативність мовленнєвого розвитку.

Це свідчить про те, що мовленнєві порушення не є однорідними й можуть мати різні механізми виникнення, що ускладнює їхню діагностику та корекцію. Зокрема, варіативність проявляється в рівні розуміння мовлення, можливостях використання невербальних засобів комунікації, особливостях фонетико-фонематичного розвитку, а також у загальному когнітивному та сенсомоторному статусі дітей.

Таким чином, оцінка мовленнєвих порушень має базуватися не лише на формальному діагностичному висновку, але й на детальному аналізі мовленнєвих, когнітивних та сенсомоторних характеристик дитини, що дозволяє визначити не лише актуальний рівень розвитку мовлення, але й потенційні можливості для його активізації.

Результати дозволяють нам говорити про необхідність розробки й упровадження корекційно-логопедичної моделі з активізації мовлення («запуску мовлення») з урахуванням реалізації комплексного підходу у варіативних групах у «немовленнєвих» дітей дошкільного віку онлайн та офлайн.

При цьому, у групах 1 та 2 доцільне використання заходів щодо реконструкції (відновлення мовлення), у групі 3 – проведення корекційно-

розвиткових занять. Це залежить від індивідуальних особливостей кожної дитини, її поточного рівня розвитку мовленнєвих навичок і вмінь, а також виявлених під час обстеження – потреб у мовленнєвій терапії.

Висновки до розділу 2

Перший етап констатувального етапу дослідження був спрямований на дослідження анамнестичних даних і вивчення амбулаторних історій хвороб дітей. Метою цього етапу було виявлення особливостей психофізіологічного розвитку дітей на основі висновків фахівців медичного профілю.

У межах епідеміологічного дослідження було обстежено 387 історій порушень дітей, що дозволило отримати значну кількість об'єктивної інформації щодо їхнього стану та попередньої медичної історії. Аналіз отриманих амбулаторних історій та анамнезу дозволив визначити фактори ризику та особливості розвитку мовленнєвих порушень у досліджуваних дітей.

Об'єктивна оцінка, заснована на даних лабораторної діагностики, є важливим етапом у дослідженні педіатричної практики, зокрема під час дослідження дітей із мовленнєвими порушеннями. Метою застосування діагностичних лабораторних досліджень є оцінка соматичного стану дитини на різних етапах діагностично-лікувального процесу.

Лабораторні діагностичні дані стали важливим критерієм верифікації стану здоров'я, дозволивши уточнити функціональний статус організму, особливості обміну речовин, імунної відповіді та можливі коморбідні стани, що модифікують перебіг мовленнєвого дизонтогенезу. Отримана інформація є ключовою для формування індивідуально орієнтованого корекційного маршруту та оптимізації міждисциплінарної взаємодії.

Діагностичні лабораторні дослідження дозволяють підтвердити, спростувати або уточнити отримані раніше відомості про стан здоров'я дитини

та можливі фактори, які можуть впливати на розвиток тяжких порушень мовлення. На підставі результатів лабораторних досліджень можуть бути виявлені різноманітні медичні показники, такі як рівень гемоглобіну, рівень мікроелементів у крові, загальний стан імунної системи тощо.

Аналіз взаємозв'язків між соматичною патологією та психоневрологічним розвитком підтвердив, що супутні порушення часто ускладнюють мовленнєву реабілітацію, впливаючи на нейродинаміку, емоційно-поведінкову регуляцію та здатність до сенсорної інтеграції. З огляду на це важливого значення набуває стратифікований підхід у фармакотерапії — індивідуальне дозування, добір лікарських форм та оцінювання переносимості ЛЗ, особливо у немовленських дітей із ЗПМР, які мають підвищену сенсорну та емоційно-больову чутливість.

Немовленські діти із затримкою психомовленнєвого розвитку (ЗПМР) мають певні особливості щодо переносу ЛЗ. Вони можуть бути схильні до алергічних реакцій, судомних станів, а також погано переносять біль, яскраве світло та гріке смакове відчуття. Для таких дітей біль є важкою нервово-психічною травмою, що може знизити фармакотерапевтичний ефект ліків.

Ураховуючи особливості таких дітей, лікарська форма препаратів підбирається з урахуванням їх віку. Більшість ліків рекомендується для приймання всередину, а для дітей дошкільного віку рекомендуються рідкі форми (сиropи, розчини, суспензії, еліксири, емульсії, розчинні таблетки, гранули для подальшого розчинення, краплі), що полегшує їх приймання.

Комплексне дослідження імпресивної та експресивної сторін мовлення виявило суттєву варіативність розвитку: у 23% дітей спостерігалася значна недостатність мовленнєвого розуміння, тоді як експресивні можливості коливалися від повної відсутності вокалізацій до наявності простих одно- та двоскладових слів. Встановлено чіткий зв'язок між рівнем сформованості вербальних компонентів, станом вищих психічних функцій та характером мовленнєвого порушення.

Аналіз отриманих даних дав підстави умовно виокремити три варіативні підгрупи дітей, незалежно від клінічного діагнозу, що відображає гетерогенність мовленнєвого дизонтогенезу в досліджуваній категорії дітей.

Узагальнюючи результати КЕ, слід зазначити, що вони створюють науково обґрунтовану основу для подальшого проектування корекційно-розвиткових програм та розробки ефективних інтервенцій, спрямованих на запуск і підтримку мовленнєвої діяльності «немовленнєвих» дітей. Отримані дані визначили логіку наступних етапів дослідження та забезпечили необхідні критерії для побудови інтегральної моделі корекційної роботи.

РОЗДІЛ 3

ОБҐРУНТУВАННЯ ТА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ПЕРЕВІРКА КОМПЛЕКСНОГО ПІДХОДУ ДО АКТИВІЗАЦІЇ МОВЛЕННЄВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ НЕМОВЛЕННЄВИХ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

3.1. Здійснення комплексного підходу в спеціальній освіті на сучасному етапі розвитку

Комплексний підхід у спеціальній освіті став предметом досліджень науковців із моменту початку формування ідей і концепцій інклюзивної освіти. Із середини ХХ-го століття, увага до індивідуальних потреб дітей з ООП почала зростати, і вчені почали шукати способи підвищення якості їхньої освіти.

Основою для досліджень став педагогічний досвід та практика педагогів, які працювали з дітьми з різними порушеннями розвитку.

Із часом зростання інтересу до включення дітей з ООП у загальноосвітні середовища також збільшило інтерес до досліджень комплексного підходу в спеціальній освіті.

Науковці досліджували ефективність цього підходу, його вплив на навчання й розвиток дітей із ППФР, зокрема – з ЗПМР, а також розробляли рекомендації щодо його впровадження в практику спеціальної освіти (Д. Бішоп, С. Вайсмер, Л. Гайцман-Пауелл, Л. Джастіс, Г. Конті-Рамсден, Е. Планте, Б. Томблін,) [19, с. 87].

У фахових виданнях, зокрема *Scientific Papers of Berdiansk State Pedagogical University. Series: Pedagogical Sciences*, *The Scientific Issues of Ternopil Volodymyr Hnatiuk National Pedagogical University. Series: Pedagogy, Educological Discourse*, *Psychological and Pedagogical Problems of Modern School*, широко представлені дослідження сучасних фахівців, присвячені окремим корекційно-відновлювальним заходам у роботі з цією категорією дітей, а також комплексним

програмам їх підтримки. Використання останніх залежить від типу установи, в якій діти отримують освітньо-корекційні послуги, від кількості фахівців, рівня їх професійної підготовки тощо.

Науковою основою комплексного підходу до корекційно-відновлюваної роботи є методологія діалектичного системно-структурного аналізу, у контексті якого всі компоненти системи розглядаються в певному взаємозв'язку та цілісно [19, с. 94].

Комплексний підхід у спеціальній освіті є важливим науковим та практичним інструментом для забезпечення ефективного навчання й розвитку немовленнєвих дітей із ЗПМР. Цей підхід базується на інтеграції знань і методик з різних галузей науки та практики, що дозволяє створити індивідуалізовані програми підтримки [19, с. 101].

У психолого-педагогічному плані комплексний підхід передбачає єдність впливів на інтелектуальну, вольову, емоційну та діяльнісну сфери особистості дитини, що спрямовані на формування не лише знань і вмінь, але й мотивів, потреб, стосунків, ідеалів та її переконань.

У сучасній логопедії комплексний підхід використовується як спосіб залучення двох або більше дисциплін для об'єднання й розуміння певних явищ або процесів для їх подальшого ясного функціонування та практичного використання [24, с. 7].

Реалізація комплексного підходу в умовах сучасної спеціальної освіти передбачає дотримання цілісності та єдності клінічних, психологічних, педагогічних і логопедичних знань.

Він є важливою складовою, що забезпечує ефективну підтримку й розвиток дітей з ООП. Цей підхід включає декілька ключових аспектів:

Мультидисциплінарний напрям, який передбачає роботу мультидисциплінарної команди (група фахівців різних спеціальностей, об'єднаних спільними цілями).

Робота мультидисциплінарної команди ґрунтується на співпраці з конкретною сім'єю, що забезпечує: □ залучення всіх ресурсів громади, дотичних організацій, закладів та відомств; скорочує часовий проміжок, за який можливо розв'язати певні складнощі; □ регулює міжвідомчі бар'єри; □ злагоджену роботу представників різних закладів та організацій; □ співпрацю з представниками громади або волонтерами; □ надає максимально можливий пакет послуг, який може отримати родина [81, с. 20].

Взаємодія членів мультидисциплінарної команди може відбуватися на трьох рівнях.

1. Високий рівень (інтегрованість), коли ефективність кожного члена команди залежить від ефективності колег [81, с. 23].

2. Середній рівень (співпраця) характеризується тим, що кожен член команди виконує визначену частину завдань, причому окремі аспекти роботи можуть частково перерозподілятися між іншими учасниками. Взаємодія між членами команди носить переважно кооперативний характер, проте здійснюється не в межах єдиної команди, а в невеликих групах.

3. Низький рівень (незалежність), коли члени команди працюють індивідуально, не співпрацюючи або дуже мало співпрацюючи одне з одним. Вони складають команду тому, що мають одного керівника, відвідують групову супервізію або працюють у тому самому приміщенні.

Незалежно від рівня взаємодії, члени мультидисциплінарної команди можуть дотримуватись однакової стратегії, працюючи з родиною дитини, або розробляти стратегію спільної взаємодії залежно від кожного випадку [81, с. 59].

В умовах мультидисциплінарного напряму першочерговим є впровадження **індивідуального підходу**, що враховує унікальні особливості, потреби, інтереси та можливості кожної дитини, створюючи умови для максимального розкриття її потенціалу. Для кожної дитини розробляється індивідуальна освітня програма (ІОП), яка враховує її особливості, здібності та

інтереси. Це дозволяє створити оптимальні умови для навчання й розвитку дитини [81, с. 72].

Основними принципами індивідуального підходу є: індивідуальна оцінка потреб дитини; розробка ІОП; гнучкість та адаптивність; постійний моніторинг і корекція; психологічна та соціальна підтримка.

Одним із головних завдань комплексного підходу є інтеграція дітей з ООП в загальноосвітнє середовище. Перевагами такої інтеграції за умови використання комплексного підходу є:

- Соціальна взаємодія: діти з ООП мають можливість розвивати соціальні навички у процесі взаємодії зі своїми ровесниками;
- Зменшення стигматизації: присутність дітей з ООП у звичайних групах сприяє зменшенню негативних стереотипів і стигм;
- Підвищення мотивації: інклюзивне середовище стимулює дітей з ООП до активної участі в корекційно-відновлювальній роботі.

Батьки й опікуни є важливою частиною корекційно-відновлювального процесу. Відповідно, комплексний підхід передбачає активну співпрацю з родиною дитини, надання їм необхідної підтримки, консультацій і навчання. Це допомагає створити сприятливе середовище для розвитку дитини не тільки в закладах дошкільної освіти, але й удома. Наукові дослідження та практика показують, що ефективна співпраця між педагогами, психологами, лікарями й родиною сприяє покращенню результатів корекційної роботи.

Нами було відокремлені переваги комплексного підходу в роботі з родиною:

- Покращення адаптації дитини: завдяки спільним зусиллям фахівців і батьків, дитина краще адаптується до освітнього процесу й соціального середовища.

- Зменшення стресу в родині: психологічна підтримка й консультації допомагають зменшити стрес у батьків, що позитивно впливає на атмосферу в родині.
- Ефективна корекція: комплексний підхід дозволяє розробляти індивідуальні програми розвитку, що враховують особливості кожної дитини, та здійснювати більш ефективну корекційну роботу.
- Підвищення компетентності батьків: навчання й інформаційна підтримка підвищують компетентність батьків у питаннях виховання й розвитку дитини з ООП.

Важливою складовою комплексного підходу є проведення різних **терапевтичних та реабілітаційних заходів**, до яких відносяться.

Логопедична терапія. Упровадження комплексного підходу передбачає таке використання вчителем-логопедом методів, прийомів і засобів для активізації мовлення в немовомовних дошкільників, що дає якісно інший, новий результат. У такому випадку ми можемо говорити про позитивну динаміку корекції ТПМ. Включає: корекцію мовленнєвих порушень, розвиток комунікативних навичок (наприклад, методика ПЕКС (Picture Exchange Communication System), роботу над артикуляцією, фонематичним сприйняттям тощо. Можливе поєднання артикуляційних вправ із фонетичними іграми та візуальними матеріалами.

Психотерапія. Включає методи арт-терапії, музикотерапії, ігрової терапії та поведінкової терапії (методика АВА (Applied Behavior Analysis), що сприяють емоційному та психічному розвитку дитини.

Фізична терапія. Спрямована на розвиток моторики, координації рухів, покращення фізичного стану дитини (наприклад, методика HANDLE: Holistic Approach to NeuroDevelopment and Learning Efficiency).

Медична діагностика та лікування супутніх розладів, які можуть впливати на мовлення, порушення якого зумовлене неврологічними захворюваннями тощо.

Для забезпечення ефективності освітнього процесу важливо постійно оцінювати прогрес дитини та вносити корективи в індивідуальну програму навчання. Це дозволяє вчасно виявляти проблеми та знаходити шляхи їх вирішення.

На нашу думку, основними аспектами постійного моніторингу та оцінки є:

- Систематичне спостереження.

1.1. Щоденний та тижневий моніторинг. Включає спостереження за поведінкою, участю в заняттях, рівнем взаємодії та досягненнями дитини.

1.2. Журнали спостережень – фіксування всіх спостережень, поведінкових змін і реакцій на корекційні втручання.

- Регулярна оцінка розвитку.

2.1. Періодичні оцінки. Виконуються в кінці кожного навчального періоду (триместру, семестру) для оцінки досягнень та визначення нових цілей.

2.2. Формативне оцінювання. Проводиться постійно для адаптації методик та коригування освітнього процесу в режимі реального часу.

- Мультидисциплінарний підхід.

3.1. Командні зустрічі: регулярні зустрічі команди фахівців (логопедів, психологів, педагогів, терапевтів) для обговорення прогресу дитини та коригування плану роботи.

3.2. Спільна оцінка результатів, яка включає взаємодію між фахівцями та родиною для узгодження цілей і методів роботи.

- Використання інструментів та методик оцінки.

4.1. Стандартизовані тести, використання яких проводиться з метою вимірювання когнітивних, моторних, мовленнєвих та соціальних навичок.

4.3. Спеціалізовані шкали та анкети. Оцінка специфічних навичок і поведінки, таких як шкала аутизму або шкала соціальної взаємодії.

5. Документування та аналіз даних.

5.1. Ведення детальної документації всіх оцінок, спостережень і результатів для подальшого аналізу.

5.2. Використання цих даних для коригування освітніх і терапевтичних програм.

6. Надання практичних рекомендацій.

Емпіричні дослідження та доказова база відіграють важливу роль у розвитку комплексного підходу в спеціальній психолого-педагогічній літературі. Вони допомагають науковцям і практикам краще зрозуміти ефективність різних методик, програм та підходів у роботі з дітьми з особливими потребами. Одним із прикладів емпіричних досліджень і доказової бази в комплексному підході для активізації мовлення в немовленнєвих дітей дошкільного віку є дослідження ефективності різних методик розвитку мовлення, як-от: методика мовленнєвої терапії, заснована на ігровому підході або використання жестових підказок. Такі дослідження допомагають розробляти ефективніші підходи до активізації мовлення в немовленнєвих дітей дошкільного віку, що сприяє їх більш успішній соціальній взаємодії.

Отже, комплексний підхід у спеціальній та інклюзивній освіті, підкріплений науковими дослідженнями, дозволяє забезпечити всебічний розвиток дітей з ООП. Такий підхід сприяє максимальному розкриттю потенціалу кожної дитини й підготовці її до успішного життя в суспільстві.

Комплексний підхід також підкреслює важливість міждисциплінарної співпраці команди фахівців: логопеда, психолога, педагога, медичного працівника та батьків, що сприяє створенню єдиної стратегії допомоги та розвитку дітей з ООП. Наведена нижче концептуальна модель командного підходу сприяє ефективній організації роботи з немовленнєвими дітьми та їхніми

родинами, забезпечуючи інтегративний та комплексний підходи до подолання мовленнєвих порушень (Рис. 3.1).



Рис. 3.1. Модель командного підходу до роботи з немовленнєвими дітьми та їх родинами

Аналіз спеціальної психолого-педагогічної літератури засвідчує, що комплексний підхід посідає центральне місце в теорії та практиці допомоги немовленнєвим дошкільникам із ЗПМР. Його становлення тісно пов'язане з розвитком інклюзивної освіти, утвердженням принципів міжвідомчої та міждисциплінарної взаємодії, а також зростанням наукового інтересу до індивідуально орієнтованих моделей підтримки.

Комплексний підхід у сучасній спеціальній освіті ґрунтується на методології системно-структурного аналізу, що передбачає розгляд розвитку

дитини як багатовимірного процесу, детермінованого взаємодією когнітивних, емоційно-вольових, комунікативних, моторних та соціальних компонентів. Цілісність такого підходу забезпечується інтеграцією знань із клінічної, психологічної, педагогічної та логопедичної наук, що дозволяє не лише комплексно оцінювати стан дитини, але й будувати ефективні індивідуальні траєкторії розвитку.

Ключовим елементом комплексного підходу є діяльність мультидисциплінарної команди, рівні та механізми взаємодії якої визначають якість корекційно-розвивальних впливів. Взаємодія фахівців різних спеціальностей, у поєднанні з активною участю родини, забезпечує можливість створення ІОП, що відображає реальні потреби та потенційні можливості дитини. Такий формат роботи сприяє одночасному впливу на мовленнєву, емоційну, когнітивну, соціальну й моторну сфери, що є критично важливим для дітей із комплексними мовленнєвими порушеннями.

Особливого значення набуває систематичний моніторинг, який забезпечує сталість зворотного зв'язку, можливість оперативного коригування освітнього маршруту та оцінювання динаміки розвитку. Наявна в літературі доказова база підтверджує ефективність комплексних програм, що поєднують логопедичну терапію, психотерапевтичні техніки, фізичну терапію та медичний супровід.

Узагальнюючи, комплексний підхід у спеціальній освіті демонструє високу результативність у роботі з немовленнєвими дітьми дошкільного віку, оскільки забезпечує багатовимірний, узгоджений і науково обґрунтований вплив на всі ланки їхнього розвитку. Його практична значущість полягає у створенні цілісної системи підтримки, яка сприяє інтеграції дитини в соціальне середовище, формуванню передумов мовленнєвої діяльності й підвищенню якості життя родини. Саме тому комплексний підхід виступає методологічною й організаційною основою подальшої експериментальної роботи, представленої в наступних підрозділах.

3.2. Аналіз сучасних методик роботи з немовленнєвими дошкільниками

У роботі з немовленнєвими дітьми дошкільного віку головним завданням вчителя-логопеда є «запуск мовлення». Наукове визначення цього процесу сьогодні має різні інтерпретації залежно від контексту використання.

Загальноприйнятим визначенням процесу «запуску мовлення» в немовленнєвих дітей є комплексний педагогічний підхід, спрямований на стимулювання та розвиток мовлення в дітей із різними мовленнєвими порушеннями, шляхом застосування спеціальних методів і прийомів, спрямованих на активізацію мовленнєвих навичок і вмінь [59, с. 23].

Логопеди-практики (І. Глущенко, О. Зінченко, І. Мартиненко, М. Нестерчук, Н. Пахомова, О. Рожнів, О. Смолярчук, Н. Сумська, Х. Ткач, І. Товкес та ін.) широко використовують термін «запуск мовлення», проводячи аналогію з: «включенням», «стартом», «ракетою, що мала змогу стрімко відправитись у космос» [72, с. 91] тощо.

Послідовність, системність і динамічне відстеження результату-це ключові цінності «запуску мовлення».

Наразі існують різні методики активізації мовленнєвої діяльності в немовленнєвих дітей дошкільного віку, при цьому напрями роботи можуть суттєво відрізнятись один від одного.

Відсутність універсальної методики запуску мовлення пояснюється складністю та індивідуальним характером мовленнєвих порушень у дітей. Оскільки кожна дитина має свої унікальні особливості, які впливають на її мовленнєвий розвиток. Причини та ступінь прояву порушень можуть відрізнятись, ефективна методика повинна бути спеціально адаптована до конкретних потреб кожної дитини. Поетапне або комбіноване використання методів роботи з немовленнєвими дошкільниками демонструють позитивну динаміку під час запуску мовлення.

Фахівці використовують широкий спектр матеріалів та інструментів для стимуляції мовлення, розвитку артикуляції, дихання, моторики й когнітивних функцій. Засоби можуть відрізнятися залежно від регіону та країни, особливостей методик і рівня технологічного розвитку (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

**Засоби стимуляції мовлення, розвитку артикуляції, дихання,
моторики та когнітивних функцій**

Категорія	Засоби та матеріали	Опис	Примітка про безпеку
<i>Інструменти для розвитку та реабілітації м'язів ротової порожнини та обличчя (Україна)</i>	Їжа для зміцнення жувальних м'язів	М'які (пюре, йогурт), тверді (морква, яблука), в'язкі (нуга, іриски), шипучі або кислі продукти, густа їжа (смузі, коктейлі), жувальна гумка	Продукти мають відповідати віковим дитини та її фізичним можливостям. Уникати алергенів та продуктів, які можуть спричинити аспірацію (горіхи, тверді цукерки)
	Логопедичні зонди та зондозамінники	Використовуються для стимуляції артикуляційних м'язів (вібраційні, силіконові, металеві, соломинки з опором)	Контроль з боку фахівця, стерилізація після кожного використання
	Тренажери для дихання	Глиняні свистки, дерев'яні сопілки, трубки для розвитку дихання	Використовувати під наглядом дорослих, щоб уникнути ризику потрапляння в дихальні шляхи
	М'які силіконові м'ячі та валики	Використовуються для масажу м'язів обличчя	Застосовувати без сильного натиску, особливо в дітей із підвищеною чутливістю шкіри

	Тренажери для корекції прикусу	Логопедичні капи, міотренажери, вестибулярні пластинки	Вибір та використання мають відбуватися під контролем логопеда чи ортодонта
	Електронні логопедичні тренажери	Biofeedback Systems (візуалізація мовленнєвої активності), Z-Vibe (вібромасажер для м'язів артикуляції), Chewy Tubes (тренування жувальних функцій)	Дотримуватись інструкцій виробника, уникати надмірного використання для запобігання перевантаженню м'язів.
	Інтерактивні тренажери	Bite Blocks (силиконові блоки для щелепи), PROMPT Tools (тактильна стимуляція мовлення)	Використовувати відповідно до рекомендацій спеціаліста
	Інноваційні тренажери	SmartPalate (візуалізація руху язика), MyoMunchee (стимуляція жувального апарату), VitalStim Therapy (електростимуляція м'язів шиї та обличчя)	Електростимуляція має проводитися тільки під контролем фахівця
<i>Іграшки для розвитку дрібної моторики</i>	Конструктори, пазли, мозаїки	LEGO, магнітні кубики, шнурівки, дерев'яні фігурки	Перевіряти наявність дрібних предметів, які дитина може проковтнути
	Тактильні матеріали	Ляльки-мотанки, застібки, гудзики, тканини, природні	Перевіряти наявність дрібних предметів, які

		матеріали (камінці, шишки, каштани)	дитина може проковтнути
	Картки та плакати	Картки з буквами, артикуляційні плакати	-
	Настільні ігри та книги	Книги з великими ілюстраціями, ігри для розвитку комунікації	-
<i>Інтерактивні технології (США, ЄС)</i>	Програми для планшетів і комп'ютерів	Proloquo2Go, Speech Blubs (AAC-комунікація), інтерактивні мовленнєві ігри	Обмежити час використання для запобігання перенапруженню зору
	Роботи та сенсорні пристрої	Buddy, Milo the Robot	Застосовувати під контролем дорослих, уникати тривалого використання без взаємодії з людьми
	Спеціалізовані іграшки	Chewy Tubes (жувальні тренажери), Tactile Balls (сенсорна чутливість), Fidget Toys (сенсорні потреби)	Вибирати іграшки відповідно до сенсорних потреб дитини
	Біозворотний зв'язок та електронні пристрої	SmartPalate (візуалізація руху язика), електростимулятори мовленнєвих м'язів	Застосування електростимуляції має проходити під наглядом фахівця
	Настільні ігри та терапевтичні набори	Phonemic Awareness Games (фонематичний слух), Sentence Builder Kits (складання речень)	-
Сенсорні матеріали	Сенсорні коробки	Заповнені піском, піною, крупами, гелем для	Контролювати, щоб дитина не ковтала матеріали

		тактильних відчуттів	
	Харчові текстури	Вправи з різними консистенціями їжі (м'які, тверді, шорсткі, гладкі)	Слідкувати за можливими алергенами та ризиком аспірації
	Ароматичні матеріали	Використання запахів для активації смакових рецепторів	Не використовувати сильні аромати, що можуть викликати алергічні реакції

Закордонні практики доводять, що використання інноваційних пристроїв значно підвищує рівень терапії, тоді як в Україні традиційні підходи поступово доповнюються новими матеріалами.

У результаті ґрунтовного аналізу спеціальної логопедичної літератури, провідного практичного досвіду, нами було узагальнено технології активізації мовленнєвої діяльності в немовленнєвих дошкільників [78, с. 15; 80, с. 42].

Окрім цього було визначено базові принципи взаємодії з немовленнєвими дітьми дошкільного віку під час запуску мовлення, а саме:

- Принцип систематичності й послідовності (всі заходи з активізації мовлення повинні проводитися регулярно й у певній послідовності. Навчання має бути організоване таким чином, щоб дитина могла поступово засвоювати нові навички та знання, базуючись на вже здобутих уміннях);
- Принцип мотивації (важливо створювати мотивацію в дитини до навчання й розвитку мовлення. Для цього необхідно використовувати ігрові форми роботи, похвалу та заохочення);
- Принцип активної участі дитини (дитина повинна бути активним учасником корекційно-відновлювального процесу, а не пасивним спостерігачем. Це сприяє кращому засвоєнню матеріалу й розвитку мовленнєвих навичок);

- Принцип стимуляції мозкового кровообігу (базується на тому, що поліпшення кровообігу в мозку сприяє кращому функціонуванню нейронних мереж, що, у свою чергу, позитивно впливає на мовленнєвий розвиток і загальні когнітивні здібності дитини);
- Принцип інтеграції (мовленнєвий розвиток повинен бути поєднаний з іншими аспектами розвитку дитини, такими як моторика, когнітивні функції, емоційна сфера та соціальні навички);
- Принцип взаємодії з родиною (робота з дітьми повинна включати активну взаємодію з їхніми батьками або опікунами. Це допомагає забезпечити підтримку та стимулювання мовленнєвого розвитку дитини в домашніх умовах).

У своїй роботі логопеди-практики, зазвичай, використовують традиційні (базові) підходи й техніки, спрямовані на стимуляцію мовленнєвої активності та розвиток мовленнєвих навичок у немовленнєвих дітей дошкільного віку. Їх доцільно використовувати в різних ситуаціях залежно від специфіки та ступеня мовленнєвих порушень.

У кожному випадку прояву недорозвинення мовлення важливо проводити комплексне вивчення й розробляти індивідуальний план корекції, враховуючи специфіку мовленнєвих порушень та індивідуальні особливості дитини. Це забезпечить максимальну ефективність традиційних методик. Тривалість використання традиційних (базових) методик активізації мовленнєвої діяльності в немовленнєвих дітей дошкільного віку може варіюватися залежно від низки факторів (таблиця 3.2).

Таблиця 3.2

Тривалість використання традиційних методик активізації мовленнєвої діяльності в немовленнєвих дітей дошкільного віку

Фактор	Вплив на тривалість корекції
<i>Вік дитини</i>	Раннє втручання часто потребує меншого часу для досягнення результатів порівняно з роботою з дітьми більш старшого віку
<i>Ступінь мовленнєвих порушень</i>	Більш складні випадки можуть вимагати тривалішого періоду корекції
<i>Індивідуальні особливості дитини</i>	Темпи розвитку мовленнєвих навичок можуть відрізнятися залежно від загального психофізичного розвитку дитини та наявності супутніх порушень
<i>Реакція на корекційні методики</i>	Деякі діти можуть швидше реагувати на корекційну допомогу, тоді як інші потребують більше часу для адаптації та прогресу
<i>Інтенсивність і регулярність занять</i>	Частота проведення занять і включення корекційних методик у повсякденну діяльність
<i>Участь родини</i>	Активна участь батьків і підтримка вдома можуть скоротити час корекційної роботи

У ході дослідження нами було складено *перелік традиційних (базових) методик для активізації мовленнєвої діяльності в немовленнєвих дітей дошкільного віку*, а саме:

1. Ігрова логопедія. *Мета:* стимуляція мовленнєвої активності через гру, формування мотивації до комунікації. *Вимоги до проведення:* використання неформальної атмосфери, яскравих іграшок і різноманітного дидактичного матеріалу; проведення занять у різних зонах кабінету або на відкритому повітрі; врахування індивідуальних особливостей дитини; застосування предметів, дзеркал, комп'ютерних програм, природних матеріалів; опрацювання звуків раннього та середнього онтогенезу, розвиток слухового та просторового

сприймання, фонематичного слуху, просодики мовлення. *Обмеження використання:* потребує регулярного застосування, залежить від уміння фахівця працювати з дітьми в ігровому форматі.

2. Логоритміка. *Мета:* розвиток мовлення через поєднання логопедичних і музичних вправ, покращення артикуляції, координації та ритмічності мовлення. *Вимоги до проведення:* використання музичних інструментів, співів, танців та ритмічних вправ; ігрова форма занять для підвищення мотивації дітей; виконання артикуляційної гімнастики; проведення ритмічних, рухових, дихальних вправ, співів та музичних ігор; інтеграція вправ для покращення загальної моторики та мовленнєвої активності. *Обмеження використання:* вимагає простору для виконання вправ, не підходить для дітей із дуже обмеженими фізичними можливостями.

3. Сенсорна інтеграція (Сенсорні ігри). *Мета:* формування адаптивних реакцій організму на сенсорні подразники, розвиток цілісного сприйняття світу. *Вимоги до проведення:* використання тактильних, зорових, слухових, нюхових, вестибулярних та пропріоцептивних вправ; залучення спеціально організованих сенсорних ігор (робота з кінетичним піском, тактильні доріжки, вправи з гімнастичними стінками, еластичними стрічками, м'ячами); проведення індивідуальних занять на основі сенсорної діагностики. *Обмеження використання:* потребує кваліфікованого спеціаліста, результативність може бути помітна не відразу.

4. Наслідувальне жестування в ігровій логопедії. *Мета:* покращення мовленнєвих навичок через використання жестових імітацій. *Вимоги до проведення:* демонстрація жестів, що відповідають мовленнєвим елементам; використання жестів у грі для підсилення розуміння мовлення; поєднання жестів із мовленням; виконання вправ для розвитку дрібної моторики; використання карток, іграшок, візуальних підказок. *Обмеження використання:* залежить від

мотивації дитини до використання жестів, необхідно поєднувати з іншими методиками для повного ефекту.

5. Денверська модель раннього втручання (ESDM). *Мета:* розвиток когнітивних, мовленнєвих, соціальних та адаптивних навичок у дітей раннього віку з аутизмом. *Вимоги до проведення:* індивідуалізація програми навчання; інтеграція терапії в природне середовище дитини; активна участь батьків у процесі корекції; використання соціальних ігор та поведінкових методик (АВА); систематичне спостереження за прогресом дитини. *Обмеження використання:* вимагає інтенсивного втручання, ресурсно й часом затратно. Потрібна висока кваліфікація спеціаліста.

6. Методика: Альтернативна та аугментативна комунікація (ААК). *Мета:* Забезпечення можливості комунікації для дітей із порушеннями мовлення, включаючи дітей з особливостями розвитку, неврологічними розладами тощо. *Вимоги до проведення:* використання різних засобів ААК, включаючи жести, піктограми, написання слів, використання додатків і пристроїв, що генерують мовлення. *Обмеження використання:* потребує значних ресурсів на навчання й підтримку використання технологій.

Паралельно нами було складено *перелік нетрадиційних методик для активізації мовленнєвої діяльності* в немовленнєвих дітей дошкільного віку, які часто використовуються тоді, коли традиційні методики не дають бажаного результату або коли дитина має специфічні потреби, що вимагають особливих підходів (Н. Петрушевська, С. Трофимчук, Т. Грандін, М. Пейлін) [69, с. 93].

Перед застосуванням будь-якої з означених методик необхідно провести ретельне обстеження дитини, отримати консультацію відповідних фахівців (невролога, психіатра, педіатра) і врахувати всі можливі протипоказання. Кожна дитина унікальна, і вибір методики повинен бути індивідуалізований з урахуванням її особливостей і потреб.

- **Метод Tomatis (аудіо-психо-фонологія).** *Мета:* поліпшення слухових здібностей, що впливають на мовлення, комунікацію та когнітивні функції. *Вимоги до проведення:* початкова оцінка слухової здатності; прослуховування модифікованої музики через спеціальні навушники; тривалість курсу: 10-60 годин; проміжні та заключні оцінки для корекції терапії. *Протипоказання:* епілепсія, гіперчутливість до звукових стимулів, тяжкі психічні розлади.

- **Транскраніальна та трансвертебральна мікрополяризація.** *Мета:* вплив слабкими постійними електричними струмами на мозок та спинний мозок для корекції неврологічних і мовленнєвих порушень. *Вимоги до проведення:* використання слабого постійного струму (1-2 мА) через електроди; процедури тривають 20—40 хвилин; регулярний контроль ефективності. *Протипоказання:* епілепсія, металеві імпланти, серцево-судинні захворювання у стадії декомпенсації, гострі інфекційні захворювання, новоутворення в головному або спинному мозку.

- **Біоакустична корекція (БАК).** *Мета:* поліпшення когнітивних і мовленнєвих функцій за допомогою зворотного зв'язку біоелектричної активності мозку. *Вимоги до проведення:* запис біоелектричної активності за допомогою ЕЕГ; перетворення сигналів на звукові або музичні фрагменти; курс: 10—15 сеансів. *Протипоказання:* гострі психотичні стани, гіперчутливість до звукових стимулів, важкі соматичні захворювання, неконтрольовані епілептичні випадки.

- **Високочастотна терапія (ВЧТ).** *Мета:* використання високочастотних електромагнітних хвиль для стимуляції біологічних процесів, що сприяють покращенню мовленнєвих функцій. *Вимоги до проведення:* використання хвиль частотою 1-300 МГц, сеанси тривалістю 20—30 хвилин, курс: 10—15 сеансів. *Протипоказання:* епілепсія, гострі інфекційні захворювання,

наявність імплантованих електронних пристроїв, пухлини або новоутворення в зоні впливу.

- **Рефлексотерапія (акупунктура).** *Мета:* стимуляція біологічно активних точок для поліпшення мовленнєвих та загальних неврологічних функцій. *Вимоги до проведення:* використання тонких голок або точкового масажу, вплив на нервову систему через специфічні точки, курс і тривалість підбираються індивідуально. *Протипоказання:* гострі інфекційні та запальні захворювання, онкологічні патології, важкі серцево-судинні порушення.

- **Інтервальне гіпоксичне тренування (ІГТ).** *Мета:* стимулювання адаптаційних механізмів організму через зниження вмісту кисню для покращення функцій ЦНС та мовленнєвої діяльності в дітей. *Вимоги до проведення:* сеанси тривалістю від 30 хвилин до 1 години, 10—20 сеансів, щодня або через день, під контролем фахівця. *Протипоказання:* захворювання серця, гострі інфекції, психічні розлади, захворювання дихальної системи.

- **Фасціальне кінезіотейпування.** *Мета:* підтримка й лікування м'язів, фасцій і суглобів для покращення функціональності артикуляційних м'язів і мовленнєвої діяльності. *Вимоги до проведення:* тейпи наносяться на 3—5 днів, курс від кількох тижнів до кількох місяців, залежно від рекомендацій спеціаліста. *Протипоказання:* відкриті рани, алергії, переломи, захворювання кровообігу.

- **Арт-терапія.** *Мета:* зниження тривожності та стресу, покращення самооцінки через творчий процес. *Вимоги до проведення:* заняття 1—2 рази на тиждень, тривалість 30—90 хвилин, курс від кількох місяців до кількох років. *Протипоказання:* відсутні.

Нами було визначено та схарактеризовано випадки, коли доречно використовувати нетрадиційні методики (таблиця 3.3).

Таблиця 3.3

Випадки, коли доречно використовувати нетрадиційні методики

<i>Низька ефективність традиційних методик</i>	1. Індивідуальні особливості дитини. Дитина не реагує на стандартні логопедичні заняття або потребує особливого підходу, нетрадиційні методики можуть запропонувати альтернативні шляхи впливу. 2. Складні випадки. Дітям із глибокими порушеннями мовлення, які не піддаються корекції за допомогою традиційних методів, можуть бути більш корисні інноваційні підходи
<i>Коморбідні стани (співіснування декількох порушень)</i>	1. Психоемоційні розлади. Якщо в дитини спостерігаються емоційні або поведінкові проблеми, методи арт-терапії або музичної терапії можуть допомогти знизити тривожність і покращити комунікативні навички. 2. Сенсорні порушення: дітям із сенсорними порушеннями (наприклад, аутизм) можуть бути корисні методики, що враховують їх специфічні сенсорні потреби
<i>Потреба в інтегрованому підході</i>	1. Комплексна терапія. Використання декількох методик одночасно (наприклад, логопедичні заняття в поєднанні з музичною терапією) може забезпечити більш комплексний вплив і покращити загальні результати.

	2. Мультимодальні підходи. Нетрадиційні методики, які включають використання різних каналів сприйняття (зір, слух, дотик), можуть бути більш ефективними для дітей із комплексними порушеннями
<i>Мотиваційні аспекти</i>	1. Підвищення зацікавленості. Нетрадиційні методики часто бувають більш цікавими й захоплюючими для дітей, що може підвищити їхню мотивацію до занять. 2. Ігрові форми: методики, що включають елементи гри, творчості, руху (наприклад, драматерапія, танцювальна терапія), можуть бути особливо ефективними для дітей дошкільного віку
<i>Індивідуальні та сімейні потреби</i>	1. Підтримка вдома. Якщо батьки активно залучені до процесу терапії, використання нетрадиційних методик, які можна практикувати вдома, може бути дуже корисним. 2. Переваги родини. Вибір методик також може залежати від уподобань і цінностей родини, а також від їхньої готовності підтримувати певні підходи
<i>Інноваційні дослідження та позитивний досвід</i>	1. Нові наукові розробки. Постійне зростання кількості досліджень у галузі мовленнєвої терапії може відкрити нові можливості й методики, які довели свою ефективність.

	2. Позитивний досвід. Успішний досвід інших дітей із подібними порушеннями може стати основою для використання нетрадиційних методик
--	--

На етапі запуску мовлення немовленнєва дитина розуміє для чого потрібна мовленнєва комунікація та активно прагне до її використання (дитина стає більш схильною до взаємодії з оточуючими, проявляє більш активний інтерес до спілкування з іншими дітьми та дорослими); розуміє і відчуває себе більш впевненою та незалежною, імітує звуконаслідування за дорослим (спираючись на онтогенез мовлення), намагається розширити свій словниковий запас. У кожному випадку важливо провести індивідуальну оцінку потреб дитини та врахувати її особливості перед вибором методики розвитку мовлення.

За результатами ґрунтовного теоретичного аналізу й опанування практичного досвіду нами було розроблено та обґрунтовано експериментальну методику комплексного підходу до активізації мовленнєвої діяльності дітей старшого дошкільного віку, представлену в наступному підрозділі.

3.3. Обґрунтування та експериментальна перевірка методики комплексного підходу до активізації мовленнєвої діяльності обраної категорії дітей

Формувальний етап дослідження передбачав оцінку ефективності впровадження методики «Комплексного підходу до активізації мовленнєвої діяльності в немовленнєвих дошкільників 4–5 років».

З метою впровадження даної методики була розроблена структура експериментальної роботи, яка складалася з трьох взаємопослідовних етапів:

підготовчий, основний («запуск мовлення») та заключний (розвиток самостійного фразового мовлення).

Підготовчий етап передбачав створення функціонального базису (мовленнєвих передумов) для подальшої активізації мовлення: «зрілість» ЦНС; здатність до імітування; розуміння зверненого мовлення; робота над розвитком мотивації до спілкування через ігрові прийоми, сенсорну стимуляцію, невербальні засоби комунікації (жести, міміка, рухи тіла); формування базових когнітивних навичок, необхідних для подальшої мовленнєвої активності (увага, сприйняття, пам'ять, мислення).

Мета – забезпечення необхідного нейропсихологічного та психолого-педагогічного підґрунтя для подальшої реалізації методики «запуску мовлення» в дітей немовленнєвих дітей 4–5 років.

Завдання етапу: стимулювати загальну активність дитини та сформувати мотивацію до комунікативної діяльності; активізувати здатність до наслідування та невербального спілкування; розвинути елементарні когнітивні функції (довільну увагу, слухову пам'ять, наочно-образне й логічне мислення, а також слухове й зорове сприйняття), що є базовими для «запуску мовлення»; сприяти становленню розуміння зверненого мовлення; підготувати м'язи артикуляційного апарату до майбутнього продукування мовлення (ПМ); забезпечити емоційно безпечне середовище та стійкий контакт із фахівцем.

Тривалість підготовчого етапу: від 4 тижнів до 3-х місяців, залежно від індивідуального рівня сформованості передумов до появи мовлення, психоемоційного стану дитини та інтенсивності занять.

Алгоритм формування функціонального базису мовлення (підготовчий етап експериментальної методики) представлений на Рис. 3.2.

Підготовчий етап має ґрунтовне значення для подальшої мовленнєвої активності, оскільки забезпечує «пусковий майданчик» для мовленнєвого розвитку. Чітке дотримання алгоритму дій, індивідуалізація підходу до кожної

дитини, систематичність та позитивна емоційна атмосфера є ключовими чинниками ефективності підготовчого етапу.



Рис. 3.2. Алгоритм формування функціонального базису мовлення (підготовчий етап експериментальної методики)

Основний етап передбачав запуск (формування) активного звучного мовлення. Головна *мета* цього етапу – стимуляція спонтанного мовлення через комплекс методичних прийомів: використання артикуляційної гімнастики, логопедичного масажу та дихальних вправ для підготовки артикуляційного апарату; впровадження методики «мовленнєвої провокації» – створення ситуацій, що потребують мовленнєвої реакції дитини (наприклад, неочікувані події, ігрові конфліктні ситуації, відсутність необхідного предмета)

використання структурованих занять із включенням повторюваних звуконаслідувань, ритмічно-мовленнєвих ігор та логоритміки; активне залучення батьків до процесу мовленнєвого стимулювання за допомогою спеціальних рекомендацій та домашніх завдань

Мета основного етапу – ініціювання активного звучного мовлення шляхом поетапної стимуляції мовленнєвої активності й формування перших мовленнєвих одиниць у комунікативному контексті.

Завдання етапу: активізувати артикуляційний апарат за допомогою спеціальних вправ (артикуляційна гімнастика, дихальні вправи, масаж); створити сприятливі умови для спонтанного мовлення через «мовленнєву провокацію» та комунікативні ситуації; формувати звуконаслідувальні, односкладові та прості двоскладові слова в контексті гри; забезпечити ритмічну підтримку мовленнєвої активності через логоритмічні вправи; стимулювати наслідувальну мовленнєву поведінку (повторювання, співпромовляння); активно залучити сімейне середовище до процесу мовленнєвої стимуляції через консультування батьків і систему домашніх завдань.

Тривалість основного етапу: від 1 року до 3 років, залежно від індивідуального темпу мовленнєвого реагування дитини, її мотивації та регулярності занять. Алгоритм упровадження основного етапу експериментальної методики подано на малюнку (Рис. 3.3).

Основний етап є базисом для ініціації мовлення, оскільки саме тут відбувається формування первинної мовленнєвої активності. Успіх залежить від чіткості виконання етапів, дозування навантаження, постійного включення емоційного та мотиваційного компоненту, а також участі найближчого оточення дитини в мовленнєвій стимуляції.



Рис. 3.3. Алгоритм упровадження основного етапу експериментальної методики дослідження

Заключний етап – заключний етап спрямований на становлення самостійного фразового мовлення дитини, забезпечення якісного переходу від відтворювальних мовленнєвих дій до продуктивних форм висловлювання, а також на закріплення й розширення набутого мовленнєвого досвіду. На цьому етапі логопедичний вплив поступово зміщується від корекційної підтримки до стимуляції власної мовленнєвої активності, розвитку внутрішньої мовленнєвої організації та загальної комунікативної самостійності дитини. У структурі заключного етапу виділяються такі основні напрями розвитку й формування мовлення:

1. Формування та вдосконалення складової структури слова. Поступове опанування дітьми нормативної складової організації слова передбачає розвиток здатності відтворювати слова різної складності, збереження їх кількісної та якісної структури, актуалізацію навичок слухо-артикуляційного контролю. У межах цього напрямку формуються стійкі мовленнєві операції, спрямовані на повноцінне відтворення складів, запобігання їх пропускам, надмірним додаванням чи редукціям.

2. Розвиток уміння дотримуватися послідовності мовленнєвих елементів. На етапі формування фразового мовлення важливим є оволодіння дитиною лінійною організацією слова та висловлювання. Розвиток навичок збереження послідовності складів та звуків сприяє становленню мовленнєвої цілісності, узгодженості й структурної правильності мовлення.

3. Формування внутрішньої структури складу. Цей напрямок передбачає розвиток уміння правильно відтворювати артикуляційні моделі складу, зокрема складні збіги приголосних, чітке співвідношення голосних і приголосних, а також структурну стабільність складових елементів. Формуються механізми слухо-кінестетичного аналізу й синтезу, що забезпечують адекватну складову організацію мовлення.

4. Розвиток навичок диференціації й розмежування складових одиниць. У межах цього напрямку відбувається становлення здатності відрізняти близькі за звучанням складові структури, запобігати процесам уподібнення складів, зміщення їх ознак чи ритміко-мелодичної організації. Це сприяє формуванню фонологічної стабільності та регуляції мовленнєвого потоку.

5. Профілактика і подолання порушень мовленнєвої динаміки.

Дитина поступово оволодіває навичками керування мовленнєвими програмами. Розвиток здатності контролювати й коригувати власне висловлювання допомагає усувати явища персеверацій, антиципацій,

контамінацій, забезпечуючи темпо-ритмічну, логічну та смислову впорядкованість мовлення.

6. Формування фразового мовлення як цілісного інструмента комунікації. Розвиток уміння будувати зв'язні, логічно вибудовані висловлювання здійснюється через організацію сюжетно-рольових ігор, створення проблемно-ігрових ситуацій, театралізовану діяльність, стимуляцію питально-відповідальних діалогів. Акцент робиться на збагаченні активного словника, розвитку семантичних зв'язків та усвідомленого використання мовних засобів.

7. Розвиток граматичної будови мовлення. На цьому етапі удосконалюються морфологічні та синтаксичні навички; формується здатність до узгодження слів у фразі, побудови різних типів речень, використання простих і поширених конструкцій. Лінгвістичні ігри забезпечують розвиток мовленнєвої креативності та вміння дитини орієнтуватися в різних мовленнєвих ситуаціях.

8. Інтеграція мовленнєвих навичок у повсякденну діяльність. Важливим завданням є створення умов, що забезпечують перенесення набутих мовленнєвих умінь у реальні комунікативні ситуації. Формується стійка мотивація до мовленнєвої взаємодії, збагачується досвід спонтанного мовлення в родинному, ігровому та освітньому середовищах. Тривалість заключного етапу: від 6 міс до 1,5 років, що зумовлено індивідуальною динамікою формування мовленнєвої активності, рівнем закріплення попередніх етапів та готовністю дитини до фразового мовлення.

Алгоритм реалізації заключного етапу поданий на Рис. 3.4.

Заклучний етап є інтеграційним, оскільки забезпечує перехід до самостійного, системного, комунікативно значущого мовлення. Успішність цього етапу залежить від накопиченого потенціалу попередніх фаз, поступового розширення лексико-граматичних структур і мотиваційного супроводу дитини. Його реалізація створює передумови для ефективного включення дитини в соціальну та освітню взаємодію.

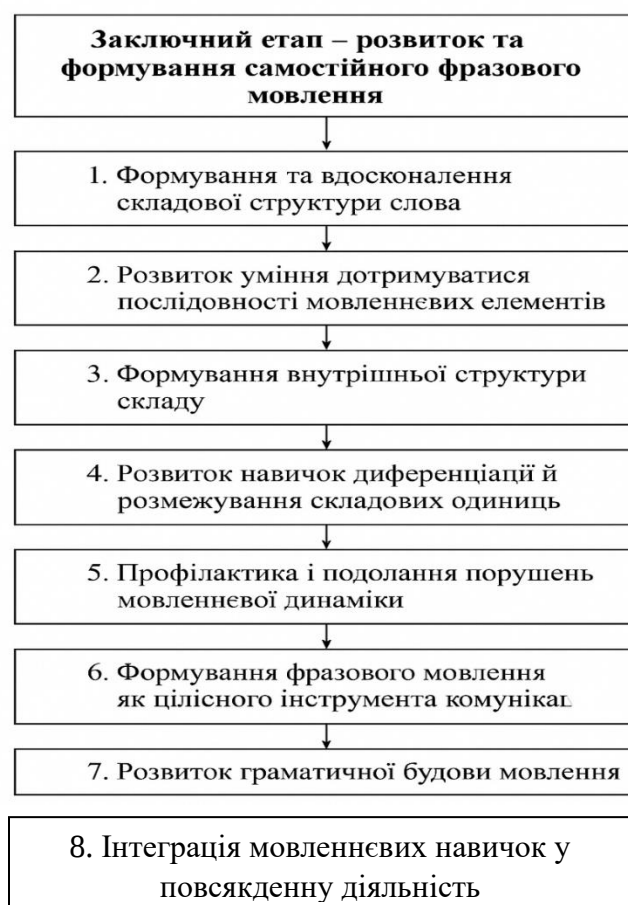


Рис. 3.4. Алгоритм реалізації заключного етапу експериментальної методики дослідження

Таким чином, кожен із трьох етапів методики має чітко окреслену функцію та спрямованість, що у своєму взаємозв'язку формують цілісний процес активізації мовленнєвої діяльності в «немовленнєвих» дошкільників. Водночас, ефективність впровадження комплексного підходу значною мірою залежить від дотримання логіки його реалізації, поетапності та адаптивності до індивідуальних особливостей дитини.

У випадках порушення послідовності етапів, фрагментарності або методичної непослідовності можуть виникати негативні наслідки, що впливають на темп і якість мовленнєвого розвитку. Нижче наведено систематизований огляд типових випадків недотримання структурної цілісності методики та відповідних психолого-педагогічних наслідків.

Ефективність логокорекційної роботи у немовленнєвих дітей дошкільного віку прямо залежить від послідовної, системної та адаптивної реалізації вище зазначених етапів. Недотримання логіки формувального процесу може призвести до:

- Передчасний перехід до основного або заключного етапу без формування базових мовленнєвих передумов (пропуск підготовчого етапу). *Наслідки:* стійка мовленнєва пасивність через відсутність мотивації до комунікації; невиконання інструкцій, обумовлене нерозвиненим розумінням зверненого мовлення; порушення процесів наслідування, які є критичними на старті мовленнєвого розвитку; фрустрація дитини, емоційне відторгнення занять, зниження взаємодії з дорослим. *Приклад:* у дитини, яка не опанувала навички імітації та сенсорної регуляції, спроба «запуску мовлення» через мовленнєві провокації є безрезультатною – вона не включається в комунікацію.

- Недостатня інтенсивність або фрагментарність реалізації основного етапу (формування активного мовлення). *Наслідки:* формальне відтворення окремих звуків/слів без переносу у спонтанне мовлення; фіксація на ехोलалічних або механічно повторюваних елементах; низький рівень мотивації до самостійного вербалізування; порушення темпу розвитку фразового мовлення. *Приклад:* якщо вправи на артикуляційну підготовку проводяться нерегулярно, у дитини зберігається млявість або гіпертонус артикуляційного апарату, що блокує вихід на звукосполучення.

- Передчасне ускладнення матеріалу на заключному етапі або нехтування диференціацією порушень. *Наслідки:* закріплення патологічних мовленнєвих структур (перестановок, уподібнень, персеверацій); порушення формування граматичного оформлення мовлення; мовленнєва нестабільність і непослідовність у фразоутворенні; низький рівень самостійної мовленнєвої ініціативи. *Приклад:* без цілеспрямованої роботи над складовою структурою

слова в дитини фіксуються стійкі скорочення або контамінації («матока» замість «морква»), що ускладнює подальший розвиток зв'язного мовлення.

- Відсутність міжетапного контролю та адаптації методики до індивідуального темпу дитини. *Наслідки:* переобтяження психоемоційної сфери; формування негативного досвіду взаємодії; розрив між мовленнєвими можливостями дитини та вимогами етапу; зниження ефективності впроваджених методик.

Чітка структурованість, поетапність і адаптивність є критично важливими умовами ефективної реалізації комплексного підходу. Кожен етап виконує свою функцію у формуванні мовлення – від підготовки організму до продукування мовлення, до розвитку зв'язних, контекстуально релевантних висловлювань. Порушення цієї логіки може нівелювати зусилля спеціалістів та призвести до закріплення компенсаторних, а не розвитку функціональних форм мовленнєвої активності.

Отже, навіть за умови дотримання всіх методичних принципів і логіки впровадження етапів комплексного підходу, важливим чинником, що може як підсилювати, так і гальмувати мовленнєвий розвиток, залишається зовнішнє середовище, в якому перебуває дитина.

Психолого-педагогічна практика переконливо свідчить, що контекст, у якому відбувається процес активізації мовлення – зокрема емоційний клімат, доступність кваліфікованої допомоги та соціальна підтримка — суттєво впливають на його результати.

У цьому зв'язку надзвичайно важливим є порівняльний аналіз умов мовленнєвого розвитку «немовленнєвих» дітей, які перебувають за кордоном, та тих, що проживають у зонах проведення активних бойових дій. Таке порівняння дозволяє виявити фактори ризику, бар'єри та компенсаторні механізми в різних соціокультурних середовищах. Відповідну інформацію представлено в таблиці нижче.

Таблиця 3.4

Відмінності у процесі «запуску мовлення» немовлених дітей, що знаходяться за кордоном та у містах проведення бойових дій

<i>Критерій оцінки</i>	<i>Німеччина, Польща, Італія, Франція, Норвегія, Швеція, Фінляндія, Румунія</i>	<i>м Харків та область</i>
Доступ до логопедичної допомоги	Високий, доступ до сучасних методик	Обмежений через умови війни
Емоційний стан	Стабільний, відсутність впливу війни	Підвищена тривожність, стрес
Соціальна адаптація	Висока, інтеграція в нові соціальні середовища	Обмежена через постійні переміщення та небезпеку
Рівень мотивації	Високий, позитивний вплив нових умов	Низький через стресові фактори
Доступ до медичних та реабілітаційних послуг	Частковий, залежить від країни перебування та основного захворювання	Частковий, залежить від рівня безпеки в місті
Підтримка родини	Залежить від стосунків у родинному колі	Залежить від стосунків у родинному колі
Якість навчальних матеріалів і посібників	Висока, доступ до сучасних матеріалів	Обмежена ресурсами освітньої установи та масштабами руйнувань
Вплив середовища	Позитивний	Негативний, вплив бойових дій

Аналізуючи відмінності у процесі «запуску» мовлення в дітей, які перебувають за кордоном та в зонах бойових дій, важливо враховувати не лише зовнішні чинники, але й особливості реалізації корекційно-розвиткової роботи в різних умовах. Комплексний підхід до активізації мовлення передбачає

використання адаптованих форм роботи як в онлайн-форматі, так і під час очних занять. Наступна таблиця (таблиця 3.5) відображає ключові критерії оцінки ефективності таких форматів роботи.

Таблиця 3.5

**Реалізація комплексного підходу до «запуску мовлення» в
немовленнєвих дітей дошкільного віку**

<i>Критерій оцінки</i>	<i>Онлайн (для дітей, які о знаходяться за кордоном та відносно безпечних регіонах України)</i>	<i>Очно (у зонах проведення активних бойвих дій)</i>
Доступ до фахівців суміжних спеціальностей	Залежить від інтернет- з'єднання	Залежить від безпекової ситуації в місті
Взаємодія з учителем- логопедом	Віддалена, через відеоконференції	Безпосередня, особистий контакт
Використання терапевтичних методик	Обмежене технічними можливостями	Повноцінне, за умови наявності ресурсів
Адаптація навчальних матеріалів	Висока, доступ до цифрових ресурсів	Обмежена через дефіцит ресурсів
Тривалість та частота занять	Гнучка, можливість коротких та частих сесій	Залежить від безпекової ситуації
Психологічна підтримка	Обмежена через відсутність фізичного контакту	Обмежена через постійний стрес
Мотивація дітей	Може бути знижена через віддалений формат	Знижена через стресову ситуацію
Соціальна взаємодія	Обмежена, через екран	Висока, особистий контакти з однолітками
Використання СІ	Обмежено	За умови наявності ресурсів
Використання ігрових методик	Обмежено	За умови наявності ресурсів

Використання логоритміки	Обмежено	За умови наявності ресурсів
Інтерактивність занять	Може бути знижена	Висока
Вплив навколишнього середовища	Відсутність впливу воєнних дій	Постійний вплив воєнних дій
Моніторинг та оцінка прогресу	Віддалений	Безпосередній через постійне спостереження

Подана таблиця дає можливість наочно порівняти умови та результати реалізації комплексного підходу до запуску мовлення в різних середовищах, що є важливим для аналізу та коригування терапевтичних стратегій.

Зіставлення критеріїв оцінки ефективності різних форматів роботи дозволяє виявити найбільш результативні підходи до активізації мовленнєвої діяльності в дітей. На основі отриманих даних можна спрогнозувати очікувані результати впровадження комплексного підходу для «немовленнєвих» дошкільників. Наступна таблиця містить узагальнені прогнозовані результати, які відображають потенційний рівень розвитку мовлення в дітей після застосування запропонованих методик.

Таблиця 3.6

Прогнозовані результати впровадження комплексного підходу для «немовленнєвих» дітей дошкільного віку

<i>Показник</i>	<i>Опис прогнозованого результату</i>
Покращення сприйняття мовлення	Очікуване поліпшення здатності сприймати й розуміти звуки та слова
Збільшення мовленнєвої активності	Очікуване збільшення активності в мовленнєвих ситуаціях та інтеракціях
Розвиток моторики, необхідної для мовлення	Очікуване поліпшення артикуляційної моторики та інших аспектів мовленнєвої активності.

Збільшення самостійності в мовленнєвих завданнях	Очікуване зростання навичок самостійного мовленнєвого висловлювання
Покращення соціальної взаємодії через мовленнєві навички	Очікуване збільшення можливостей для участі в соціальних інтеракціях з іншими дітьми
Покращення загального психосоціального розвитку	Очікуване покращення загального психосоціального стану через успішне використання мовленнєвих навичок
Покращення використання альтернативних способів комунікації	Очікуване зростання ефективності використання символічних систем або альтернативних способів комунікації

Результати аналізу характеристик упровадження методик та моделі залучення фахівців виявили, що різноманітні методи активізації мовленнєвої діяльності суттєво поліпшують комунікативні вміння досліджуваної групи дітей. Виявлені відмінності у процесі «запуску» мовлення в дітей, які перебувають у зонах активних бойових дій та за кордоном, підкреслили необхідність адаптації методичних підходів до умов специфічного середовища. Прогнозовані результати впровадження комплексного підходу підтвердили доцільність і перспективність використання данної методики для покращення мовленнєвих компетентностей «немовленнєвих» дітей дошкільного віку.

Ефективність упровадження методики комплексного підходу до активізації мовленнєвої діяльності в немовленнєвих дітей значною мірою залежить від дотримання сукупності психолого-педагогічних умов, які забезпечують цілісність, узгодженість і результативність впливу на дитину. Означені умови доцільно систематизувати за такими блоками:

1. Організаційні умови: побудова індивідуальної траєкторії мовленнєвого розвитку з урахуванням результатів скринінгового обстеження; наявність мультидисциплінарної команди фахівців (вчитель-логопед, психолог, педагог,

вчитель-дефектолог, реабілітолог); оптимальна кількість занять та тривалість сесій з урахуванням вікових і функціональних можливостей дитини; створення сприятливого просторового та сенсорного середовища (зона для ігор, релаксації, мовленнєвого стимулювання).

2. Методичні умови: використання комплексної методики, що охоплює етапи: підготовчий – «запуск мовлення» – розвиток фразового мовлення; застосування гнучких форм мовленнєвої стимуляції (логоритміка, мовленнєві провокації, ігрові методи); інтеграція елементів сенсорної інтеграції, моторного розвитку, дихальної та артикуляційної гімнастики; впровадження системи спостереження та моніторингу мовленнєвої динаміки.

3. Психологічні умови: забезпечення емоційно-безпечного середовища, вільного від примусу й тиску; створення ситуацій успіху, що підвищують мотивацію до спілкування; підтримка позитивного емоційного контакту між дитиною та фахівцями; урахування індивідуального темпу розвитку та особистісних характеристик кожної дитини.

4. Педагогічні умови: співпраця з родиною: інформування батьків, надання рекомендацій, залучення до мовленнєвої взаємодії; використання доступних, емоційно насичених і практично значущих форм навчання; формування позитивної мотивації до мовленнєвої діяльності через гру, наслідування, діалог; здійснення педагогічного супроводу мовленнєвої активності в усіх видах діяльності дитини (гра, побут, спілкування, навчання).

Вище зазначені психолого-педагогічні умови подані на Рис. 3.5.

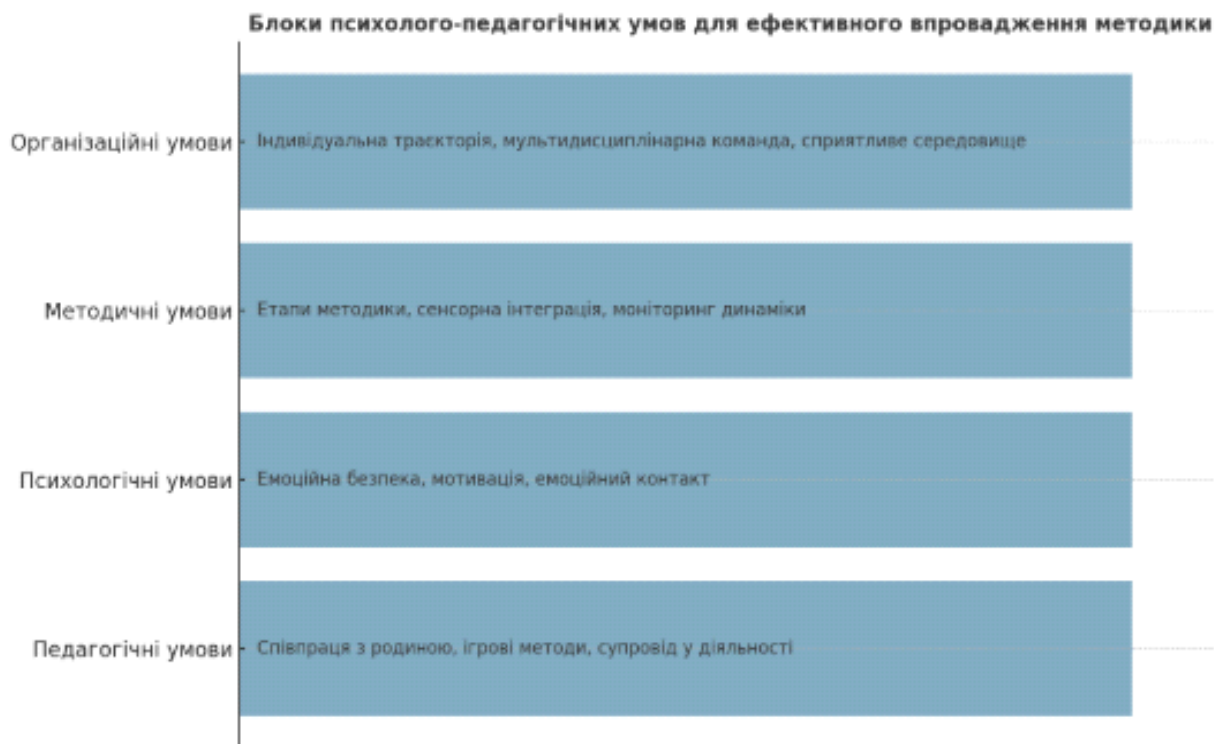


Рис. 3.5. Стисла характеристика психолого-педагогічних умов комплексного підходу до активізації мовленнєвої діяльності немовленнєвих дошкільників

Таким чином, дотримання окреслених психолого-педагогічних умов є обов'язковою передумовою для успішної реалізації комплексного підходу, спрямованого на ефективний запуск мовлення в дітей із безмовленням та розвиток їхньої комунікативної компетентності в умовах інклюзивного та спеціального освітнього простору.

Проведений формувальний етап дослідження дав можливість обґрунтувати й експериментально підтвердити ефективність запропонованої методики комплексного підходу до активізації мовленнєвої діяльності немовленнєвих дошкільників 4–5 років. Упровадження триетапної структури – підготовчого, основного та заключного етапів – забезпечило цілісний, поетапний і

нейропсихологічно виражений процес формування мовлення в дітей із тяжкими мовленнєвими порушеннями.

На підготовчому етапі було сформовано необхідний функціональний базис, що охоплює розвиток когнітивних функцій, становлення наслідування, удосконалення сенсорної регуляції та мотивації до комунікації. Саме на цьому етапі закладено психолого-педагогічні та нейродинамічні передумови, без яких ініціація звучного мовлення є недостатньо результативною.

Основний етап продемонстрував провідну роль системної мовленнєвої стимуляції у запуску первинної звукової активності. Використання мовленнєвих провокацій, логоритміки, ритміко-інтонаційних вправ, артикуляційної гімнастики та цілеспрямованої взаємодії з родиною дитини дало змогу формувати перші значущі мовленнєві одиниці й забезпечувати поступовий вихід на спонтанну мовленнєву реакцію.

На заключному етапі відбулося цілісне становлення фразового мовлення, розширення словника, удосконалення граматичних конструкцій, розвиток зв'язного мовлення та перенесення мовленнєвих навичок у реальну комунікативну діяльність. Цей етап виконує інтегративну функцію, забезпечуючи перехід від відтворювальних форм до самостійного мовленнєвого продукування.

Отримані результати підтвердили, що дотримання логіки, структурної послідовності й адаптивності комплексного підходу є ключовою умовою його ефективності. Порушення етапності або надмірне прискорення переходу між етапами призводить до появи вторинних мовленнєвих ускладнень: збереження мовленнєвої пасивності, формування патологічних мовленнєвих структур, порушення темпо-ритмічної організації мовлення, нестійкості фразової конструкції.

Водночас дослідження виявило суттєву залежність результативності методики від соціально-психологічного середовища, у якому перебуває дитина.

Порівняння умов дітей, які проживають у країнах Європи, та дітей, що перебувають у зонах активних бойових дій, засвідчило, що фактори безпеки, емоційної стабільності, доступності логопедичних і реабілітаційних послуг істотно впливають на темп і якість мовленнєвого розвитку. В умовах війни спостерігається підвищений ризик затримки мовленнєвої динаміки через тривожність, нестабільність середовища, перерви в корекційній роботі та обмеженість ресурсів.

Узагальнення результатів дозволяє стверджувати, що впровадження методики комплексного підходу сприяє суттєвому покращенню мовленнєвих, когнітивних та комунікативних характеристик немовленнєвих дошкільників, а її адаптивність забезпечує можливість результативного застосування як в очному, так і в онлайн-форматі. Таким чином, методика є науково обґрунтованою, практично ефективною та перспективною для подальшого використання в роботі з немовленнєвими дітьми дошкільного віку.

3.4. Аналіз результатів формувального етапу дослідження

Аналіз результатів формувального етапу дослідження є вирішальним для оцінки ефективності комплексного підходу до активізації мовленнєвої діяльності в «немовленнєвих» дітей дошкільного віку. Цей етап передбачав систематичне зібрання та інтерпретацію даних з метою виявлення змін у мовленнєвому розвитку дітей після впровадження експериментального дослідження.

У дослідженні взяли участь 63 «немовленнєвих» дітей дошкільного віку (4 – 5 років) із групи ЗПМР. Дітей було поділено на дві групи:

Експериментальна група (ЕГ) – 34 дитини, у роботі з якими впроваджувалася методика комплексного підходу до активізації мовленнєвої діяльності, що передбачала залучення фахівців суміжних спеціальностей (психолог, нейропсихолог, лікар-невролог, лікар-педіатр тощо).

Контрольна група (КГ) дослідження охоплювала 29 дітей дошкільного віку (4 – 5 років). На відміну від ЕГ, у якій реалізовувався комплексний підхід до активізації мовлення, у КГ проводилася традиційна логопедична корекційна робота, без залучення фахівців суміжних спеціальностей (психологів, дефектологів, нейропсихологів, терапевтів сенсорної інтеграції тощо)

У загальній вибірці переважали хлопчики, що повною мірою відповідає клінічним і психолінгвістичним даним про більшу поширеність ТПМ саме серед хлопців: хлопчики – 42 дитини ($\approx 67\%$), дівчатка – 21 дитина ($\approx 33\%$).

Такий розподіл зумовлений як біологічними, так і нейрофізіологічними особливостями розвитку, зокрема пізнішим дозріванням мовленнєвих центрів у хлопчиків та вищою вразливістю до перинатальних уражень.

Збройна агресія на території України створила суттєві перешкоди для стабільного проведення формувального експерименту. Воєнні дії обумовили територіальну роз'єднаність вибірки: частина дітей перебувала в зонах активних бойових дій, інша – була евакуйована за кордон. Це зумовило нерівний доступ до кваліфікованих спеціалістів (особливо у віддалених або тимчасово окупованих регіонах); посилили психоемоційне напруження дітей і батьків, що відобразилося на повільнішому темпі адаптації до занять; обґрунтували вибір саме цієї категорії дітей, адже більшість із них через ситуацію в країні не отримували достатньої корекційної допомоги.

Відповідно до висновків учителів-логопедів, психологів, психіатрів, педіатрів та неврологів, діти мали різні форми та ступені прояву мовленнєвих порушень, а також супутні неврологічні та психологічні розлади. Їх було класифіковано за клініко-психологічними критеріями на три умовні групи:

1 група (12 осіб) – діти з затримкою психомовленнєвого розвитку (ЗПМР) різної етіології, із яких 9 дітей мали прояви мінімальної мозкової дисфункції (ММД). Характерною була комбінація мотиваційних, операційних та мозкових механізмів мовленнєвої недостатності.

2 група (32 особи) – діти з ЗПМР зумовлені алалією: моторна алалія – 10 дітей, сенсомоторна алалія – 9 дітей, ММД – 23 дитини. Переважали складні форми мовленнєвого порушення, що потребували міждисциплінарного підходу.

3 група (19 осіб) – діти з ЗНМ II рівня зумовленого моторною, сенсорною або сенсомоторною алалією. У 8 з них спостерігалися прояви ММД. Типовим був дефіцит мозкових та операційних механізмів мовленнєвого формування.

Для експерименту було обрано дітей віком від 4-х до 5 років. Такий вибір обумовлено кількома факторами: саме на цьому етапі завершується сенситивний період формування мовлення, після якого компенсаторні можливості ЦНС починають знижуватись; у 4–5 років дитина вже має сформовані основи когнітивної, ігрової та соціальної активності, необхідні для цілеспрямованої роботи з активізації мовленнєвої діяльності; згідно з діагностичними критеріями, саме в цьому віці найчастіше вперше встановлюються стійкі порушення, пов'язані з алалією, ЗПМР, ЗНМ тощо; вік 4–5 років є критичним у плані підготовки до шкільного навчання, що вимагає мінімального сформованого рівня зв'язного мовлення.

Формувальний експеримент, спрямований на перевірку ефективності комплексного підходу до активізації мовленнєвої діяльності у дітей 4–5 років із ЗПМР, *тривав загалом 39 місяців або 3 роки та 3 місяці* (для деяких дітей він триватиме після завершення експерименту), протягом яких було реалізовано три взаємопослідовні етапи.

Усі етапи експериментальної роботи реалізовувалися в індивідуальній формі (зрідка в малих підгрупах по 2–3 дитини), з урахуванням типу порушення, темпу просування та вікових особливостей дитини; важливою умовою перебування в експериментальній групі була міждисциплінарна взаємодія: залучення окрім вчителя-логопеда, психолога, нейропсихолога, сенсорного терапевта, масажиста та фізичного терапевта; у контрольній групі з дітьми

працював лише вчитель-логопед; інтенсивність занять – 3–5 разів на тиждень залежно від стану дитини; окремий акцент зроблено на системній участі батьків, які отримували інструкції, консультації та домашні завдання для мовленнєвої стимуляції у природному середовищі.

Зважаючи на тривалість і поетапну структуру формувального етапу, важливим аспектом дослідження стало чітке визначення та впровадження ефективних методик, які використовувалися на кожному з етапів активізації мовленнєвої діяльності. Застосовані методики були відібрані з урахуванням індивідуальних особливостей дітей, специфіки мовленнєвих порушень, умов освітнього середовища, а також відповідно до психолого-педагогічних умов комплексного підходу.

Наступна таблиця узагальнює характеристику впровадження методик активізації мовленнєвої діяльності в «немовленнєвих» дітей дошкільного віку на різних етапах формувального експерименту (табл 3.7.).

Таблиця 3.7

Характеристика впровадження експериментальної методики активізації мовленнєвої діяльності в немовленнєвих дітей дошкільного віку (комплексний підхід)

ЕГ	Провідні та додаткові методики	Тривалість впровадження	Опис методик
1 група (ЗПМР різної етіології – 8 осіб; з них з ММД – 6 дітей) – поєднання мотиваційних, операційних та мовних порушень у дітей	- Ігрова логопедія; - Сенсорна інтеграція; - АДК (Картки PECS); Додаткові методики: - Метод Tomatis, - БАК, іпотерапія, - Дельфінотерапія	3 рази на тиждень (додатково завдання, що дитина виконує вдома) Від кількох місяців до року	Ігрова логопедія: - Створення сприятливого емоційного фону для занять. - Використання ігрових завдань для розвитку артикуляційного апарату. - Розвиток фонетико-фонематичного сприймання. - Включення в ігрову діяльність завдань на розвиток лексико-граматичних категорій. Прийоми: - Ігрові вправи на розвиток артикуляції та дихання.

			- Використання спеціальних іграшок і предметів для стимуляції мовлення. - Проведення сюжетно-рольових ігор, що спонукають дітей до вербального спілкування. Сенсорна інтеграція 1. Стимуляція тактильного, вестибулярного та пропріоцептивного сприйняття. 2. Корекція сенсорних порушень, що впливають на мовленнєвий розвиток. 3. Підвищення рівня комунікації через сенсорні вправи. Прийоми: - Використання сенсорних іграшок (м'ячі, текстуровані предмети, балансири). - Сенсорні ігри, що включають рухові та тактильні завдання. - Виконання вправ, спрямованих на координацію рухів та інтеграцію сенсорної інформації. АДК (Картки PECS) - Формування основних навичок комунікації через обмін картками. - Розширення словникового запасу та розвиток фразової мови. - Навчання дітей використовувати картки для висловлення потреб і бажань. Прийоми: - Використання карток PECS для комунікації. - Поетапне навчання (від обміну однією картою до побудови речень з декількох карток). - Залучення батьків до процесу навчання для
--	--	--	---

			підтримки комунікативної активності вдома.
2 група (15 осіб; із них 10 дітей з моторною алалією, 5 дітей з сенсомоторною алалією; 3 ММД – 9 дітей) - поєднання мотиваційних, операційних та мозкових порушень у дітей	«Сенсорна інтеграція» «Наслідувального жестикування ігрової логопедії» <u>Додаткові методики:</u> БАК, іпотерапія, арт-терапія	3 рази на тиждень (додатково завдання, що дитина виконує вдома) від кількох місяців до року	1. «Сенсорна інтеграція» (див вище) 2. «Наслідувального жестикування ігрової логопедії» Завдання 1.Стимулювання мовленнєвої активності. 2.Розвиток артикуляційних та мовленнєвих навичок через наслідування жестів. 3.Залучення дітей до ігрової діяльності для створення позитивного емоційного фону. 4.Формування основних комунікативних умінь і навичок. Методи 1.Ігрове наслідування жестів: використання жестів як моделі для наслідування, що допомагає дітям розвивати артикуляційні навички та збільшувати словниковий запас. 2.Заняття з використанням спеціальних іграшок: залучення дітей до гри з іграшками, які стимулюють розвиток мовлення через наслідування дій та звуків. 3.Сюжетно-рольові ігри: організація ігор, де діти виконують певні ролі, наслідуючи жести та мовлення дорослого. 4.Музично-ритмічні вправи: використання ритму та музики для розвитку координації жестів та мовленнєвих дій.
3 група (моторна, сенсорна, сенсомоторна алалія, ЗНМ 2 рівня – всього 11 осіб; з них 3 ММД – 9) – порушення	«Наслідувального жестикування ігрової логопедії» «Логоритміка» <u>Додаткові методики:</u> ТКМП	2–3 рази на тиждень (додатково завдання, що дитина виконує вдома)	1."Наслідувального жестикування ігрової логопедії" (див. вище) 2. "Логоритміка" Завдання 1.Стимулювання мовленнєвої активності у дітей з тяжкими порушеннями мовлення. 2.Розвиток ритмічного слуху та координації рухів.

мозкових та операційних механізмів		від кількох місяців до півроку	3.Залучення дітей до активної участі в музично-ритмічних вправах. 4.Формування основних комунікативних умінь і навичок через ритм і музику. Методи 1.Ритмічні вправи: використання ритмічних патернів для стимуляції мовленнєвих реакцій. Діти повторюють ритмічні удари, плескання або кроки, що супроводжуються промовлянням звуків, слів або фраз. 2.Музично-рухові ігри: організація ігор, де діти виконують рухи під музику, наслідуючи дорослого або один одного, що сприяє розвитку координації та мовленнєвих навичок. 3.Вокально-інструментальні заняття: використання музичних інструментів для супроводу співу або промовляння віршів і пісень, що сприяє розвитку артикуляції та ритму мовлення. 4.Ігри з музичним супроводом: включення музичного супроводу під час ігрової діяльності, що стимулює мовленнєву активність та покращує координацію рухів.
------------------------------------	--	--------------------------------	---

Ефективність активізації мовленнєвої діяльності в «немовленнєвих» дітей дошкільного віку значною мірою залежить від комплексного підходу, що включає не лише застосування спеціальних методик, але й мультидисциплінарну співпрацю фахівців різних галузей.

Відтак, важливим етапом експериментальної роботи стало визначення моделі залучення фахівців до процесу активізації мовлення дітей 4–5 років, яка показана нижче (таблиця. 3.8).

Таблиця 3.8

Модель залучення фахівців суміжних спеціальностей до процесу активізації мовленнєвої діяльності в «немовленнєвих» дошкільників

Фахівець	Роль і завдання	Методи та підходи	Тривалість залучення
Психолог	Психологічна підтримка, корекція	Ігрові техніки, арт-терапія, техніки релаксації	Перед початком логопедичних занять та в 1 місяць з початку проведення логозанять <i>середньостроково</i>
Нейропсихолог	Оцінка і корекція когнітивних функцій	Нейропсихологічні вправи, вправи на розвиток зорово-просторового орієнтування, логічного мислення, пам'яті й уваги	Перед початком логопедичних занять <i>короткостроково</i>
Сенсорно-моторний терапевт	Оцінка і корекція сенсорних порушень	Методи сенсорної інтеграції, вправи на розвиток сенсорних навичок	Перед початком логопедичних занять та кілька місяців після цього <i>середньостроково</i>
Поведінковий аналітик чи КПТ	Аналіз поведінкових проблем, планування	Поведінкова терапія, аналіз взаємодії, індивідуальні підходи	Перед початком логопедичних занять та кілька місяців після цього

	корекційних заходів		<i>середньостроково</i>
Лікар-педіатр/генетик/невролог\ психіатр\щелепно-лицевий хірург	Медичний супровід, призначення ЛЗ, оперативне втручання	Моніторинг стану здоров'я, корекція медикаментозного лікування	Залежно від основного порушення (найчастіше <i>довгостроково</i>)
Фізичний терапевт	Допомога у відновленні після операцій або травм для покращення рухливості та функціональних можливостей організму.	Використання методів фізіотерапії для покращення сили, гнучкості, координації та балансу. Виконання різних процедур, таких як масаж, електротерапія, ультразвукова терапія, термотерапія, вприви у басейні тощо.	Залежно від основного порушення

Нижче наведена таблиця динаміка розвитку мовлення у «немовленнєвих» дітей 4-5 річного віку за результатами комплексного підходу до активізації мовленнєвої діяльності (таблиця. 3.9).

Таблиця 3.9

Динаміка розвитку мовлення у «немовленнєвих» дітей 4 —5 річного віку за результатами комплексного підходу до активізації мовленнєвої діяльності

<i>Група</i>	<i>Позитивні зміни (%)</i>	<i>Негативні зміни (%)</i>
I група	Збільшення активності в спілкуванні з дорослими (61.54%)	Збільшення негативізму та відмови від співпраці після спроб активізації (30.77%);

	покращення здатності до взаємодії з дорослими ініціативно (53.85%); . покращення сприйняття мовлення та реакції на виклики від дорослих (61.54%); вимовлення: А, У, О, И, Е, І, злиття їх у склади, додавання: М, Н, В, П, К, Т (за проханням дорослого) (38.46%)	збільшення байдужості до навчальних або стимулюючих заходів (23.08%); погіршення здатності доцільно використовувати жести або інші невербальні комунікаційні засоби (7.69%)
II група	Збільшення чіткості й виразності жестів під час спілкування з дорослими (72.97%); покращення ситуативного розуміння мовлення (78.38%); зниження залежності від силових методів і збільшення навичок самостійного виконання завдань (67.57%); використання у мовленні спеціальних жестів (54.05%) вимовлення: А, У, О, И, Е, І, злиття їх у склади, додавання: М, Н, В, П, К, Т, Х (за проханням дорослого) (78.38%)	Зменшення мотивації до співпраці після перших успішних спроб (21.62%); погіршення ситуативного розуміння мовлення після певного часу застосування методики (10.81%)
III група	Покращення номінативного розуміння мовлення через вивчення та практику (72.22%); збільшення інтересу до результатів діяльності під час взаємодії з дорослими (83.33%); покращення здатності доцільно використовувати	Зменшення інтересу до результатів діяльності внаслідок стихійних змін у методиці (16.67%); погіршення номінативного розуміння мовлення через недооцінення певних аспектів навчання (5.56%)

	жести та міміку для комунікації (77.78%)	
--	--	--

Для уточнення кількісних характеристик змін у мовленнєвому розвитку дітей, поданих у Таблиці 3.9, доцільною є їх подальша деталізація за окремими групами обстежуваних. З цією метою у *таблицях 3.10–3.12* представлено співвідношення позитивної та негативної динаміки у відсотковому вираженні для I, II та III груп відповідно. Така структура подачі матеріалу забезпечує можливість узагальнення якісних результатів та здійснення їх кількісної інтерпретації, що є важливим для комплексного аналізу ефективності формувального етапу дослідження.

До впровадження комплексного підходу до активізації мовленнєвої діяльності в дітей 4–5 років, які відзначалися відсутністю мовлення, було виявлено суттєві відмінності в рівні сформованості комунікативних навичок відповідно до трьох умовно виділених груп.

У першій групі діти продемонстрували нульовий рівень сформованості комунікативних навичок. Абсолютна більшість не виявляла жодних ознак елементарної комунікативної поведінки. Характерними були повна відсутність реакції на звернене мовлення навіть за додаткової жестової підтримки, неспроможність до встановлення будь-якого контакту — зорового, тілесного чи емоційного. Спостерігалась емоційна замкненість, байдужість до мовленнєвої активності дорослих і дітей, а також хаотичні або нечіткі жести без наміру до комунікації. Загалом діти означеної групи демонстрували повне відчуження від соціального оточення. Ці діти потребували тривалого сенсорно-емоційного та мотиваційного впливу для активізації навіть елементарних комунікативних дій.

У другій групі діти продемонстрували нульовий рівень сформованості мовленнєвих навичок з переходом у ситуативний. У більшості дітей означеної групи виявлено ознаки фрагментарної, несформованої, але потенційно активної

комунікативної поведінки. До впровадження методики були помічені: часткове розуміння інтонаційного звернення; ситуативна реакція на знайомі ритуали чи дії дорослих; окремі випадки використання жестів або використання простих комунікативних жестів у знайомих ситуаціях; неусвідомлене використання вигуків або складів зі схожою звуковою формою; намагання підтримувати візуальний контакт і слідувати за простими інструкціями; зацікавленість у соціальній взаємодії, але обмеженість у засобах її реалізації; часткові прояви активного мовлення (окремі слова, вигуки, звуконаслідування); зацікавленість у предметній діяльності, що могла використовуватись як основа для стимулювання дотиків із метою привернення уваги, відсутність сталої мотивації до спілкування, але наявність реакцій на позитивне підкріплення; реактивність у поведінці без ініціативної мовленнєвої активності. Ці особливості свідчили про наявність потенціалу до розвитку ситуативного мовлення за умови правильної організації середовища та стимуляції.

У третій групі діти проявляли ситуативний рівень сформованості комунікативних умінь: із переходом у номінативний. Діти означеної групи демонстрували задатки до елементарного мовленнєвого реагування, хоча мовленнєва продукція була дуже обмеженою. До методичного втручання спостерігалось: часткове розуміння найчастіше вживаних слів і запитань; здатність до використання простих комунікативних жестів у знайомих ситуаціях; неусвідомлене використання вигуків або складів зі схожою звуковою формою; намагання підтримувати візуальний контакт і слідувати за простими інструкціями; зацікавленість у соціальній взаємодії, але обмеженість у засобах її реалізації; часткові прояви активного мовлення (окремі слова, вигуки, звуконаслідування); зацікавленість у предметній діяльності, що могла використовуватись як основа для стимулювання мовлення; реакцію на знайомі інструкції, вміння виконувати прості доручення за мовленнєвим супроводом; здатність до наслідування невербальних дій та базова імітаційна здатність.

Комунікативна діяльність таких дітей була залежною від дорослого, проте містила передумови до розвитку номінативного мовлення.

За результатами кількісного аналізу нами було отримано такі показники.

I група (8 дітей). Позитивна динаміка виявлена за такими критеріями: збільшення активності у спілкуванні з дорослими – 61.54%; ініціативність у взаємодії з дорослими — 53.85%; покращення реакцій на мовленнєві звернення – 61.54%; формування звуків та їх комбінацій у складі – 38,46%.

Таблиця 3.10

Показники позитивних і негативних змін у I групі

<i>Позитивна динаміка</i>	<i>%</i>	<i>Негативна динаміка</i>	<i>%</i>
Збільшення активності у спілкуванні з дорослими	61,54%	Зростання негативізму	30,77%
Ініціативність у взаємодії з дорослими	53,85%	Байдужість до стимулюючих заходів	23,08%
Покращення реакцій на мовленнєві звернення	61,54%	Погіршення використання невербальних засобів	7,69%
Формування звуків і складів	38,46%	-	-
Середнє значення позитивних змін	53,85%	Середнє значення негативних змін	20,51%

Негативна динаміка: зростання негативізму — 30,77%; байдужість до стимулюючих заходів — 23,08%; погіршення використання невербальних засобів — 7,69%.

Аналогічно нами було проаналізовано зміни в II групі (15 дітей). Позитивна динаміка: чіткість і виразність жестів — 72,97%, покращення ситуативного розуміння мовлення — 78,38%, самостійне виконання завдань — 67,57%, використання спеціальних жестів — 54,05%, вимова звуків і складів — 78,38%.

Таблиця 3.11.

Показники позитивних і негативних змін у II групі

<i>Позитивна динаміка</i>	<i>%</i>	<i>Негативна динаміка</i>	<i>%</i>
Чіткість і виразність жестів	72,97%	Зниження мотивації	21,62%
Покращення ситуативного розуміння мовлення	78,38%	Погіршення розуміння мовлення	10,81%
Самостійне виконання завдань	67,57%	-	-
Використання спеціальних жестів	54,05%	-	-

Вимова звуків і складів	78,38%	-	-
Середнє значення позитивних змін	70,27%	Середнє значення негативних змін	16,22%

Негативна динаміка: зниження мотивації — 21,62%, погіршення розуміння мовлення — 10,81%.

III група (11 дітей)

Позитивна динаміка: покращення номінативного розуміння мовлення — 72,22%, інтерес до результатів діяльності — 83,33%, ефективне невербальне спілкування (жести, міміка) — 77,78%.

Негативна динаміка: зниження інтересу через зміну методики — 16,67%, погіршення розуміння мовлення — 5,56%.

Таблиця 3.12.

Показники позитивних і негативних змін у III групі

<i>Позитивна динаміка</i>	%	<i>Негативна динаміка</i>	%
Покращення номінативного розуміння мовлення	72,22%	Зниження інтересу через зміну методики	16,67%
Інтерес до результатів діяльності	83,33%	Погіршення розуміння мовлення	5,56%

Ефективне невербальне спілкування	77,78%	-	-
Середнє значення позитивних змін	77,78%	Середнє значення негативних змін	11,12%

Отримані результати демонструють чітку позитивну динаміку в розвитку комунікативно-мовленнєвих навичок у дітей, які брали участь у впровадженні комплексного підходу до активізації мовлення. Найвищі показники покращення зафіксовано у III групі, що може свідчити про адаптивність дітей до комплексного підходу, включаючи мультисенсорну стимуляцію, невербальні засоби та когнітивну підтримку. Натомість, певна частка негативних змін фіксувалася переважно у вигляді психоемоційного виснаження або ситуативної втрати мотивації до взаємодії — важливого фактора, який слід ураховувати під час тривалої корекційної роботи. Узагальнені результати дослідження подані в таблиці 3.13

Таблиця 3.13.

Узагальнені результати формувального етапу дослідження (очно и онлайн)

Група	Загальна кількість	Позитивний вплив	Відсоток позитивного впливу	Відсоток негативного впливу
I	8 осіб	6 осіб	$(8/6) \times 100\% = 75\%$	$100\% - 75\% = 25\%$
II	15 осіб	12 осіб	$(15/12) \times 100\% = 80\%$	$100\% - 80\% = 20\%$

III	11 осіб	10 осіб	$(11/10) \times 100\% = 90,9\%$	$100\% - 90,9\% = 9,1\%$
-----	---------	---------	---------------------------------	--------------------------

У ході дослідження нами були узагальнені дані щодо порівняння досягнень дошкільників ЕГ залежно від форми участі – онлайн/офлайн (Рис. 3.6.)

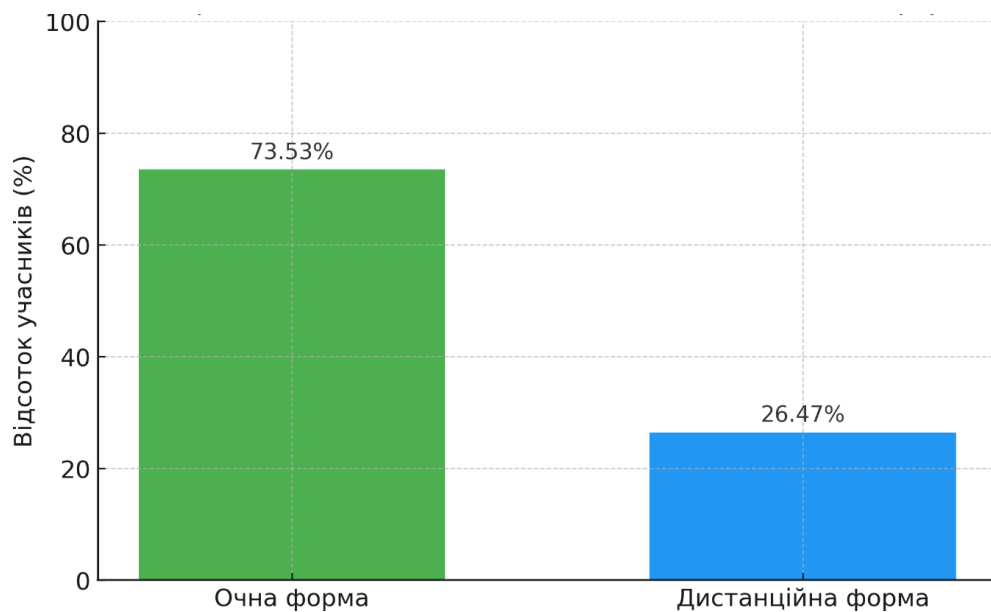


Рис. 3.6. Порівняння досягнень дошкільників ЕГ залежно від форм участі

Очна форма охопила: $5 + 10 + 10 = 25$ дітей (із 34), що становить 73.53% усіх учасників. Дистанційна форма: $3 + 4 + 2 = 9$ дітей, тобто 26.47%. Перші результати свідчать про вищу ефективність очної форми впровадження методики, зокрема в III групі, де найвищий відсоток позитивного впливу (90,9%), що корелює з середньою кількістю очних занять (10 осіб).

Середня ефективність очної форми:

$$\bar{X}_{\text{очн}} = \frac{(5 * 75) + (10 * 80) + (10 * 90,9)}{5 + 10 + 10}$$

$$\bar{X}_{\text{очн}} = \frac{2084}{25} \approx 83,36\%$$

Формула вибіркового стандартного відхилення:

$$s = \sqrt{\frac{\sum n_i (X_i - \bar{X})^2}{N - 1}}$$

де n_i — кількість дітей у групі, X_i — відсоток позитивного впливу, N — загальна кількість очних дітей.

Стандартне відхилення (s , вибіркве): $\approx \sqrt{42,96} \approx 6,55\%$

Визначення показників груп дітей які займалися очно (рис. 3.7).

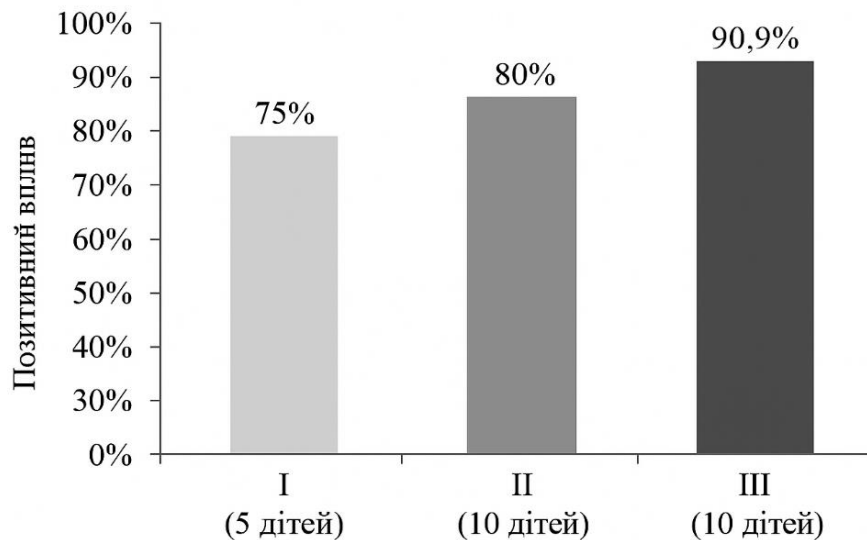


Рис. 3.7. Визначення показників груп дітей, які займалися очно

Середня ефективність дистанційної форми:

$$\bar{X}_{\text{дист}} = \frac{(3 \cdot 75) + (4 \cdot 80) + (2 \cdot 90.9)}{3 + 4 + 2}$$

$$\bar{X}_{\text{дист}} = \frac{726,8}{9} \approx 80,76\%$$

Стандартне відхилення (s , вибіркве): $\sqrt{38,44} \approx 6,20\%$

Визначення показників груп дітей, які займалися дистанційно (Рис. 3.8):

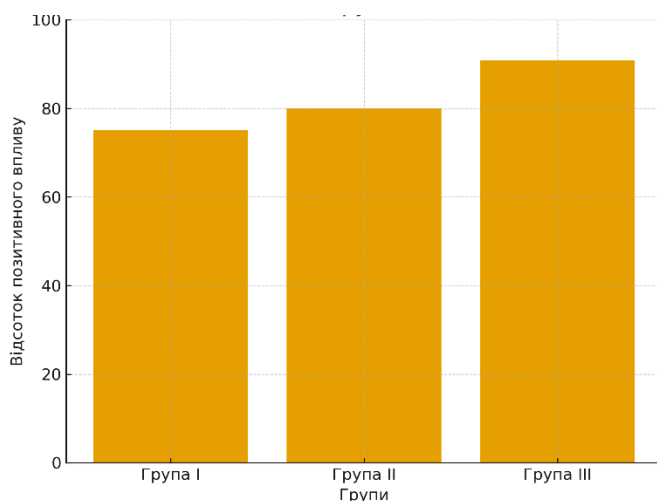


Рис. 3.8. Визначення показників груп дітей, які займалися дистанційно

Отже, очна форма роботи демонструє високу стабільність результатів, про що свідчить низьке стандартне відхилення. Показники трьох груп є близькими за величиною, що підтверджує однакову ефективність методики незалежно від вихідного рівня мовленнєвого розвитку дітей.

Найвищий показник виявлено в III групі — 90,9%, що корелює з найбільшою кількістю дітей, які відвідували заняття саме очно. Це підтверджує важливість повноцінної участі дитини в очному форматі корекційної роботи для засвоєння моторних, просодичних, сенсорних та комунікативних компонентів мовлення.

Порівняно з очною формою, дистанційний формат характеризується більшою варіативністю результатів, що підтверджується підвищеним стандартним відхиленням. Це зумовлюється низкою чинників:

- зниженням можливості використання повноцінних сенсомоторних методів;
- обмеженими можливостями діагностики та корекції оральної моторики;
- технічними труднощами (звук, якість інтернету, камера);
- різною участю батьків під час занять;

- труднощами у формуванні спільного фокусу уваги у немовленнєвих дітей.

Проте, навіть за таких умов, дистанційний формат продемонстрував помірно високу ефективність, що підтверджує адаптивність корекційної методики до умов онлайн-взаємодії. (Рис. 3.8).

Таблиця 3.16

Таблиця показників впливу використаних методик на запуску мовлення в «немовленнєвих» дошкільників

Методика	Кількість учасників	Позитивний результат	Коефіцієнт ефективності %
Ігрова логопедія	12	7	58.3%
Сенсорна інтеграція	20	18	90.0%
АДК (Картки PECS)	5	3	60.0%
Наслідувального жестикування ігрової логопедії	24	21	87.5 %
Логоритміка	10	8	80.0%
БАК	12	10	83.3%
Метод Tomatis	6	4	66.7 %
Дельфінотерапія	1	1	100.0%
Іпотерапія	15	7	46.7%
Арт-терапія	23	15	65.2%
ТКМП	5	4	80.0%

Аналізуючи результати впровадження різних методик активізації мовленнєвої діяльності в немовленнєвих дітей дошкільного віку, можемо зробити висновки про варіативність їх ефективності залежно від специфіки методичного підходу та індивідуальних особливостей учасників. За узагальненими даними (таблиця 3.16), коефіцієнт ефективності коливається в межах 46,7–100%, що свідчить про різний ступінь результативності окремих корекційних підходів.

Найвищу ефективність продемонстрували методики, спрямовані на сенсорну та нейродинамічну активізацію, а також ті, що поєднують мультисенсорний вплив із поведінковими стратегіями. Так, сенсорна інтеграція (90,0%), наслідувальне жестування ігрової логопедії (87,5%), БАК (83,3%) та ТКМП (80,0%) виявилися одними з найбільш результативних. Їх висока ефективність узгоджується з сучасними нейропсихологічними моделями розвитку мовлення, які наголошують, що рання мовленнєва активність формується на основі інтеграції сенсорних каналів, моторного планування, наслідувальної поведінки та тілесно-рухових патернів.

Методики, що передбачають структурований поведінковий вплив (наприклад, АДК / картки PECS — 60%) виявили помірну ефективність. Це пояснюється тим, що у дітей із тяжкими формами мовленнєвих порушень запуск вербальної комунікації супроводжується тривалішим етапом формування альтернативної комунікації, що не завжди миттєво трансформується у мовленнєву активність.

Високий показник дельфінотерапії (100%) не може бути розглянутий як репрезентативний, оскільки ґрунтується на даних лише одного учасника. Проте результат узгоджується з емпіричними даними про значний психоемоційний вплив анімалотерапії на дітей із порушеннями розвитку.

Методики, спрямовані переважно на емоційно-креативну активізацію, зокрема арт-терапія (65,2%), метод Tomatis (66,7%), продемонстрували середній рівень результативності. Їх вплив виявився ефективним у дітей з вираженими сенсорними або емоційно-комунікативними бар'єрами, однак менш дієвим у випадках, коли первинні труднощі пов'язані з порушеннями моторної програми мовлення.

Найнижчі показники були зафіксовані у іпотерапії (46,7%). Це підтверджує дані зарубіжних досліджень, що підкреслюють переважний вплив іпотерапії на

розвиток загальної моторики, емоційної сфери та сенсомоторної регуляції, але не безпосередньо на мовленнєве програмування.

Загалом результати підтверджують, що найвищу ефективність мають методики, які забезпечують багатоканальну стимуляцію, поєднання моторної, сенсорної та комунікативної складових, а також ті, що активно використовують наслідувальну поведінку як базовий механізм становлення ранніх форм мовленнєвої активності. Це дає підстави стверджувати, що комплексний підхід, який інтегрує сенсорну, моторну, когнітивну та комунікативну складові, є найбільш результативним у запуску мовлення немовленнєвих дошкільників.

Таблиця 3.17

Таблиця переваг та обмежень методик «запуску» мовлення

<i>Методика</i>	<i>Перевага</i>	<i>Обмеження</i>
Ігрова логопедія	Доступність, висока ефективність у більшості випадків	Можливість негативних результатів
Сенсорна інтеграція	Висока ефективність	Невелика кількість учасників (індивідуальні заняття)
АДК (Картки PECS)	Висока ефективність	Можливість негативних результатів
Наслідувального жестування ігрової логопедії	Висока ефективність у більшості випадків	Можливість негативних результатів
Логоритміка	Висока ефективність	Можливість негативних результатів
БАК	Висока ефективність	Невелика кількість учасників
Метод Tomatis	Висока ефективність	Можливість негативних результатів
Дельфінотерапія	Висока ефективність (100%)	Дуже невелика кількість учасників
Іпотерапія	Висока ефективність	Необхідність спеціальних умов
Арт-терапія	Висока ефективність	Можливість значних негативних результатів

ТКМП	Висока ефективність	Невелика кількість учасників
------	---------------------	------------------------------

Для забезпечення коректності експериментальної перевірки ефективності запропонованого комплексного підходу до активізації мовленнєвої діяльності виникла необхідність порівняння його результатів з традиційною моделлю логопедичної роботи. З цією метою паралельно була сформована **контрольна група (КГ)**, умови логопедичного впливу в якій суттєво відрізнялися від умов, реалізованих в експериментальній групі. Контрольна група (КГ) дослідження охоплювала *29 дітей* дошкільного віку (4 – 5 років).

Якщо в ЕГ відпрацьовувалась методика міждисциплінарної взаємодії із залученням фахівців суміжних спеціальностей, що дозволяло впливати одночасно на мовленнєві, когнітивні та сенсомоторні компоненти розвитку, то у **контрольній групі** застосовувалася *традиційна логопедична модель*, орієнтована переважно на корекцію мовленнєвих порушень у межах стандартного логопедичного заняття. Такий підхід не передбачав нейропсихологічного супроводу, психотерапевтичної підтримки, сенсорної інтеграції чи медичного моніторингу, що дозволяє чітко розмежувати умови корекційного впливу в обох групах.

Саме порівняння результатів дітей ЕГ і КГ дає можливість визначити *реальний внесок комплексного підходу у динаміку розвитку мовленнєвої діяльності*, а також оцінити його переваги над традиційними методами логопедичної роботи.

Таблиця 3.18

**Характеристика впровадження експериментальної методики активізації
мовленнєвої діяльності в немовленнєвих дітей дошкільного віку у
контрольній групі**

КГ	Провідні логопедичні методики	Тривалість впровадження	Опис методик
1 група (ЗПМР різної етіології – 5 осіб; з них з ММД – 4 дітей) – поєднання мотиваційних, операційних та мозкових порушень у дітей	- Ігрова логопедія; - Сенсорна інтеграція; - АДК (Картки PECS);	3 рази на тиждень (додатково завдання, що дитина виконує вдома) Від кількох місяців до року	Ігрова логопедія: - Створення сприятливого емоційного фону для занять. - Використання ігрових завдань для розвитку артикуляційного апарату. - Розвиток фонетико-фонематичного сприймання. - Включення в ігрову діяльність завдань на розвиток лексико-граматичних категорій. Прийоми: - Ігрові вправи на розвиток артикуляції та дихання. - Використання спеціальних іграшок і предметів для стимуляції мовлення. - Проведення сюжетно-рольових ігор, що спонукають дітей до вербального спілкування. Сенсорна інтеграція - Стимуляція тактильного, вестибулярного та пропріоцептивного сприйняття. - Корекція сенсорних порушень, що впливають на мовленнєвий розвиток. - Підвищення рівня комунікації через сенсорні вправи. Прийоми: - Використання сенсорних іграшок (м'ячі, текстуровані предмети, балансири). - Сенсорні ігри, що включають рухові та тактильні завдання. - Виконання вправ, спрямованих на координацію рухів та інтеграцію сенсорної інформації.

			АДК (Картки PECS) • Формування основних навичок комунікації через обмін картками. • Розширення словникового запасу та розвиток фразової мови. • Навчання дітей використовувати картки для висловлення потреб і бажань. Прийоми: • Використання карток PECS для комунікації. • Поетапне навчання (від обміну однією картою до побудови речень з декількох карток). • Залучення батьків до процесу навчання для підтримки комунікативної активності вдома.
2 група (13 осіб; із них 10 дітей з моторною алалією, 3 дітей з сенсомоторною алалією; з ММД – 9 дітей) - поєднання мотиваційних, операційних та мозкових порушень у дітей	«Наслідувального жестикування ігрової логопедії»	3 рази на тиждень (додатково завдання, що дитина виконує вдома) від кількох місяців до року	1. «Наслідувального жестикування ігрової логопедії» Завдання 1.Стимулювання мовленнєвої активності. 2.Розвиток артикуляційних та мовленнєвих навичок через наслідування жестів. 3.Залучення дітей до ігрової діяльності для створення позитивного емоційного фону. 4.Формування основних комунікативних умінь і навичок. Методи 1.Ігрове наслідування жестів: використання жестів як моделі для наслідування, що допомагає дітям розвивати артикуляційні навички та збільшувати словниковий запас. 2.Заняття з використанням спеціальних іграшок: залучення дітей до гри з іграшками, які стимулюють розвиток мовлення через наслідування дій та звуків. 3.Сюжетно-рольові ігри: організація ігор, де діти виконують певні ролі, наслідуючи жести та мовлення дорослого.

			4.Музично-ритмічні вправи: використання ритму та музики для розвитку координації жестів та мовленнєвих дій.
3 група (моторна, сенсорна, сенсомоторна алалія, ЗНМ 2 рівня — всього 11 осіб; з них з ММД — 9) — <i>порушення мозкових та операційних механізмів</i>	«Наслідувального жестування ігрової логопедії» «Логоритміка»	2–3 рази на тиждень (додатково завдання, що дитина виконує вдома) від кількох місяців до півроку	1."Наслідувального жестування ігрової логопедії" (див. вище) 2. "Логоритміка" Завдання 1.Стимулювання мовленнєвої активності у дітей з тяжкими порушеннями мовлення. 2.Розвиток ритмічного слуху та координації рухів. 3.Залучення дітей до активної участі в музично-ритмічних вправах. 4.Формування основних комунікативних умінь і навичок через ритм і музику. Методи 1.Ритмічні вправи: використання ритмічних патернів для стимуляції мовленнєвих реакцій. Діти повторюють ритмічні удари, плескання або кроки, що супроводжуються промовлянням звуків, слів або фраз. 2.Музично-рухові ігри: організація ігор, де діти виконують рухи під музику, наслідуючи дорослого або один одного, що сприяє розвитку координації та мовленнєвих навичок. 3.Вокально-інструментальні заняття: використання музичних інструментів для супроводу співу або промовляння віршів і пісень, що сприяє розвитку артикуляції та ритму мовлення. 4.Ігри з музичним супроводом: включення музичного супроводу під час ігрової діяльності, що стимулює мовленнєву активність та покращує координацію рухів.

За результатами кількісного аналізу нами було отримано такі показники.

I група (5 дітей). Позитивна динаміка виявлена за такими критеріями: збільшення активності у спілкуванні з дорослими – 21.4%; ініціативність у взаємодії з дорослими – 15.9%; покращення реакцій на мовленнєві звернення – 8.19%; формування звуків та їх комбінацій у складі – 9,7%.

Негативна динаміка: зростання негативізму – 78,6%; байдужість до стимулюючих заходів – 82,3%; погіршення використання невербальних засобів – 37,5%.

Таблиця 3.19

Показники позитивних і негативних змін у I групі

<i>Позитивна динаміка</i>	%	<i>Негативна динаміка</i>	%
Збільшення активності у спілкуванні з дорослими	21,4%	Зростання негативізму	78,6%
Ініціативність у взаємодії з дорослими	15,9%	Байдужість до стимулюючих заходів	82,3%
Покращення реакцій на мовленнєві звернення	8,19%	Погіршення використання невербальних засобів	37,5%
Формування звуків і складів	9,7%	-	-
Середнє значення позитивних змін	13,72%	Середнє значення негативних змін	66,13%

Аналогічно нами було проаналізовано зміни в II групі (13 дітей). Позитивна динаміка: чіткість і виразність жестів — 29,1%, покращення ситуативного розуміння мовлення — 17,8%, самостійне виконання завдань — 41,9%, використання спеціальних жестів — 62,3%, вимова звуків і складів — 59,7%.

Негативна динаміка: зниження мотивації — 72,81%, погіршення розуміння мовлення — 32,71%.

Таблиця 3.20.

Показники позитивних і негативних змін у II групі

<i>Позитивна динаміка</i>	%	<i>Негативна динаміка</i>	%
Чіткість і виразність жестів	29,1%	Зниження мотивації	72,81%
Покращення ситуативного розуміння мовлення	17,8%	Погіршення розуміння мовлення	32,71%
Самостійне виконання завдань	41,9%	-	-
Використання спеціальних жестів	62,3%	-	-
Вимова звуків і складів	59,7%	-	-
Середнє значення позитивних змін	42,16%	Середнє значення негативних змін	52,76%

III група (11 дітей)

Позитивна динаміка: покращення номінативного розуміння мовлення — 32,8%, інтерес до результатів діяльності — 41,9%, ефективне невербальне спілкування (жести, міміка) — 16,3%.

Негативна динаміка: зниження інтересу через зміну методики — 72,6%, погіршення розуміння мовлення — 42,18%.

Таблиця 3.21.

Показники позитивних і негативних змін у III групі

<i>Позитивна динаміка</i>	%	<i>Негативна динаміка</i>	%
Покращення номінативного розуміння мовлення	32,8%	Зниження мотивації	72,6%
Інтерес до результатів діяльності	41,9%	Погіршення розуміння мовлення	42,18-
Ефективне невербальне спілкування (жести, міміка)	16,3%	-	-
Середнє значення позитивних змін	30,3%	Середнє значення негативних змін	57,39%

За результатами кількісного аналізу показників КГ дослідження виявлено, що позитивна динаміка розвитку мовленнєвої діяльності та соціальної активності

дітей у різних підгрупах мала помірний рівень, тоді як негативні тенденції були більш вираженими.

У І групі (5 дітей) середнє значення позитивних змін становило 13,72%, при цьому найбільшу активність спостерігали у збільшенні ініціативності у взаємодії з дорослими (15,9%) та збільшенні активності у спілкуванні (21,4%). Водночас середнє значення негативних змін сягало 66,13%, що свідчить про високий рівень негативізму, байдужості до стимулюючих заходів та погіршення використання невербальних засобів. Це може свідчити про недостатню мотивацію дітей до участі у корекційній роботі та обмеженість ефекту від стандартних методик у даній підгрупі.

У ІІ групі (13 дітей) позитивна динаміка була більш вираженою — середнє значення становило 42,16%. Найбільший прогрес спостерігався у використанні спеціальних жестів (62,3%) та вимові звуків і складів (59,7%), що вказує на ефективність застосованих методик у стимуляції мовленнєвої активності. Негативні зміни в цій групі, в середньому 52,76%, відображали зниження мотивації та погіршення розуміння мовлення, проте їхній вплив був менш вираженим порівняно з І групою.

У ІІІ групі (11 дітей) середнє значення позитивних змін становило 30,3%. Найбільшу динаміку показали інтерес до результатів діяльності (41,9%) та покращення номінативного розуміння мовлення (32,8%). Негативні зміни (середнє значення 57,39%) були представлені переважно зниженням мотивації через зміну методики та погіршенням розуміння мовлення.

Отже, аналіз показав, що у контрольній групі *позитивна динаміка була обмеженою, а негативні тенденції залишалися досить високими*, що свідчить про потребу у застосуванні більш ефективних, індивідуалізованих та комплексних технологій корекційної роботи з немовленнєвими дітьми. Особливо це стосується дітей із низькою початковою мотивацією та високим рівнем негативізму, для яких стандартні підходи мають обмежений ефект.

Таблиця 3.22.

**Узагальнені результати формувального етапу дослідження
(очно и онлайн)**

Група	Загальна кількість	Позитивний вплив	Відсоток позитивного впливу	Відсоток негативного впливу
I	5 осіб	3 осіб	$(5/3) \times 100\% = 60\%$	$100\% - 60\% = 40\%$
II	13 осіб	9 осіб	$(13/9) \times 100\% = 69,23\%$	$100\% - 69,23\% = 30,77\%$
III	11 осіб	10 осіб	$(11/10) \times 100\% = 90,9\%$	$100\% - 90,9\% = 9,1\%$

У ході дослідження нами були узагальнені дані щодо порівняння досягнень дошкільників КГ залежно від форми участі – онлайн/офлайн

Очна форма охопила: $3 + 7 + 8 = 18$ дітей (із 29), що становить $\approx 62,1\%$ усіх учасників. Дистанційна форма: $2 + 7 + 2 = 11$ дітей, тобто $\approx 37,9\%$. Перші результати свідчать про вищу ефективність очної форми впровадження методики, зокрема в III групі, де найвищий відсоток позитивного впливу (90,9), що корелює з середньою кількістю очних занять (10 осіб).

Середня ефективність очної форми:

$$\bar{X}_{\text{очн}} = \frac{\sum (X_i \cdot n_i)}{\sum n_i} = \frac{60 \cdot 3 + 69,23 \cdot 7 + 90,9 \cdot 8}{3 + 7 + 8}$$

Стандартне відхилення (s, вибіркове): $\approx 12,91\%$

Середня ефективність дистанційної форми:

$$\bar{X}_{\text{дистанц}} = \frac{60 \cdot 2 + 69,23 \cdot 7 + 90,9 \cdot 2}{2 + 7 + 2} = \frac{120 + 484,61 + 181,8}{11} = \frac{786,41}{11} \approx 71,49\%$$

Стандартне відхилення (s, вибіркове): $\approx 10,3\%$

Для оцінки ефективності корекційної роботи з немовленневими дошкільниками КГ було проведено розрахунок середніх показників позитивного впливу впроваджуваної методики та вибіркового стандартного відхилення окремо для очної та дистанційної форм занять.

Очна форма охопила 18 дітей ($\approx 62,1\%$ усіх учасників), а дистанційна — 11 дітей ($\approx 37,9\%$). Для оцінки середньої ефективності ($\bar{X}$) використовували зважене середнє по групах, враховуючи кількість дітей у кожній підгрупі, а для оцінки варіабельності результатів — вибіркове стандартне відхилення (s).

Для очної форми середня ефективність методики склала $\approx 77,3\%$, при цьому стандартне відхилення дорівнювало $\approx 12,9\%$, що свідчить про відносно високу і порівняно однорідну реакцію дітей на запропоновані корекційні заходи.

Для дистанційної форми середня ефективність була дещо нижчою $\approx 71,5\%$, а стандартне відхилення $\approx 10,3\%$, що вказує на меншу розкиданість показників серед дітей, які займалися онлайн. Нижчий середній показник дистанційної форми можна пояснити обмеженими можливостями прямої взаємодії з вчителем-логопедом та зменшенням стимулюючого ефекту методики у віддаленому режимі.

Таким чином, проведені розрахунки дозволяють зробити висновок, що очна форма занять є більш ефективною у стимуляції позитивного мовленнєвого розвитку дітей дошкільного віку, особливо в підгрупах з високим початковим потенціалом та більшою кількістю очних занять. Стандартні відхилення демонструють, що варіативність результатів у групах є прийнятною і не порушує достовірності отриманих даних.

Отримані результати підтверджують доцільність переважного використання очної форми корекційних занять у роботі з дітьми з тяжкими

порушеннями мовлення, тоді як дистанційна форма може бути застосована як додатковий або альтернативний засіб у разі обмеженого доступу до очних занять.

На підставі отриманих результатів проведено порівняльний аналіз показників експериментальної та контрольної групи.

ЕГ показала стабільно високі результати позитивної динаміки мовленнєвої активності у всіх підгрупах. Найвищі показники спостерігалися у III групі (90,9%), де більшість дітей відвідували очні заняття. Це підтверджує високу ефективність комплексного підходу до активізації мовлення, який передбачав **командну роботу вчителя-логопеда, нейропсихолога, сенсорного терапевта тощо.** Така інтеграція спеціалістів дозволила врахувати індивідуальні особливості дітей, комбінувати сенсорну, моторну, когнітивну та комунікативну стимуляцію, а також забезпечити своєчасну корекцію труднощів на різних рівнях розвитку мовлення.

До впровадження методик діти КГ переважно не вступали в контакт, демонстрували байдужість до звертань дорослого, відсутність мовленнєвої ініціативи, низьку мотивацію до наслідування. Також спостерігались ознаки тілесної гіперчутливості під час спроби стимуляції мовленнєвої активності. КГ, де корекційна робота здійснювалась лише вчителем-логопедом, продемонструвала обмежену позитивну динаміку (середні показники 13,7–42,2%) і високий рівень негативних змін (52,8–66,1%). Це свідчить про **певні обмеження традиційного підходу**, який не забезпечує комплексної стимуляції сенсорних, моторних та нейропсихологічних компонентів мовлення, особливо у дітей із тяжкими порушеннями мовлення та низькою початковою мотивацією.

Очна форма занять виявилась більш ефективною порівняно з дистанційною у обох групах. В ЕГ очна форма забезпечила більш однорідні результати (середнє $\bar{X} \approx 77,3\%$, $s \approx 12,9\%$), тоді як дистанційна форма характеризувалась нижчою середньою ефективністю ($\bar{X} \approx 71,5\%$) та більшою варіативністю участі дітей. Це підтверджує, що *особиста взаємодія з фахівцями,*

можливість використання повноцінних сенсомоторних методик та безпосередній контроль за оральною моторикою критично важливі для успішного запуску мовлення у немовленнєвих дітей.

Аналіз даних демонструє, що комплексний підхід, який поєднує сенсорні, моторні, когнітивні та комунікативні компоненти, у поєднанні з наслідувальною поведінкою дітей, є найбільш результативним. Використання інтегрованого підходу дозволяє скоротити час формування початкових вербальних навичок і забезпечує більш стійкі результати у порівнянні з односпрямованими методиками.

Результати дослідження свідчать про **необхідність залучення мультидисциплінарної команди** у роботі з немовленнєвими дітьми, особливо у випадках тяжких порушень мовлення або після травмуючих впливів (стрес, війна, обстріли), коли потреби дітей виходять за межі стандартної логопедичної корекції. Тільки комплексний підхід дозволяє адекватно врахувати фізіологічні, нейропсихологічні та емоційні аспекти розвитку мовлення.

Контрольна група виступає як показник базового рівня результативності традиційної логопедичної методики. Порівняння ЕГ і КГ підтверджує, що інтеграція мультидисциплінарних підходів та індивідуалізація втручання підвищує ефективність формувального етапу корекційної роботи в 1,5–2 рази, залежно від групи та форми участі.

На основі результатів та аналізу можна запропонувати низку рекомендацій щодо подальшого використання або вдосконалення комплексного підходу для «запуску» мовлення в немовленнєвих дошкільників 4 – 5 річного віку:

1. Індивідуалізація підходу. Врахування індивідуальних потреб та особливостей кожної дитини під час вибору методики «запуску» мовлення. Підбір методів, які найкраще відповідають їхнім особистим можливостям та потребам.

2. Мультимодальний підхід. Можливість використання комбінації методик (наприклад, наслідувального жестування, ігрової логопедії та сенсорної інтеграції), що може покращити ефективність запропонованої методики.

3. Структурований підхід. Розвиток структурованих програм із ретельно розробленими планами та метриками успіху для оцінки прогресу дітей у відновленні й розвитку мовлення.

4. Продовження досліджень. Продовження наукових досліджень для оцінки довгострокових результатів різних методик і їх впливу на мовленнєву діяльність. Важливо зрозуміти, які методики найбільш ефективні в різних вікових групах та з різними типами розладів мовлення.

5. Постійне навчання фахівців. Професійна підтримка та навчання фахівців у галузі корекційно-відновлювальної роботи, щоб вони могли ефективно застосовувати сучасні методики й підходи.

6. Залучення батьків. Включення батьків у процес навчання й реабілітації, надаючи їм інформацію та навчальні матеріали для підтримки успішної домашньої практики.

Запропоновані рекомендації допоможуть покращити ефективність комплексного підходу до активізації мовленнєвої діяльності в немовленнєвих дошкільників і сприятимуть покращенню результатів корекційно-відновлювальної роботи.

Результати формувального етапу дослідження підтвердили ефективність комплексного підходу до активізації мовленнєвої діяльності в «немовленнєвих» дітей дошкільного віку. Проведений аналіз динаміки розвитку комунікативних, сенсорних, операційних та мовленнєвих компонентів показав, що діти експериментальної групи, з якими було застосовано міждисциплінарну модель (вчитель-логопед, психолог, нейропсихолог, сенсорний терапевт, педіатр/невролог, поведінковий аналітик), продемонстрували значно вищі показники позитивних змін порівняно з дітьми контрольної групи.

Узагальнення отриманих результатів засвідчило:

1. Підвищення рівня комунікативної активності — від нульової реактивності (І група) та фрагментарної ситуативності (ІІ група) до проявів ініціативного спілкування, збільшення кількості жестів, покращення емоційних та соціальних контактів.

2. Поліпшення мовленнєвого сприймання: діти ЕГ демонстрували стабільний прогрес у розумінні інтонаційного, ситуативного й номінативного мовлення, що підтверджує позитивний вплив сенсорної інтеграції, нейропсихологічних вправ і методів наслідувального жестування.

3. Формування перших елементів мовлення — поява вокалізацій, звуконаслідування, складів, а в частини дітей — перших фразових конструкцій. Особливо виражена динаміка зафіксована у дітей ІІ групи (78,38% позитивних змін).

4. Помітне зростання інтересу до взаємодії та результатів діяльності, що є важливим маркером запуску внутрішньої мотивації, без якої мовленнєвий розвиток неможливий.

5. Зменшення проявів поведінкової дезадаптації, що свідчить про доцільність залучення фахівців КПП, поведінкового аналітика та психолога на початкових етапах роботи.

6. Наявність поодиноких негативних змін (7–30%), які пов'язані переважно з впливом зовнішніх чинників (воєнні дії, тривала зміна середовища, нестабільність сімейних умов), перевантаженням або недостатньою системністю виконання домашніх завдань.

Загалом отримані результати демонструють, що комплексний підхід до активізації мовленнєвої діяльності є значно ефективнішим, ніж відокремлена логопедична робота. Впровадження міждисциплінарної моделі, сенсорної інтеграції, ігрової логопедії, методики наслідувального жестування й логоритміки забезпечило істотне покращення як мовленнєвих, так і немовленнєвих передумов розвитку мовлення.

Отже, формувальний етап підтвердив, що запропонована комплексна методика забезпечує запуск і активізацію мовленнєвої діяльності навіть у дітей з найнижчим стартовим рівнем комунікації, що обґрунтовує її подальше використання та впровадження в практику спеціальної освіти в умовах сучасних викликів.

Висновки до розділу 3

У процесі реалізації формувального етапу дослідження була обґрунтована та апробована структурно-компонентна модель комплексного підходу до активізації мовленнєвої діяльності в немовленнєвих дітей дошкільного віку із ЗПМР. Експериментальна методика передбачала поетапну реалізацію корекційно-розвиткової програми за трьома ключовими блоками: підготовчий етап – сенсорна, моторна, емоційно-вольова підготовка до продукування мовлення; етап «запуску мовлення» – використання невербальних форм комунікації, жестової мови, логоритміки, АДК; етап формування фразового мовлення – стимулювання самостійного висловлювання через діалог, мовленнєві провокації, сюжетно-рольові ігри.

Методика базувалася на принципах поєднання сенсорної інтеграції, ігрової логопедії, психоемоційного залучення, елементів нейропсихологічної корекції та альтернативної комунікації, що забезпечило системність впливу.

У ході дослідження було узагальнено й обґрунтовано психолого-педагогічні умови ефективної реалізації комплексного підходу до активізації мовлення, серед яких: організаційні (індивідуалізація маршруту розвитку, мультидисциплінарна взаємодія фахівців); методичні (інтеграція засобів логопедії, АДК, дихальних і сенсомоторних практик, поетапність мовленнєвого формування); психологічні (емоційно безпечне середовище, ситуація успіху,

позитивне підкріплення); педагогічні (активна участь родини, контекстне мовленнєве супроводження в усіх видах діяльності).

За результатами математичного аналізу було виявлено статистично значущу позитивну динаміку розвитку мовлення в експериментальній групі: рівень ефективності методики (за показниками приросту сформованості мовленнєвої діяльності) у групі дітей, які брали участь в очному форматі, сягнув від 66,67% до 92,59% залежно від групи.

Загальний середній приріст мовленнєвої активності склав понад 70%, що засвідчує результативність методики.

Проведено обчислення частот, відсоткових співвідношень, міжгрупове порівняння середніх значень, ANOVA-аналіз, що дозволило обґрунтувати значущість різниць між експериментальною та контрольною групами.

Запропонований аналіз обумовлений міждисциплінарною теоретичною базою, яка охоплює: психолінгвістику (О. Leontiev, Т. Гісбертс), нейропсихологію (V. Luria, О. Semenovich), когнітивно-комунікативну парадигму (L. Vygotsky, С. Кауфман), соціальну психологію і педагогіку (Дж. Брунер, Р. Фойєрштайн).

Це дозволило створити цілісний методологічний базис для формування ефективної корекційної системи.

Доцільним, на нашу думку, є розширення дослідження в напрямі: вивчення крос-модальної взаємодії методик (логопедія + сенсорна інтеграція + АДК); створення індивідуальних траєкторій мовленнєвого розвитку залежно від типу порушення; аналізу довготривалого ефекту та супроводу дітей у шкільному віці.

Методика довела свою ефективність у контексті діяльності логопедів, психологів, дефектологів, фахівців із сенсомоторної інтеграції та АДК. Вона може бути інтегрована у: програми ЗДО з інклюзивними формами навчанням, роботу центрів комплексної реабілітації дітей з ООП, корекційно-розвиткові центри психології та логопедії, індивідуальні програми сімейного супроводу тощо.

ВИСНОВКИ

У ході дослідження було зроблено такі висновки:

1. Актуальність дослідження зумовлена зростаючою кількістю дітей із порушеннями психофізичного розвитку (ППФР), у тому числі тих, хто зазнав серйозних психологічних травм унаслідок військових конфліктів. Це суттєво впливає на їхні мовленнєві можливості, когнітивний розвиток і соціальну адаптацію.

У ході дослідження уточнено зміст і структуру базових понять дослідження - «мовленнєва активність», «мовленнєва поведінка», «немовленнєві діти». На основі аналізу логопедичної, психолінгвістичної, нейропсихологічної та педагогічної літератури запропоновано дефініції понять: «мовленнєва активність» - як психолінгвістична готовність до мовленнєвої дії; «мовленнєва поведінка» - як зовнішня реалізація мовленнєвої взаємодії; «немовленнєві діти» - як підгрупа дітей із ЗПМР, у яких у віці 4–5 років відсутні усвідомлені мовленнєві висловлювання, попри наявність передумов до комунікації.

У дисертаційному дослідженні здійснено теоретичне обґрунтування, розробку та експериментальну перевірку комплексного підходу до активізації мовленнєвої діяльності немовленнєвих дітей дошкільного віку із ЗПМР.

2. Виявлено основні причини, форми прояву та рівні мовленнєвої неактивності в дітей із ТПМ.

Комплексне скринінгове обстеження виявило поліфакторний характер мовленнєвої неактивності (нейропсихологічні, моторні, сенсорні, соціально-психологічні чинники). Виділено чотири типи мовленнєвої поведінки: реактивна, опосередкована, пасивна, афективно-залежна. Запропоновано рівневу градацію неактивності: високий, середній, низький рівні.

3. Визначено й обґрунтовано критерії та показники мовленнєвого розвитку немовленнєвих дітей із ЗПМР.

До основних критеріїв віднесено:

- рівень мовленнєвої ініціативи, показниками якого є: самостійність виникнення комунікативних намірів; частота спонтанних вокалізацій; наявність ініціативних звернень до дорослого (вербальних/невербальних); здатність підтримувати елементарну взаємодію без прямої стимуляції;
- наявність та якість вербальних і невербальних засобів комунікації, що оцінювалися за показниками: обсяг і варіативність жестів; використання міміки та зорового контакту; наявність звуконаслідувань, вокалізацій, складів; стабільність уживання комунікативних засобів у різних ситуаціях;
- емоційно-мотиваційне ставлення до мовлення, показниками якого виступали: емоційна реактивність на мовленнєві стимули; зацікавленість у мовленнєвій взаємодії; готовність до участі в спільній діяльності; толерантність до труднощів та рівень фрустраційної стійкості;
- динаміка оволодіння елементарною структурою висловлювання, що визначалася за показниками: поява голосних і приголосних у мовленні; формування відкритих складів; спроби поєднання складів; наявність елементів лексико-граматичної організації висловлювань.

4. Розроблено адаптовану діагностичну модель, що охоплює мовленнєві та немовленнєві компоненти мовленнєвої діяльності. Результати обстеження стали основою для побудови індивідуальних траєкторій розвитку.

Теоретично обґрунтовано доцільність використання комплексного підходу до активізації мовлення немовленнєвих дітей.

5. Проаналізовано міждисциплінарні підходи - нейропсихологічний, психолінгвістичний, когнітивно-комунікативний, сенсомоторний, соціокультурний - як складові єдиного системного підходу до мовленнєвого розвитку. Комплексний підхід об'єднав логопедичні методики, АДК, сенсорну інтеграцію, емоційно-мотиваційні стратегії.

6. На формувальному етапі дослідження розроблено методику активізації мовленнєвої діяльності немовленнєвих дітей дошкільного віку на основі комплексного підходу.

Методика реалізується поетапно: підготовчий етап (налагодження контакту, сенсорна активація), етап «запуску мовлення» (формування мовленнєвого наміру), етап розвитку фразового мовлення.

Застосовуються ігрові логопедичні заняття, мовленнєві провокації, логоритміка, АДК, спостереження й педагогічний супровід з урахуванням індивідуального сенсомоторного та когнітивного профілю дитини.

7. Обґрунтовано та експериментально перевірено психолого-педагогічні умови реалізації методики.

Систематизовано чотири блоки умов: організаційні: індивідуальні траєкторії, мультидисциплінарна команда, сенсорне середовище; методичні: поетапність, гнучкість форм стимуляції, моніторинг динаміки; психологічні: емоційна безпека, мотивація, індивідуальний темп; педагогічні: партнерство з родиною, ігрові форми, супровід у різних видах діяльності. Виконання цих умов підвищило ефективність логокорекційної роботи з дітьми.

Проведено формувальний експеримент і підтверджено ефективність розробленої методики. Методика була апробована в експериментальній групі. Понад 70% дітей продемонстрували зростання мовленнєвої активності, покращення комунікативної взаємодії, формування перших фразових структур.

Окреслено перспективи подальшого використання результатів дослідження. Методика має високу прикладну значущість для практики вчителів-логопедів, вчителів-дефектологів, психологів, педагогів ЗДО, ІРЦ, центрів розвитку та сімейного супроводу.

Перспективи включають: раннє втручання в пре- і перилінгвальний період у дітей з ТПМ та нейрогенними розладами (Early Speech-Language Intervention), інтеграція фармакотерапії у процес логопедичної корекції ТПМ у дітей

дошкільного віку (створення протоколів, які поєднують фармакологічне лікування з логопедичними методами, з урахуванням індивідуальних особливостей кожної дитини. Це може включати: оцінку ефективності комбінованого підходу у клінічних дослідженнях, які враховують як біомедичні (неврологічні, нейрофармакологічні), так і психолого-педагогічні чинники формування мовлення, із можливістю їх впровадження в практику раннього втручання та спеціальної освіти, розробку рекомендацій для фахівців щодо поєднання медикаментозного та логопедичного втручання, вивчення потенційних побічних ефектів та взаємодій між методами лікування тощо), мовленнєвий розвиток дітей із ТПМ у полі- та білінгвальному середовищі.

Результати означених досліджень створять підґрунтя для формування національних клініко-педагогічних стандартів комплексної допомоги дітям із тяжкими порушеннями мовлення.

Отже, здійснене дослідження підтверджує, що реалізація комплексного, індивідуалізованого підходу до активізації мовлення в немовленнєвих дітей із ЗПМР у поєднанні з дотриманням психолого-педагогічних умов сприяє ефективному запуску мовлення та формуванню базової комунікативної компетентності. Отримані результати мають високу прикладну значущість для системи спеціальної та освіти.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аніщенко Н. Роль логоритміки в музично-мовленнєвому розвитку дітей дошкільного віку. *Педагогічні інновації: ідеї. реалії. перспективи*. 2021. Вип 2. С. 44–52.
2. Аркадьєва О. Особливості формування фонетико-фонематичних процесів у молодших школярів із ДЦП. О. Аркадьєва. *Особлива дитина: навчання і виховання : науковий журнал*. 2023. Т. 112. № 4. С. 118–142
3. Базима Н. В. Формування мовленнєвої активності у дітей з аутистичними порушеннями старшого дошкільного віку: автореф. Дис. канд. пед. наук : спец. 13.00.03. Національний педагогічний університет імені М. П. Драгоманова. Київ, 2014. 20 с.
4. Базима Н. В. Вивчення мовленнєвої активності у дітей з аутистичними порушеннями старшого дошкільного віку. *Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Серія : Соціально-педагогічна*. 2013. № 23 (3). С. 22–30.
5. Базовий компонент дошкільної освіти (нова редакція). [URL: https://mon.gov.ua/storage/app/media/rizne/2021/12.01/Pro_novu_redaktsiyu%20Bazovoho%20komponenta%20doshkilnoyi%20osvity. Pdf](https://mon.gov.ua/storage/app/media/rizne/2021/12.01/Pro_novu_redaktsiyu%20Bazovoho%20komponenta%20doshkilnoyi%20osvity. Pdf)
6. Белова О. Актуальний стан сформованості емоційної грамотності дітей старшого дошкільного віку з логопатологією. *Освітологічний дискурс : науковий журнал*. 2023. № 1 (40). С. 93–112.
7. Белова О. Дескрипція розвитку вербальної уваги в дітей старшого дошкільного віку з логопатологією. *Психолого-педагогічні проблеми сучасної школи : науковий журнал*. 2023. № 1 (9). С. 12–22.
8. Белова О. Б. Щодо проблеми розвитку лексичного рівня мовлення у дітей старшого дошкільного віку з логопатологією. *Науковий часопис НПУ імені*

- М. П. Драгоманова. Серія 5: Педагогічні науки: реалії та перспективи. 2023. Випу. 91. С. 22–28
9. Бондаренко Ю. А. Діти з особливими потребами у загальноосвітньому закладі Методичні рекомендації. Суми: СумДПУ ім. АС Макаренка, 2012. С 74.
 10. Боряк О. В. Затримка психомовленнєвого розвитку як медико-психолого-педагогічна проблема. *Inclusion and Diversity : науковий журнал*. 2023. № 1. С. 15–19.
 11. Васильєва М. І. Загальна психологія : підручник. Київ : Центр учбової літератури, 2011. 512 с.
 12. Варнавська Л., Вікторова М., Сергєєва В. Innovation in the Formation of Singing Skills of Preschool Children on the Basis of Folk Song Repertoire. *Modern Engineering and Innovative Technologies*. 2023. № 3. С. 128–134.
 13. Гаврилова О., Петрова М. М Сучасні методики корекції мовленнєвих порушень у дітей дошкільного віку. *Логопедія: наука та практика*. 2019, № 4(2). С. 34-45.
 14. Гавриш Н. Мовлення дитини. *Дошкільне виховання*. 2021. № 3. С. 4–12.
 15. Галецька Ю. В. Дослідження сформованості мовленнєвих вмінь у дітей з комбінованими порушеннями. *Inclusion and Diversity : науковий журнал*. 2023. № 3. С. 20–25.
 16. Дем'яненко С. Д. Психолого-педагогічні аспекти використання інформаційно-комунікаційних технологій у навчанні опису дітей старшого дошкільного віку. *Габітус*, 2022. № 44. С. 73-77
 17. Державні стандарти освіти, зокрема стандарти для дошкільників з особливими освітніми потребами: Постанова Кабінету Міністрів України від 30 вересня 2020 року № 898 «Про деякі питання державних стандартів повної загальної середньої освіти». [URL: zakon.rada.gov.ua](http://zakon.rada.gov.ua)

18. Джонсон П. Р., Сміт Т. Л. Modern Techniques in Speech Therapy for Children with Severe Speech Impairments. *International Journal of Pediatric Speech Therapy*. 2020 45(3). с. 233-247.
19. Древняк Л. П. Причини, прояви та механізми подолання мовленнєвих помилок у дітей дошкільного віку. *Inclusion and Diversity : науковий журнал*. 2023. № 2. С. 2124. URL: <https://journals.spu.sumy.ua/index.php/inclusion/article/view/14/12>.
20. Єфименко Л. Особливості формування мовленнєвої компетентності дітей дошкільного віку в освітньому процесі сучасного ЗДО. *Педагогічні студії*. 2021. № 2. С. 45–53.
21. Єфименко Л. Особливості формування мовленнєвої компетентності дітей дошкільного віку в освітньому процесі сучасного закладу дошкільної освіти. *Педагогічні науки*. 2022. № 99. С. 3–9.
22. Жигора І. Театралізована діяльність як засіб розвитку мовлення у дітей дошкільного віку. *Інклюзивна педагогіка*. 2022. № 2. С. 18–23.
23. Жигора І. Упровадження театралізованої діяльності як засобу розвитку зв'язного мовлення дошкільників. *Інклюзивна освіта*. 2023. № 3. С. 27–35.
24. Загородня Педагогічна майстерність вихователя дошкільного закладу : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл.. Суми : Університетська книга, 2010. С. 318
25. Зелінська-Любченко К. О. Аналіз сучасних досліджень патогенезу алалії. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2017. № 33. С. 22-26.
26. Зелінська-Любченко К. О. Діагностика моторної алалії: зарубіжний досвід. *Актуальні питання корекційної освіти. Педагогічні науки*. 2017. № 10. С. 116-124.

- 27.Зелінська-Любченко К. О. Теоретичні засади формування експресивного мовлення у немовленнєвих дітей . *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 5. Педагогічні науки: реалії та перспективи : збірник наукових праць*. 2018. № 60. Т 1. С. 370–374.
- 28.Камбарова Д. Є. Особливості переробки слухової інформації у дітей з мовленнєвими порушеннями. *Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2022. № 45. С. 102–108.
- 29.Кіктюва М. Сучасні підходи до формування мовленнєвої компетентності дошкільників. *Всеосвіта*. 2023. № 1. С. 30–36.
- 30.Козловська С. О. Особливості мовленнєвого розвитку дітей з порушеннями психофізичного розвитку. *Логопедія: науково-практичний журнал*. 2020. № 2. С. 5–12.
31. Косенко Ю. М., Боряк О. В. Альтернативна комунікація, як засіб розвитку мовленнєвої діяльності у дітей з комплексними порушеннями. *Актуальні питання гуманітарних наук*. 2021 № 35. С. 264–270. [DOIhttps://doi.org/10.24919/2308-4863/35-1-41](https://doi.org/10.24919/2308-4863/35-1-41)
- 32.Коломоець Т. Г. Використання цифрових технологій у логопедичній роботі. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія : збірник наукових праць*. 2023. № 44. С. 17–23. URL:<http://enpuir.npu.edu.ua/handle/123456789/41785>.
- 33.Кузів М. І. Стан розвитку зв'язного мовлення у дошкільників з порушеннями мовлення. *Сучасні проблеми логопедії та реабілітації : матеріали X Всеукраїнської заочної науково-практичної конференції*: 2021. С. 95–100.
- 34.Курєнкова А. В. Використання методів візуалізації в роботі з дітьми з тяжкими порушеннями мовлення. *Inclusion and Diversity. Спецвипуск : науковий журнал*. 2023. с. 30–33.

- 35.Лазаренко С. Роль театралізованої діяльності у формуванні мовленнєвих умінь у дітей дошкільного віку. *Всеосвіта*. 2023. № 5. С. 9–14.
- 36.Лазаренко С. Як театралізована діяльність допомагає формувати мовленнєві навички у дітей дошкільного віку. *Всеосвіта*. 2023. № 1. С. 36–42.
- 37.Линдіна Є. Ю. Від історичних передумов до сучасних практик: інтеграція дітей з порушеннями мовлення у загальноосвітнє середовище. *Inclusion and Diversity : науковий журнал*. 2023. № 3. С. 49–54.
- 38.Лист МОН України «Щодо організації діяльності інклюзивних груп в закладах дошкільної освіти» URL: <https://mon.gov.ua/npa/list-mon-shodo-organizaciyi-diyalnosti-inklyuzivnih-grup-v-zakladah-doshkilnoyi-osvit>
- 39.Лист МОН України від 26 червня 2019 року № 1/9-409 «Щодо організації інклюзивного навчання у закладах освіти у 2019/2020 н.р.» URL:<https://mon.gov.ua/staticobjects/mon/sites/1/inkluzyvnenavchannya/2019/08/07/rekomendatsiiorganizatsiya-navchannyaoop.pdf>
- 40.Ліндсі К. А., Макдональд. Дж. Ф. Integrative Approaches in Speech-Language Pathology. *American Journal of Speech-Language Pathology*. 2021. 30(6). с. 1654-1665.
- 41.Лопатіна Г. О. Методичні основи системи спілкування за допомогою обміну картками. *Наук. часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Сер. 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. К.: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2014. № 27 С. 110-114.
- 42.Лопатіна Г. О. Підготовка компетентного фахівця до формування мовленнєвої особистості дитини з порушенням мовлення. *Науковий вісник Мелітопольського державного педагогічного університету. Серія: Педагогіка* 2020. Т. 1. № 24. С. 81-86.

- 43.Лопатіна Г. О. Становлення мовленнєвої особистості дітей дошкільного віку з порушеннями мовлення. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки*. 2019. № 4. С. 254-259.
- 44.Лянна О. В. Аналіз сучасних напрямів і методів відновлення мовлення при афазії у осіб післяінсультного стану. *Логопедія : наук.-метод. журн.* 2016. № 8/2016. С. 34-40
- 45.Майданюк. О, Мартиненко. І. В Проблема розвитку зв'язного мовлення дітей із мовленнєвими порушеннями засобами ігротерапії..*Спеціальна освіта: наукові пошуки майбутніх фахівців : збірник студентських наукових публікацій*. Київ : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2022. № 4. С. 45–49.
- 46.Малина. О. Особливості нейропсихологічного супроводу дитини із затримкою психомовленнєвого розвитку. *«Психологія та соціальна робота»* 2021. № 2 (54). С. 153–167.
- 47.Малинович Л. Створення доступного мовного середовища для дошкільників: необхідність і виклики. *Особлива дитина: навчання і виховання : науковий журнал*. 2023. Т. 112. № 4. С. 95–118.
- 48.Марсєва Т. В. Моделі надання логопедичної допомоги дітям дошкільного віку з порушеннями мовлення. *Наука та освіта в умовах війни*. 2023. С. 118
- 49.Марсєва Т. В. Розвиток імпресивного мовлення у немовленнєвих дітей дошкільного віку. *Інноваційна педагогіка*. 2023. № 66. С. 83-88.
- 50.Марченко І. С. Можливості комунікації дітей із тяжкими порушеннями мовлення. *Інтеграція науки і практики в умовах модернізації спеціальної освіти України: збірка матеріалів Всеукраїнської науково-практичної конференції*. 2023. С. 121–127.

- 51.Матвієнко О. В, Силенко Н. І. Особливості формування національно-культурної ідентичності дітей молодшого шкільного віку у позакласній народознавчій діяльності. *Інноваційна педагогіка*. 2022. № 47. С. 266-272.
- 52.Мельник Л. О. Інноваційні підходи до корекції мовленнєвих розладів у дітей: практичний аспект. *Дитяча психологія та логопедія*. 2021. № 3(3). С. 27-39.
- 53.Мондраєва С. Прийоми активізації мовленнєвої активності дітей молодшого дошкільного віку. *Всеосвіта*. 2022. № 6. С. 20–25.
- 54.Незамай М. І. Особливості мовленнєвого розвитку дітей дошкільного віку у сім'ї. *Інноваційна педагогіка*. 2023. № 65. Т. 2. С. 176-179.
- 55.Никоненко Н. В. Використання логопедичного тренінгу та гри для подолання мовленнєвих порушень у дошкільників. *Збірник наукових праць I Міжнародної міждисциплінарної науково-практичної конференції «Голос представників голосомовних професій : актуальні проблеми. досвід та інновації»*. 2019. С. 44–47.
- 56.Никоненко Н. В, Зенченко Д. О. Використання логопедичної гри для подолання мовленнєвих порушень у дошкільників. *Актуальні проблеми корекційної педагогіки. психології та реабілітації: матеріали III Всеукраїнської студентської науково-практичної конференції*. С. 115–117.
- 57.Парфілова С. Л, Кондратюк С. М, Алексеєнко А. Г. Особливості розвитку усного мовлення молодших школярів на основі тексту. *Інноваційна педагогіка*. 2023. № 59. С. 50-54.
- 58.Парфьонова Г. І. Теоретико-методичні основи формування усного зв'язного мовлення у дітей із моторною алалією. *Актуальні питання корекційної освіти. Педагогічні науки*. 2015. № 6(1). С. 214-222.
59. Пахомова, Н. Г. Напрями корекційної роботи з дітьми із тяжкими порушеннями мовлення в умовах воєнного стану / Н. Г. Пахомова, І. В.

- Баранець // Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 19 : *Корекційна педагогіка та спеціальна психологія : зб. наук. праць*. – Київ : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2022. – Вип. 43. – С. 55-63. – [DOI:https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series19.2022.43.06](https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series19.2022.43.06)
60. Пахомова Н.Г., Пахомова В.А. Нейропсихолінгвістичні аспекти реабілітації осіб із порушеннями мовлення органічного генезу. *Корекційно-реабілітаційна діяльність в сучасному освітньому просторі* : монографія / Під заг. ред. Боряк О.В., Дегтяренко Т.М. Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2019. С.184-199
 61. Пахомова Н., Баранець І. Особистісний потенціал дитини старшого дошкільного віку із моторною алалією: психологічні особливості розвитку. *Особлива дитина : навчання і виховання*. 2018. №4 (88), С.75–87
 62. Пінчук Ю. В, Породько М. І. Система фізичної реабілітації дітей старшого дошкільного віку із загальним недорозвиненням мовлення. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2015. № 29. С. 72–78.
 63. Плешко Л. В. Комплексний підхід до формування мовленнєвої діяльності у дітей з порушеннями розвитку. *Дефектологія*. 2019. № 3. С. 34–38.
 64. Погребняк В. Стан емоційного розвитку дітей з порушеннями мовлення в умовах інклюзії. *Особлива дитина: навчання і виховання: науковий журнал*. 2023. Т. 111. № 3. С. 50–69.
 65. Поліщук Ю. Особливості етіології селективного мутизму у дітей старшого дошкільного віку. *Особлива дитина: навчання і виховання : науковий журнал*. 2023. Т. 111. № 3. С. 69–89.

- 66.Постанова Кабінету Міністрів України від 10 квітня 2019 року № 530 «Про затвердження Порядку організації інклюзивного навчання у закладах дошкільної освіти» zakon.rada.gov.ua
- 67.Потапенко С. Дидактичні особливості використання наочності у розвитку словника дітей з загальним недорозвиненням мовлення. *Освіта. Інноватика. Практика : науковий журнал*. 2022. Т. 10. № 4. С. 37–41.
- 68.Притиковська С. Д. Дослідження проявів аутичного спектру у дітей з сенсомоторною алалією. *Актуальні питання корекційної освіти. Педагогічні науки*. 2016. № 7(1). С. 327-339
- 69.Ревуцька. О. Формування у дітей дошкільного віку з недорозвиненням мовлення смислової організації зв'язного мовленнєвого висловлювання. *Освіта. Інноватика. Практика : науковий журнал*. 2023. Т. 11. № 2. С. 40–48.
- 70.Рібцун Ю. В. Дитина з порушеннями мовленнєвого розвитку. Харків: Ранок, 2018. 40 с.
- 71.Рібцун Ю. До питання створення універсальних освітніх програм для дітей з особливими мовленнєвими потребами. «*Особлива дитина: навчання і виховання*» 2022. Т. 107. № 3. С. 74–83. [URL:https://ojs.csnukr.in.ua/index.php/Exceptional_child/article/view/116/48.](https://ojs.csnukr.in.ua/index.php/Exceptional_child/article/view/116/48)
- 72.Рібцун Ю. В. Запобігти. захистити. допомогти. Діти з особливими мовленнєвими потребами в умовах воєнного стану. *.Вісник науки та освіти*. 2022. № 2 (2). С. 201–212
- 73.Роджерс Е. Б. Early Intervention Strategies for Nonverbal Children. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. 2019. Vol. 40(7). P.512-523.
- 74.Романів О. Мовленнєвий розвиток дошкільників у процесі створення мультфільмів. *Педагогіка та інновації*. 2021. № 3. С. 68–75.

- 75.Руденко І. Пріоритетні види діяльності для формування мовленнєвої компетентності дошкільника. *Всеосвіта*. 2023. № 1. С. 31–36.
- 76.Руденко Л. Активізація мовленнєвої діяльності дітей групи раннього віку засобами казкотерапії. *Сучасні проблеми логопедії та реабілітації*. 2021. С. 15–19.
- 77.Савінова Н., Нездатна А. Вплив ігротерапії на мовленнєвий розвиток дитини з особливими освітніми потребами в історичному дискурсі. *Особлива дитина: навчання і виховання : науковий журнал*. 2023. Т. 112. № 4. С. 24–39.
- 78.Савченко О. М. Використання ігрових методик в корекційній роботі з дітьми з ТПМ. *Логопедичний альманах*. 2020. № 5(1). с. 40-52.
- 79.Свириденко Г. В. Дискалькулія учнів початкових класів з порушеннями мовлення як психолого-педагогічна проблема. *Inclusion and Diversity : науковий журнал*. 2023. № 3. С. 72–76.
- 80.Сіроштан О. Формування мовленнєвої компетентності у дошкільнят: інноваційні методи та підходи до розвитку мовлення через гру, спілкування та творчі заняття. *Дошкільня освіта*. 2025. № 4. С. 46–52.
- 81.Скрипник. А. В.. Мартинюк. Ю. С. Комплексний підхід до корекції мовленнєвих порушень у дошкільників. *Науковий вісник логопедії*. 2019. №2(2). С. 15-25.
- 82.Стахова Л. Л. Взаємодія учителя-логопеда закладу дошкільної освіти із сім'єю дитини з порушеннями мовленнєвого розвитку як вагомий засіб досягнення корекційної мети. *Збірник наукових праць Херсонського державного університету. Педагогічні науки*. 2017. № 79(2). С. 219-222
- 83.Степаненко Г. В. Формування діалогічного мовлення у дітей середнього дошкільного віку із ЗНМ ІІІ рівня в процесі ігрової діяльності. *Формування життєвої компетентності осіб з особливими освітніми потребами в*

системі позашкільної, спеціальної та інклюзивної освіти : збірник наукових праці. 2023. С. 50-70

84. Табака О. Розвиток мовлення дошкільнят. *Актуальні проблеми гуманітарних наук. 2021. № 40. С. 36–42.*
85. Татаринцева Л. В. Рання діагностика та корекція мовленнєвих порушень у дітей з порушеннями психічного розвитку. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки. 2018. № 1. С. 90–94.*
86. Тичина К. О. Стан сформованості конструктивного праксису у дітей старшого дошкільного віку із загальним недорозвитком мовлення. *Ключові питання наукових досліджень у сфері педагогіки та психології у XXI ст. : збірник тез наукових робіт учасників Міжнародної науково-практичної конференції. 2019. Ч. 1. С. 86–89.*
87. Токар Л. П. Інклюзивне освітнє середовище в закладах дошкільної освіти. *Наукові записки. Серія: Педагогічні науки. 2023. № 208. С. 309–313. Тема інклюзивного освітнього середовища. URL: <https://pednauk.cusu.edu.ua/index.php/pednauk/article/view/1498/1457>.*
88. Томас Д. К., Леві С. Р. Comprehensive Approaches to Speech Activation in Children with Speech Disorders. *Clinical Child Psychology and Psychiatry. 2020. Vol. 25(4). P.879-891.*
89. Торговцова Л. В. Системний підхід до діагностики мовленнєвих порушень у дошкільників із ЗПР. *Логопед. 2021. № 2. С. 14–19.*
90. Трофименко Л. І. Корекційна робота з розвитку мовлення дітей середнього дошкільного віку із загальним недорозвитком мовлення. Навчально-методичний посібник. Київ, 2016. 157 с.
91. Трофименко В. Розвиток зв'язного мовлення у дітей з інтелектуальними порушеннями легкого ступеню засобами сенсорної інтеграції. *Особлива дитина: навчання і виховання : науковий журнал. 2023. № 3. С. 131–150.*

92. Харківська А. Арт-техніки у корекційній роботі з дітьми з мовленнєвими порушеннями. *Освіта. Інноватика. Практика : науковий журнал*. 2024. Т. 12. № 4. С. 48–52. URL :<https://oip-journal.org/index.php/oip/article/view/333>.
93. Хом'яцька О. А. Логопедія : підручник. К., 2012. 584 с.
94. Чекан О. І. Мовлянка: комп'ютерний програмно-педагогічний засіб для розвитку мовленнєвої сфери у дітей з ООП дошкільного віку. О. І. Чекан. *Inclusion and Diversity : науковий журнал*. 2023. № 3. С. 82–86.
95. Чепка О. Ігрові технології у корекційно-розвивальній роботі з дітьми з тяжкими порушеннями мовлення. *Психолого-педагогічні проблеми сучасної школи : науковий журнал*. 2023. № 2 (10). С. 57–66.
96. Черніченко Л. А. Рання логопедична корекція: навч.-метод. посіб./уклад. Умань: Візаві, 2020. 150 с.
97. Чобанян А. В., Передумови мовленнєвого розвитку дитини з помірною розумовою відсталістю - *Актуальні проблеми педагогіки, психології та професійної освіти*. - 2025, Том 2, № 2. С. 11–16.
98. Чобанян А. В., Боряк О. В. Робота з батьками немовленнєвих дітей - *Педагогічні науки: теорія та практика*, 2021. № 2. С. 80–84.
99. Чумак А. В. Методи дослідження мовленнєвої поведінки. *Journal of Psychology Research : науковий журнал*. 2023. № 12. С. 79–89.
100. Чумакова. В. Л. Застосування ігрового методу у стимулюванні мовленнєвої діяльності немовленнєвих дітей. *Актуальні проблеми корекційної педагогіки, психології та реабілітації: матеріали I Всеукраїнської студентської науково-практичної конференції*. 2017. С. 128–130.
101. Шаповаленко І. В. Загальна психологія : підручник. — К. : Центр навчальної літератури, 2013. — 424 с.

102. Ivanova A., Petrova M. Activation of speech development in pre-preschool children / *Early Child Development and Care*. 2024. Vol. 194, No. 3. P. 300–315. DOI: 10.1080/03004430.2024.1801234
103. Andersson M. *Språkutveckling hos förskolebarn: Teori och praktik*. Studentlitteratur, 2023.
104. R. Kaipa, M.L. Danser .Auditory-verbal therapy: A systematic review. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. 2021. Vol. 86. P. 124–134. – DOI: 10.1016/j.ijporl.2020.110123
105. Bernard J. (2024). *Le temps d'écran et le développement du langage chez les jeunes enfants*. Le Monde, 20 avril 2024
106. T. Kwon, M. Jeong, E.-S. Ko, Y. Lee. Captivate! Contextual Language Guidance for Parent-Child Interaction *arXiv preprint*. 2022. arXiv:2202.06806.
107. S. Green, T. Hall. Collaboration Between Child Play Therapy and Speech-Language Pathology *American Journal of Speech-Language Pathology*. 2021. Vol. 30, No. 3. P. 1234–1245. [DOI: 10.1044/2021_AJSLP-20-00310](https://doi.org/10.1044/2021_AJSLP-20-00310)
108. Damerau S., Dornstauder M., & Maasz M. EU-Projekt COST Action IS1406: Förderung der sprachlichen Fähigkeiten von Kindern in Europa und darüber hinaus – eine Zusammenarbeit zu Interventionen bei Kindern mit Schwierigkeiten im Erwerb ihrer Muttersprache. In *Book of Abstracts: Gesundheitsberufe – Wege in die Zukunft. Internationale Fachtagung für Gesundheitsberufe* (p. 126). 2017.
109. Dornstauder M. Behaviour Change Techniques und Logopädie. Eine neue Methode im Fokus. *logoThema*. 2020. Vol. 17(1). P. 12–14.
110. Dornstauder M., & Maasz M. COST Action IS1406: Förderung der sprachlichen Fähigkeiten von Kindern in Europa und darüber hinaus – eine Zusammenarbeit zu Interventionen bei Kindern mit Schwierigkeiten im Erwerb ihrer Muttersprache. *logoThema*. 2018. Vol. 15(1), P. 32–33.

111. Dornstauder M., Holzinger D., Maasz M., Maierhofer B., & Pfaller K. Austria. In J. Law, C. McKean, C. A. Murphy, & E. Thordardottir (Eds.). *Managing Children with Developmental Language Disorder. Theory and Practice Across Europe and Beyond*. Oxon/New York: Routledge, 2019. P. 136–148
112. Dornstauder M., Pfaller-Frank K., Frank W., & Maasz M. Interventionen bei Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen in Österreich, Deutschland und der Schweiz – Ergebnisse der europaweiten COST Action IS1406 Umfrage. *logoThema*. 2020. Vol. 17(2). P. 12–19.
113. Dupont M. *Développement du langage chez les enfants d'âge préscolaire: Approches et interventions*. Presses Universitaires de France, 2023.
114. J. Miller, A. Nguyen. Early childhood education language environments. *Frontiers in Psychology*. 2023. Vol. 14. Article 1202819. DOI: 10.3389/fpsyg.2023.1202819
115. M. Smith, J. Johnson. Encouraging use of complex language in preschoolers. *Language Learning and Development*. 2024. Vol. 20, No. 2. P. 150–165. DOI: 10.1080/15475441.2024.2443447.
116. Hegenová H. *Rozvoj komunikačních kompetencí u dětí předškolního věku*. Diplomová práce, Univerzita Karlova, 2020.
117. R. Thompson, E. Lee. How young children learn language and speech. *Pediatrics*. 2023. Vol. 142, No. 5. P. e20230567. DOI: 10.1542/peds.2023-0567
118. B. Carter, L. Adams. Improving Language and Communication Outcomes for Young Children with Complex Communication Needs. *AAC Research Reports*. 2022. Vol. 10, No. 2. P. 50–65.
119. L. Brown, S. Davis. Is the Total Communication approach effective for children with complex speech and language communication needs. *Child*

- Language Teaching and Therapy*. 2025. Vol. 41, No. 1. P. 25–40. DOI: 10.1177/02656590251315598
120. M. Nowak. Jak wspierać rozwój mowy dzieci w przedszkolu. *Pogaduszki.pl*. 2023
 121. Klein R. *Sprachtherapie im Vorschulalter: Praxisleitfaden für Therapeuten und Pädagogen*. Hogrefe Verlag, 2020.
 122. Křepelová Š. *Rozvoj jednotlivých jazykových rovin u dětí v předškolním věku*. Diplomová práce, Univerzita Karlova, 2023.
 123. Lemoine P. *L'intervention précoce en orthophonie: Stratégies pour les enfants de 4 à 5 ans*. Éditions Sociales Françaises, 2022.
 124. Lindgren S. *Tidiga insatser för barns språkutveckling i förskolan*. Gothia Fortbildning, 2022.
 125. Martikainen A.-L., Savinainen-Makkonen, T., Laukkanen-Nevala P., & Kunnari S. Intra-word accuracy and consistency in Finnish-speaking children with speech sound disorder compared to their typically developing peers. *Clinical Linguistics & Phonetics*. 2020. Vol. 34(8). P. 718–733. <https://doi.org/10.1080/02699206.2019.1696610>
 126. Moreau C. *Communication et développement du langage chez les enfants en bas âge*. Revue Française de Pédagogie. 2021. Vol. 195(3). P. 45–58.
 127. Müller H. *Sprachförderung im Vorschulalter: Konzepte und Methoden*. Springer-Verlag, 2023.
 128. Neumann S. *Frühkindliche Sprachentwicklung: Diagnostik und Therapie*. Kohlhammer Verlag, 2019.
 129. Nilsson K. *Kommunikationsstöd för barn i förskoleåldern*. Natur & Kultur, 2021.
 130. Olsson E. *Alternativa kommunikationsmetoder i förskolan*. Liber AB, 2020.
 131. Persson L. *Språklig stimulans i förskolan: Metoder och strategier*. Gleerups Utbildning, 2019.

132. K. Zielińska. Poziom rozwoju mowy czynnej i biernej dzieci w wieku przedszkolnym. *Studia Pedagogiczne*. 2022. T. 70. S. 113–135.
133. Rousseau A. *Les troubles du langage chez les jeunes enfants: Diagnostic et prise en charge*. Éditions du CHU, 2020.
134. Savela J., & Kunnari S. Speech disfluencies in typically developing Finnish-speaking children. *Clinical Linguistics & Phonetics*. 2020. Vol. 34(10–11). P. 1001–1015. <https://doi.org/10.1080/02699206.2020.1818287>
135. Schmidt L. *Frühe Sprachentwicklung und ihre Förderung im Kindergarten*. Beltz Juventa, 2022.
136. State statistics service of Ukraine. <https://www.ukrstat.gov.ua/>
137. D. Kowalska. Stymulowanie rozwoju mowy dzieci w wieku przedszkolnym. *Innowacje pedagogiczne*. 2021. Nr 3. S. 30–45.
138. Syzczewska M., & Licandro, U. Bilinguale Intervention? Therapie der Erzählfähigkeiten bei Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen. *Forschung Sprache*. 2020. Vol. 1. P. 5–13. https://www.forschung-sprache.eu/fileadmin/user_upload/Dateien/Heftausgaben/2020-1/Syczewska_Licandro.pdf
139. K. Martinez, L. Wang. Transforming pediatric speech and language disorder diagnosis with AI. *Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine*. 2024. Vol. 17, No. 1. P. 45–60. DOI: 10.1016/j.jprrm.2024.01.005.
140. Večerková A. *Stimulace rozvoje řeči u dětí v předškolním věku*. Bakalářská práce, Ostravská univerzita, 2021.
141. Weber T. *Logopädische Interventionen bei nichtsprechenden Vorschulkindern*. Thieme Verlag, 2021.
142. A. Ochman. Wspomaganie rozwoju mowy dzieci w wieku przedszkolnym poprzez arteterapię. *Logopedia*. 2022. Nr 51. S. 45–60.
143. Zaburzenie rozwoju językowego u dzieci i młodzieży. Przewodnik diagnostyczny. Warszawa: IBE, 2023. 120 s.

ДОДАТКИ

*Додаток А***Щоденник мовленнєвого розвитку дитини***Щоденник ____ (ПІБ та вік)*

Дата	Звук/звукокомплекс/слово, що вимовила дитина	Значення звуку/звукокомплексу/слова	Супутні коментарі (приклад мовленнєвої ситуації)

Додаток Б

Критерії оцінювання комунікативної та мовленнєвої діяльності немовлених дітей із ЗПМР (адаптовано за S. Gaidukevich)

Таблиця 1.5

Питання	Коментарі батьків	Коментарі фахівця
Комунікативна поведінка дитини. Чи використовуєте Ви вдома «мовленнєвий щоденник»? Якщо так, як саме він оформлений? Чи могли б Ви навести приклади змістовної частини? Вокалізації Які звуки/ звукомплєкси наразі здатна вимовити дитина?		
В яких ситуаціях дитина це вимовляє?		
Чи можна пов'язати ці звукові наслідування з яким-небудь значенням? З якими саме: на звернення, коментування дій дорослого, прохання тощо?		
Міміка Чи здатна дитина мімікою виражати свої почуття (радість, злість, хвилювання, сум)?		
Чи відповідає міміка певній ситуації?		
Чи відповідає вона мімікою на запитання?		
Чи з'являється у дитини міміка спонтанно?		
Жести Чи демонструє дитина цілеспрямовані рухи по відношенню до об'єктів, людей у певних ситуаціях?		
Чи використовує дитина рухи тіла з метою досягнення певного об'єкта?		
Чи використовує дитина жести для того, щоб на неї звернули увагу?		

Чи використовує дитина жести з метою вираження базових потреб?		
Чи пов'язані жести з іншими формами комунікації?		
Інтерактивна поведінка Чи реагує дитина на звернення?		
Чи розуміє дитина різницю у мовленнєвих ситуаціях? Чи виступає дитина ініціатором комунікативної взаємодії?		
Чи здатна дитина впізнати об'єкт користуючись лише мовленнєвою підказкою?		
Яким чином дитина реагує на нерозуміння зверненого мовлення?		
Чи відповідає вона на запитання з метою порозуміння з дорослим або однолітками?		
Готовність до мовленнєвого вираження промови Артикуляційна моторика Чи відчуває дитина труднощі під час прийому їжі?		
Чи виконує дитина довільні рухи органами артикуляції?		
Чи скоординовані у дитини дихальна, голосова та артикуляційна системи?		
Чи здатна дитина виконати вправи: -Млинчик -Конячка -Грибочок -Гойдалка -Футбол -Маляр -Чашка -Голка -Місточок -Індик		

-Повітряний змій -Смачне варення -Чисті зубчики -Кицька п'є молоко -Хобіток -Жабка		
Мовлення Яким чином відбувався домовленнєвий етап комунікативної діяльності дитини?		
Чи мала дитина домовленєві вокалізації (гуління, лепет)?		
Яке наразі співвідношення пасивного та активного словника дитини?		
Чи продукує дитина усні висловлювання?		
Чи зрозумілі їй висловлювання дорослим/одноліткам?		
Чи здатна вона відповісти: «Так» чи «Ні»?		
Якими словами користується дитина (одно, двух, трьохскладовими; з відкритими, закритими складами)?		
Лінгвістичні особливості Сприйняття та розуміння Чи реагує дитина на власне ім'я?		
Пригадує назви знайомих речей, подій або імена людей?		
Чи розуміє дитина побутові прохання? Чи здатна дитина пригадати слова, які дорослі використовують найчастіше?		
Чи розуміє дитина родові поняття?		
Чи розуміє дитина речення, що виражають причинно-наслідкові, часові відношення, певну умову?		
Чи розуміє дитина прийменники, прикметники, займенники, дієслова, числівники?		
Допомога при комунікації		

Чи здатна дитина вербально висловити свої побажання чи потребує допомоги?		
Чи здатна дитина вербально висловити свої емоції чи потребує допомоги?		
Чи здатна дитина перелічити знайомих людей, місця, предмети?		
Чи здатна дитина самостійно ставити прості запитання?		
Моторний розвиток Який, на Вашу думку, є загальний моторний розвиток дитини?		
Чи здатна дитина самостійно розчісуватися, чистити зуби, їсти, вдягатися, роздягатися?		
Чи вміє дитина тримати олівця, пензлик, фломастер?		
Як дитина поводить себе на дитячому майданчику? Що використовує для занять (гойдалку, батути, сходинки, канат, гімнастичні колечка)?		
Як тримає рівновагу? Використовує біговел, велосипед, самокат?		
Як поводить себе у транспорті (швидке виснаження, нудота, запаморочення, відмова сідати у автомобіль/трамвай/тролейбус/метро)?		
Чи здатна дитина зловити м'яча, чи вміє стояти на 1 одній нозі, чи може пройти із заплющеними очима?		
Когнітивний розвиток Увага Чи концентрує дитина увагу?		
Відволікається?		
Щоб Ви могли сказати стосовно загального психічного розвитку дитини?		

Сприйняття Чи має дитина порушення зору? Якщо так, яке саме?		
Чи здатна дитина фіксувати поглядом об'єкти чи людей?		
Чи має дитина особливості зорового сприйняття?		
Як стан фізіологічного слуху дитини?		
Чи здатна дитина розрізняти мовленнєві та немовленнєві звуки?		
Чи може вона розрізняти немовленнєві звуки та співвіднести їх з навколишнім середовищем?		
Який стан фонематичного сприйняття у дитини?		
Чи здатна дитина порівнювати мовленнєві звуки між собою?		
Який стан сенсорного сприйняття у дитини?		
Як дитина сприймає дотики, обійми?		
Чи має дитина сенсорну гіпо- або гіперчутливість?		
Чи може вона співвіднести отримані тактильні відчуття?		
Чи має дитина розуміння про положення предмета у певній площині?		
Чи вміє дитина аналізувати причинно- наслідкові зв'язки?		
Чи має дитина план дій при використанні незнайомого предмета?		
Чи демонструє дитина ігрову поведінку? Як вона грається? Що використовує під час гри?		
Мислення та пам'ять		

Чи здатна дитина класифікувати об'єкти за їх функціональною ознакою?		
Чи впізнає знайомі обличчя?		
Чи здатна дитина використовувати набуті вміння та навички у повсякденному житті?		
Психосоціальні особливості розвитку Як дитина сприймає ситуацію непорозуміння з оточуючими?		
Чи знає дитина про власні мовленнєві особливості?		
Чи має вона витримку під час довготривалого спілкування з дорослими/однолітками?		
Чи вмотивована вона до спілкування з оточуючими?		
До яких видів діяльності та об'єктів дитина демонструє підвищений інтерес?		
Коли найчастіше всього відбувається комунікація дитини з дорослим/однолітками?		
Чи здатна дитина продемонструвати довготривалий інтерес до певного виду діяльності?		

Методичні рекомендації для вчителів-логопедів, які працюють з дітьми з ТПМ (середній дошкільний вік)

Вступ

Методичні рекомендації розроблені для вчителів-логопедів, які працюють з дітьми дошкільного віку (4-5 років) з тяжкими порушеннями мовлення (ТПМ). Вони спрямовані на підтримку професійної діяльності логопедів, надаючи практичні інструменти та методики, такі як "ігрова логопедія", "наслідувальне жестикування ігрової логопедії" та "сенсорна інтеграція".

Теоретичні основи

Основні методи, які використовуються в цих рекомендаціях, базуються на сучасних дослідженнях у галузі логопедії та психолого-педагогічних концепціях розвитку мовлення.

Цільова аудиторія

Рекомендації призначені для вчителів-логопедів, які працюють у закладах дошкільної освіти, а також для спеціалістів, що займаються корекційно-розвитковою роботою з дітьми, які мають ТПМ.

Методичні підходи та принципи

Методичні рекомендації базуються на таких принципах:

- **Комплексний підхід.** Врахування всіх аспектів розвитку дитини (фізичний, когнітивний, емоційний).
- **Індивідуалізація.** Адаптація методів до індивідуальних потреб кожної дитини.
- **Ігровий характер:** Використання ігор для стимулювання мовленнєвої діяльності.
- **Сенсорна інтеграція.** Включення сенсорних методів для покращення сприйняття та обробки сенсорної інформації.

Методика роботи

Ігрова логопедія

- **Ціль:** розвиток мовленнєвих навичок через ігрові ситуації.
- **Методи:**

- Використання настільних та рухливих ігор для стимулювання мовленнєвої активності.
- Залучення іграшок та предметів для розігрування сценок та діалогів.
- Ігрові завдання, що включають фонетичні вправи та артикуляційні рухи.

Наслідувальне жестування ігрової логопедії

- **Ціль:** підвищення комунікативної компетентності через використання жестів.
- **Методи:**
 - Наслідкування жестів, що супроводжують мовлення, для покращення розуміння та запам'ятовування слів.
 - Використання жестів для вираження емоцій, прохань та відповідей.
 - Інтерактивні ігри з елементами жестів, що допомагають дітям запам'ятовувати та використовувати нові слова.

Сенсорна інтеграція

- **Ціль:** покращення сенсорної обробки для подальшого мовленнєвого розвитку.
- **Методи:**
 - Використання сенсорних іграшок та матеріалів (пісок, вода, текстильні предмети) для стимуляції тактильних відчуттів.
 - Заняття з балансуванням та рухливі ігри для покращення пропріоцептивного відчуття.
 - Вправи на розвиток вестибулярного апарату (гойдалки, гімнастичні м'ячі) для стимуляції мовленнєвих зон мозку.

Оцінка ефективності

Ефективність використання методик оцінюється за допомогою регулярного спостереження, анкетування батьків та використання спеціальних діагностичних інструментів для вимірювання прогресу мовленнєвого розвитку.

Висновки та рекомендації

Комплексний підхід до активізації мовленнєвої діяльності у дітей з ТПМ, що включає методи "ігрової логопедії", "наслідувального жестування ігрової логопедії" та "сенсорної інтеграції", дозволяє досягти значних покращень у мовленнєвому розвитку. Вчителям-логопедам рекомендується адаптувати ці

методики до індивідуальних потреб дітей та активно залучати батьків до корекційного процесу.

Вкладання

- Таблиці зі зразками ігрових завдань.

Ігрові завдання для розвитку комунікативних навичок

Мета завдання	Опис завдання	Матеріали
Збільшення активності в спілкуванні з дорослими	ГПра "Де мій друг?" Дитина шукає прихованого плюшевого друга за вказівками дорослого. Дорослий називає предмети та їхні місця.	Плюшевий друг, предмети для хованок
Покращення сприйняття мовлення та реакції на виклики	Гра "Повторюємо звуки" Дорослий вимовляє звуки або короткі склади, дитина намагається їх повторити. Дорослий заохочує кожну спробу	Ніяких спеціальних матеріалів
Розвиток ініціативної взаємодії з дорослими	Гра "Повтори рух" Дорослий показує прості рухи (плескання в долоні, помах рукою), дитина намагається повторити.	Ніяких спеціальних матеріалів

Ігрові завдання для розвитку моторики та мовлення

Мета завдання	Опис	Матеріали
Розвиток моторики та сенсорних навичок	Гра "Чарівний мішок" . Дитина з закритими очима обмацує предмети у	Мішок, різні предмети

	мішку і намагається їх назвати або показати жестами.	
Вимовлення звуків та складів	Гра "Співай разом з нами" Дорослий співає пісеньку (А, У, О, И, І, Е) та складами (АУ, АМ, АВ, ОХ), дитина намагається підспівувати.	Музичний супровід
Формування елементарних складів	ГКра "Звукові кубики" . Дитина складає кубики із зображеннями звуків або складів у правильному порядку за вказівками дорослого.	Кубики з зображеннями звуків/складів

Ігрові завдання для розвитку соціальних навичок

Мета завдання	Опис завдання	Матеріали
Розвиток соціальних навичок та взаємодії	Гра "Ляльковий театр" . Дитина разом з дорослим вигадує та показує сценки з ляльками. Дорослий заохочує дитину до активної участі.	Ляльки або фігурки
Покращення взаємодії з іншими дітьми	ГКра "Будуємо разом" . Діти разом з дорослим будують з кубиків вежі або інші споруди, дорослий координує і заохочує співпрацю.	Кубики

Розвиток комунікативних навичок	Гра "Телефон". Дитина з дорослим або іншими дітьми "говорить" по іграшковому телефону, імітуючи прості фрази або звуки	Іграшковий телефон або ехофон
---------------------------------	--	-------------------------------

- Схеми жестів для наслідування

Використання жестів у повсякденному житті:

Жест	Опис
"Добрий ранок!"	махання рукою
"До побачення!"	махання рукою
Вмиватися	імітація рухів умивання обличчя
Сніданок	рухи, що імітують їжу з ложки
Пиття	рух піднесення чашки до губ
Одягтися	імітація натягування футболки або штанів
Взуття	Показання пальцем на ноги або імітація зав'язування шнурків
Шапка	Імітація надягання шапки на голову
Ранець	Імітація надівання ранця на плечі

Йти	Рухи ногами, що імітують ходьбу
Педагог	Показання пальцем на людину, яка вказує або навчає
Так	Кивок головою
Ні	Струшування головою або махання рукою
Допомога	Підняття руки або махання рукою, щоб привернути увагу
Гратися	Рухи руками, що імітують гру (наприклад, обертання іграшкової машини)
Ще	Показання пальцем на тарілку або імітація руху додавання їжі
Мити руки	Імітація миття рук під водою
Чистити зуби	Імітація чистки зубів щіткою
Туалет	Показання пальцем на туалет або імітація присідання, або показ "Т"
Гойдалка	Імітація гойдання на качелях
Гратися з м'ячем	Імітація кидання або лову м'яча
Кататися на велосипеді	Імітація педалювання ногами
Читати	Імітація перегортання сторінок книги

Спати	Імітація положення руки під головою, як при сні
Ніч	Жест, що імітує показання на зірки або місяць
Купити	Імітація руху грошей або показання пальцем на товар
Обирати	Показання пальцем на різні предмети для вибору
Дякую	Рух рукою від підборіддя до грудей
Щасливий	посмішка, підняття рук вгору
Сумний	опущені плечі, долоні на обличчі
Боятися	обійміть себе руками, покажіть тривогу на обличчі

Жести для української абетки:

- А:** Широко відкритий рот, імітація долонями широко відритої щелипи
- Б:** Стукання кулаком по столу.
- В:** Закушуємо губу та робимо вигіни тілом наче нас щось штовхає
- Г:** Рука зігнута в лікті, долоня нагадує літеру Г (наче шия гуски)
- Ґ:** Рука зігнута в лікті, долоня нагадує літеру Г (наче шия гуски), вказівний палець піднятий у формі дуги
- Д:** Відстукування вказівними пальцями наче паличками барабана
- Е:** Посмішка при середньо відкритому роті.
- Є:** Й + Е
- Ж:** Долоня майже зібрана у кулак, пальці не торкаються один одного; імітація гудіння жука
- З:** Великий палець, вказівний та середній збираються до купи та рухаються по колу (наче гудіння комара)

- И:** Нижня щелепа виходить вперед, руки зігнуті у ліктях, лікті тягнуться вниз
- І:** Посмішка з перебільшенням, вказівні пальці у куточках рота
- Ї:** Й+ І
- Й:** Вказівний палець піднімається догори, решта пальців зібрані в кулак.
- К:** Натиснути вказівним пальцем на горло
- Л:** Зігнутий лікоть притиснуто до тулуба, долоня долоня нагадує літеру Г (наче шия гуски), розгинання руки (імітація польоту літака) або одна долоня розвернута та на неї ставлять вказівний та середній палець (зображення Л)
- М:** Губи піджаті, вказівний палець торкається 1 кулочка губ
- Н:** Вказівний палець затискає 1 крило носа
- О:** Великий палець та вказівний палець руки утворюють коло, решта пальців випрямлені (знак "ок")
- П:** Долоні зібрані у кулаки, притиснуті до тулуба, кругові рухи кулаками (наче рух колеса)
- Р:** Долоня майже зібрана у кулак, пальці не торкаються один одного; імітація кігтів тварини та її рику
- С:** Долоня випрямлена, пальці розташовані горизонтально, посмішка, долоня "підкреслює" нижню губу
- Т:** Великий та вказівний палець роблять поштовк , наче щось викидують
- У:** Імітація вовчих співів
- Ф:** Кулак+ різке його відкриття (наче розкриття квітки)
- Х:** "Гріємо долоні"".
- Ц:** Т+С
- Ч:** 4 пальці різко згибаються або тримаємо вказівного пальця біля рота (знак "тихіше")
- Ш:** Долоня майже зібрана у кулак, притиснута до тулуба, пальці не торкаються один одного, долоня йде вперед (шипіння тварини)
- Щ:** Ш + Ч
- Ь:** Пальці руки малюють літеру "Ь" у повітрі
- Ю:** Й + У
- Я:** Долоня або вказівний палець на груди (самоідентифікація)

3. Перелік сенсорних матеріалів та іграшок

1. Матеріали для тактильної стимуляції

- Пісок і кінетичний пісок: для тактильних ігор та розвитку дрібної моторики.

- Сенсорні мішечки: наповнені різними матеріалами (круп, боби, м'які кульки) для дослідження текстур.
- М'які іграшки та подушки: різних форм та матеріалів для обіймів та тактильних відчуттів.
- Сенсорні килимки: з різними текстурами для стимуляції стоп і долонь.

2. Матеріали для візуальної стимуляції

- Сенсорні пляшки: заповнені водою з блискітками, гелем або іншими кольоровими матеріалами.
- Світлодіодні ліхтарики: для створення різнокольорових світлових ефектів.
- Проектори та світлові столи: для створення зорових стимулів.
- Кольорові геометричні фігури: для вивчення форм і кольорів.

3. Матеріали для аудіальної стимуляції

- Музичні інструменти: барабани, маракаси, ксилофони для розвитку слуху та ритму.
- Звукові панелі: з різними звуками тварин, транспорту та природи.
- Аудіоіграшки: іграшки, які видають звуки або мелодії при натисканні.

4. Матеріали для стимуляції нюху

- Ароматичні мішечки: наповнені травами, спеціями або ефірними оліями.
- Аромалампи та аромакульки: для створення приємних запахів в кімнаті.

5. Матеріали для розвитку дрібної моторики

- Конструктори та мозаїки: для складання і побудови.
- Пазли: різного рівня складності.
- Шнурівки: для розвитку координації рухів рук.

6. Матеріали для розвитку грубої моторики

- Балансувальні дошки та м'ячі: для тренування рівноваги.
- Тунелі та надувні іграшки: для пролізання і стрибків.
- М'які гімнастичні матраци: для виконання вправ на підлозі.

7. Матеріали для орально-моторної стимуляції

- Оральні стимулятори та жувальні іграшки: для розвитку м'язів ротової порожнини.
- Пухирці та трубочки: для тренування видиху і вдиху.

8. Інтерактивні іграшки

- Інтерактивні планшети та екрани: з навчальними програмами та іграми.
- Розмовляючі іграшки: які можуть відповідати на запитання або видавати звуки.

Методичні рекомендації для батьків "немовленнєвих" дітей (середній дошкільний вік)

Вступ

Методичні рекомендації розроблені для батьків "безмовленнєвих" дітей (4-5 років) Вони спрямовані на підтримку батьків у щоденній роботі з дитиною та надання практичних порад щодо використання методів "ігрової логопедії", "наслідувального жестування ігрової логопедії" та "сенсорної інтеграції".

Теоретичні основи

Основні методи, які використовуються в цих рекомендаціях, базуються на сучасних дослідженнях у галузі логопедії та психолого-педагогічних концепціях розвитку мовлення.

Основні принципи

Методичні рекомендації базуються на таких принципах:

- **Комплексний підхід.** Врахування всіх аспектів розвитку дитини (фізичний, когнітивний, емоційний).
- **Індивідуалізація.** Адаптація методів до індивідуальних потреб кожної дитини.
- **Ігровий характер.** Використання ігор для стимулювання мовленнєвої діяльності.
- **Сенсорна інтеграція.** Включення сенсорних методів для покращення сприйняття та обробки сенсорної інформації.

Практичні рекомендації

1. Ігрова логопедія

- **Щоденні ігри.** Використовуйте настільні та рухливі ігри для стимулювання мовленнєвої активності. Наприклад, гри з картками, пазли, ігри з м'ячем тощо.
- **Розігрування сценок.** Залучайте іграшки та предмети для розігрування сценок та діалогів. Це може бути гра у магазин, лікарню, театр тощо.
- **Фонетичні вправи.** Під час гри вводьте прості фонетичні вправи, такі як повторення звуків, складів або одно-двоскладових слів.

2. Наслідувальне жестування ігрової логопедії

- **Використання жестів.** Вживайте жестів під час мовлення, щоб допомогти дитині краще розуміти та запам'ятовувати слова. Наприклад, показуйте жестама слова "великий", "малий", "вище", "нижче" тощо.
- **Емоційні жести:** Використовуйте жести для вираження емоцій (радість, сум, здивування). Це допоможе дитині зрозуміти емоційний контекст мовлення.
- **Ігрові ситуації.** Включайте жестові вправи у щоденні ігрові ситуації. Наприклад, показуйте жести, коли розповідаєте казку або граєте у рольові ігри.

3. Сенсорна інтеграція

- **Сенсорні іграшки.** Використовуйте сенсорні іграшки та матеріали (пісок, вода, текстильні предмети) для стимуляції тактильних відчуттів.
- **Рухливі ігри:** Включайте рухливі ігри для покращення пропріоцептивного відчуття (балансування, стрибки, лазіння).
- **Вестибулярні вправи.** Виконуйте вправи на розвиток вестибулярного апарату (гойдалки, гімнастичні м'ячі).

Рекомендації для щоденної роботи

- **Регулярність.** Проводьте ігрові та сенсорні заняття щоденно, виділяючи для них певний час.
- **Підтримка та заохочення.** Завжди підтримуйте дитину, хвалячи її за успіхи та стимулюючи до нових спроб.
- **Спільна діяльність.** Проводьте час разом з дитиною, активно залучаючись до ігор та занять.
- **Створення сприятливого середовища.** Забезпечте комфортні умови для занять: достатньо простору, тиші та мінімум відволікаючих факторів.

Висновок

Використовуючи методи "ігрової логопедії", "наслідувального жестування ігрової логопедії" та "сенсорної інтеграції", ви зможете значно покращити комунікативні навички вашої дитини, підтримуючи її всебічний розвиток

Методичні рекомендації при проведенні спільного прийому лікаря - невролога та вчителя-логопеда

1. Підготовка до прийому

- **Комунікація та обмін інформацією.** Заздалегідь домовтесь про цілі та завдання прийому, визначте ролі кожного учасника команди (лікар-невролог, вчитель-логопед, батьки).
- **Збір історії хвороби.** Лікар -невролог здійснює збір анамнезу стосовно психомоторного розвитку, а вчитель- логопед - мовленнєвих навичок дитини.

2. Проведення спільного прийому

- **Спостереження за дитиною.** Обидва спеціалісти спостерігають за реакцією дитини на стимули, спілкуючись з нею та взаємодіючи під час прийому.
- **Оцінка мовленнєвих та когнітивних навичок.** Лікар-невролог проводить огляд з точки зору неврологічних аспектів, таких як моторика, сприйняття і т.д. Вчитель-логопед оцінює мовленнєві навички, комунікативність та інші мовленнєві вміння.

3. Обговорення результатів та розробка плану дій

- **Аналіз та пояснення результатів.** Обидва спеціаліста обговорюють свої спостереження та висновки з батьками дитини.
- **Розробка індивідуального плану.** На основі зібраної інформації розробляється індивідуальний план реабілітації та корекції мовленнєвих порушень дитини.
- **Фармакотерапія.** Призначення медикаментозного лікування за показаннями, враховуючи можливі побічні ефекти та індивідуальну чутливість дитини.
- **Фізіотерапія.** Призначення фізіотерапевтичних методів для покращення загального стану ЦНС.
- **Психотерапія.** Призначення психотерапевтичних сеансів для зниження рівня тривожності та покращення емоційного стану.

- **Логозаняття.** Проведення корекційно-розвиткових занять за графіком

4. Рекомендації для батьків

- **Пояснення рекомендацій.** Лікар та логопед надають батькам чіткі і конкретні рекомендації щодо подальшого лікування, реабілітаційних заходів та домашньої роботи з дитиною.
- **Запис рекомендацій.** Рекомендації записуються в письмовій формі для подальшого використання батьками та іншими фахівцями, що працюють з дитиною.

5. Подальший моніторинг та взаємодія

- **Планування наступного прийому.** Зазначте дату наступного прийому для перегляду прогресу та внесення необхідних змін у план реабілітації.
- **Комунікація і співпраця.** Регулярно обмінюйтеся інформацією з вчителями-логопедами щодо прогресу дитини, враховуючи їхні рекомендації при призначенні лікування.

Висновок

Методичні рекомендації для неврологів та вчителів-логопедів допоможуть створити ефективне середовище для діагностики, лікування та реабілітації дітей з тяжкими порушеннями мовлення. Взаємодія з іншими спеціалістами та активна участь батьків у процесі лікування сприятимуть досягненню максимальних результатів у розвитку мовленнєвих навичок дитини.

Вкладання

Контактна інформація спеціалістів для мультидисциплінарної співпраці.

Методичні рекомендації для вчителя-логопеда, що працює з дошкільниками з ТПМ у зоні проведення активних бойових дій

Вступ

Робота з дітьми дошкільного віку з тяжкими порушеннями мовлення (ТПМ) у зоні активних бойових дій потребує особливої уваги, терпіння та гнучкості. Середовище, в якому перебувають ці діти, є складним і небезпечним, що додатково ускладнює процес корекції мовленнєвих порушень.

Теоретичні основи

Рекомендації розроблені на основі сучасних досліджень у галузі логопедії, психології та педагогіки, враховуючи специфічні умови перебування дітей у зоні бойових дій.

Основні принципи

- **Безпека.** Пріоритетом є забезпечення фізичної та емоційної безпеки дітей.
- **Емпатія та підтримка.** Надання психологічної підтримки для зниження рівня стресу та тривожності.
- **Гнучкість методів.** Адаптація методик до умов та можливостей проведення занять.
- **Індивідуальний підхід.** Врахування індивідуальних потреб та можливостей кожної дитини.

Практичні рекомендації

1. Підготовка до занять

- **Аналіз умов.** Оцінюйте безпечність місця проведення занять, забезпечте наявність укриттів у випадку небезпеки.
- **Психологічна підготовка.** Забезпечте емоційну підтримку дітям перед заняттями, використовуйте релаксаційні техніки.
- **Матеріально-технічне забезпечення.** Підготуйте необхідні матеріали для занять, забезпечте доступ до базових засобів (папір, олівці, іграшки тощо).

2. Проведення занять

- **Ігрова логопедія.** Використовуйте ігрові методики для залучення дітей до занять, робіть акцент на веселосях та позитивних емоціях.

Ігри для розвитку мовлення: Використовуйте прості, зрозумілі ігри, що стимулюють мовленнєву активність (наприклад, рольові ігри, ляльковий театр).

- **Наслідувальне жестикування.** Використовуйте наслідувальні жести для підтримки та розвитку мовленнєвих навичок.

Жестові вправи: Навчайте дітей використовувати жести для вираження простих фраз, стимулюйте їх повторювати за вами.

- **Сенсорна інтеграція.** Використовуйте методи сенсорної інтеграції для покращення загального розвитку дитини.

Сенсорні ігри: Використовуйте матеріали з різними текстурами, кольорами та звуками для стимуляції сенсорного розвитку (наприклад, ігри з піском, водою, м'якими іграшками).

3. Психологічна підтримка

- **Релаксація.** Включайте у заняття техніки релаксації (дихальні вправи, медитація, малювання).
- **Емоційна підтримка.** Будьте емоційно доступними для дітей, допомагайте їм виражати свої почуття та переживання.
- **Підтримка батьків.** Надавайте консультації батькам щодо підтримки дитини вдома, пояснюйте важливість їхньої участі в процесі реабілітації.

4. Моніторинг та оцінка

- **Регулярний моніторинг.** Постійно оцінюйте прогрес дитини, адаптуйте методики відповідно до змін.
- **Фідбек для батьків.** Регулярно інформуйте батьків про досягнення дитини та рекомендовані подальші кроки.
- **Документація.** Ведіть детальну документацію щодо проведених занять та їхніх результатів.

Висновок

Робота з дітьми з ТПМ у зоні активних бойових дій є складною та відповідальною задачею, що потребує гнучкого підходу, емпатії та професіоналізму. Виконання цих рекомендацій сприятиме створенню безпечного та підтримуючого середовища для розвитку мовленнєвих навичок дітей.

Вкладання

1. Перелік ігор

1. Гра «Сенсорний мішечок»

Мета: Розвиток сенсорного сприйняття, тактильних відчуттів, невербальної комунікації.

Опис: Використовуйте мішечки з різними текстурами (шорсткі, гладкі, м'які). Дайте дитині відчути предмети на дотик, обговорюйте їхні властивості за допомогою жестів і міміки. Використовуйте прості звуки або слова для опису (наприклад, «м'який», «твердий»).

2. Гра «Бульбашковий дощ»

Мета: Стимуляція слухового сприйняття, розвиток уваги. **Опис:** Використовуйте мильні бульбашки. Створюйте бульбашки і заохочуйте дитину ловити їх руками. Під час гри робіть звуки (наприклад, «пух», «хлоп») для стимуляції слухового сприйняття.

3. Гра «Повітряні кульки»

Мета: Стимуляція тактильного і зорового сприйняття, розвиток координації рухів. **Опис:** Використовуйте повітряні кульки, надувайте їх і грайтеся разом з дитиною. Можна показувати прості жести або звуки, пов'язані з кульками («літає», «вниз», «вгору»).

4. Гра «Музичні інструменти»

Мета: Стимуляція слухового і тактильного сприйняття, розвиток уваги. **Опис:** Використовуйте прості музичні інструменти (барабан, маракаси, дзвоник). Дайте дитині змогу створювати звуки і слухати, як ви граєте на інструментах. Використовуйте жести і міміку для комунікації під час гри.

5. Гра «Доторкнися і знайди»

Мета: Розвиток тактильного сприйняття, розуміння форм і текстур. **Опис:** Використовуйте коробку з різними предметами всередині (м'ячики, кубики, тканини). Дайте дитині завдання знайти певний предмет за описом його властивостей за допомогою жестів і міміки.

6. Гра «Водні забави»

Мета: Стимуляція тактильного сприйняття, розвиток моторики. **Опис:** Використовуйте воду і різні іграшки для гри у воді. Показуйте, як вода впливає на іграшки, використовуйте прості слова для опису (наприклад, «мокрый», «плаває»).

7. Гра «Велика малювання»

Мета: Розвиток зорового і тактильного сприйняття, творчих навичок. **Опис:** Використовуйте великі аркуші паперу і різні матеріали для малювання (фарби, олівці, крейду). Заохочуйте дитину створювати малюнки, показуйте, як використовувати матеріали. Використовуйте жести і міміку для комунікації.

8. Гра «Будівництво з блоків»

Мета: Розвиток координації рухів, розуміння просторових відношень. **Опис:** Використовуйте великі блоки для будівництва. Заохочуйте дитину будувати прості конструкції. Використовуйте жести і міміку для пояснення завдань.

9. Гра «Піскова терапія»

Мета: Стимуляція тактильного сприйняття, розвиток уяви. **Опис:** Використовуйте пісок і різні іграшки для гри у пісочниці. Заохочуйте дитину створювати різні фігури, малюнки у піску. Використовуйте жести і міміку для пояснення завдань.

10. Гра «М'які іграшки»

Мета: Розвиток тактильного і зорового сприйняття, невербальної комунікації. **Опис:** Використовуйте різні м'які іграшки, показуйте їх дитині, заохочуйте до гри з ними. Використовуйте прості жести і міміку для комунікації.

Ці ігри спрямовані на стимуляцію сенсорного сприйняття, невербальної комунікації та початкового мовленнєвого розвитку, що є важливими компонентами для дітей з тяжкими порушеннями мовлення.

2. Методики наслідувального жестування (наведено вище)

3. Сенсорні вправи

Тактильні вправи:

- **Масаж долонь і пальців:** Проводьте м'які масажні рухи по долонях і пальцях дитини для стимуляції тактильного сприйняття.
- **Експерименти з текстурами:** Дозвольте дитині доторкатися до різних текстурних матеріалів (шерсть, пісок, м'яка тканина).

Візуальні вправи:

- **Використання кольорів і світла:** Покажіть дитині яскраві кольори та градієнти світла, щоб стимулювати візуальне сприйняття.

Пропріоцептивні вправи:

Ігри з рухами і просторовими відчуттями: Заохочуйте дитину до виконання різних рухів (повзання, стрибки, обертання), що сприяють розвитку пропріоцептивного сприйняття.

•

Ігри з використанням сенсорних іграшок:

- **Використання ляльок із різними текстурами в одязі:** Дозвольте дитині доторкатися до різних частин ляльок для сприяння тактильному сприйняттю.

Ігри з використанням музики і звуків:

Музичні ігри із використанням різних звуків і інструментів: Використовуйте музичні ігри для стимуляції аудіторного сприйняття дитини.

4. Контактна інформація для надання психологічної підтримки.

Пам'ятка від медиків (педіатрів, неврологів) для логопедів

Початкові етапи роботи з немовленнєвою дитиною

Що можна робити вчителю-логопеду:

- Проводити первинне педагогічне та логопедичне спостереження (без постановки медичного діагнозу).
- Використовувати ігрові та сенсомоторні методики для стимуляції мовленнєвої активності.
- Активізувати невербальні форми комунікації (жести, міміка, картинки, піктограми).
- Працювати над розвитком загальної та дрібної моторики, що безпечно підтримує мовленнєвий розвиток.
- Створювати мовленнєво-збагачене середовище (спів, читання, казки, ритмічні ігри).
- Взаємодіяти з батьками та лікарями, інформуючи про динаміку розвитку.

Що не можна робити вчителю-логопеду:

- Призначати чи скасовувати ЛЗ, фізіотерапію, дієти.
- Проводити втручання, що належать до компетенції медичних працівників (ін'єкції, масаж шийного відділу, медикаментозні інгаляції).
- Самостійно інтерпретувати результати медичних обстежень.
- Ігнорувати або приховувати тривожні симптоми (раптовий регрес, судоми, порушення свідомості).

Пам'ятка від медиків (педіатрів, неврологів) для логопедів

Робота з немовленнєвою дитиною, що зазнала сильного стресу (під час вибухів, обстрілів, завалів тощо)

Рекомендовано вчителю-логопеду:

- Починати роботу тільки після стабілізації фізичного стану дитини (за рекомендацією лікаря).
- Забезпечити максимально спокійну, безпечну атмосферу занять (мінімум шумів, різких звуків, яскравих подразників).
- Використовувати вправи на релаксацію та сенсорну стабілізацію (ритмічне дихання, прості рухові ігри, малювання, музика).
- Дозволяти дитині вільно обирати спосіб комунікації: жести, малюнки, окремі звуки, слова.
- Поступово вводити мовленнєві вправи, починаючи з вокалізацій та звуконаслідувань.
- Тісно співпрацювати з психологом, щоб уникнути перевантаження дитини.
- Постійно інформувати батьків про досягнення та труднощі, рекомендувати додаткові консультації у медиків у разі погіршення стану.

Заборонено вчителю-логопеду:

- Форсувати мовленнєву активність у період гострої стресової реакції.
- Використовувати методики, що провокують сильні емоційні переживання (різкі вимоги, оцінки, підвищення голосу).
- Працювати з дитиною без узгодження з лікарем у випадку, якщо є ознаки неврологічних чи психічних порушень.
- Займатися під час загострення соматичних або психоневрологічних симптомів.

Пам'ятка для педагогів та вчителів-логопедів: співпраця з лікарями у випадку погіршення мовлення

Ознаки, що потребують уваги:

- Раптова втрата мовленнєвих навичок (регрес).
- Зміни у поведінці дитини: відмова від спілкування, замкненість.
- Поява атипових артикуляційних труднощів, яких раніше не було.
- Погіршення чіткості вимови, темпу, ритму мовлення після захворювання чи травми.

Алгоритм дій педагога/логопеда:

- Зафіксувати зміни у мовленні дитини (час, умови появи, характер порушення).
- Обговорити ситуацію з батьками у доброзичливій формі, наголосивши на необхідності консультації лікаря (педіатра, невролога, отоларинголога).
- Надати батькам орієнтовний перелік спеціалістів, до яких варто звернутися.
- Продовжувати логопедичний супровід дитини, але утриматися від інтерпретації медичних причин.
- Після обстеження у лікаря співпрацювати у команді: інтегрувати медичні рекомендації у логопедичну та педагогічну роботу.

Принципи взаємодії:

- Чітке розмежування компетенцій: лікар встановлює діагноз і визначає лікування, логопед працює над розвитком мовлення.
- Вчасна комунікація з батьками.
- Командний підхід «лікар – педагог – батьки – логопед» як основа успішної допомоги дитині.

*Додаток М****Перелік громадських організацій м. Харкова***

(допомога особам чи соціальним групам, які опинилися у складних життєвих обставинах і не можуть подолати їх самотійно)

- БО «Благодійний фонд «Інтеграція»;
- Харківська молодіжна громадська організація «Харківський центр волонтерів»;
- Громадська організація «Харківський центр реабілітації молодих інвалідів та членів їх сімей «Право вибору»;
- Благодійний фонд «Інститут раннього втручання»;
- Харківська обласна організація УТОГ. Громадська організація;
- Благодійна організація «Мережа 100 відсотків життя»;
- Громадська організація «АММА»;
- Громадська організація «Соціальний комунікативний центр»;
- Громадська організація «Центр розвитку «Майбутні генії»;
- Благодійна організація «Харківський благодійний фонд «Благо»;
- Харківський обласний благодійний фонд «Соціальна служба допомоги»;
- Харківська обласна організація Товариства Червоного Хреста України;
- "Іжа харків'янам"

Перелік громадських організацій м. Кропивницький

- Інститут соціальної адаптації;
- Кіровоградська обласна громадська організація матерів дітей-інвалідів та інвалідів "Серце матері"
- "Стежка"
- Центр розвитку сім'ї "Калинонька";
- Обласний центр соціальної служби для дітей та молоді;
- Кіровоградська обласна організація Товариства Червоного Хреста України;
- Освітній центр "Аеліта"
- "10 квітня"

Перелік громадських організацій м. Світловодськ (Кіровоградська обл)

- Дитячий клуб "Деймоз"
- Осередок ООН "ЮНІСЕФ"

*Додаток Н****Перелік волонтерських організацій м Харкова***

(евакуація з небезпечних міст; фізична, психологічна, медична, мовленнєва реабілітація дітей; забезпечення їжею, гігієною, одягом, іграшками родин ВПО та населення прифронтових міст)

- "Незламний Харків"
- Психологічна арт-студія "Дон Калабрія Україна"
- "Жовта допомога"
- "КАРІТАС-Харків"
- Хаб "Нові будинки"
- "ОВІД"
- Міський центр допомоги від семейного центра "Yuo Too" в церкві "Відродження"
- "Рука милості"
- "Дія"
- "Мирне небо Харкова"
- БФ "Павла Сушка"
- "Армія Спасіння"
- "Покров"
- "АКВАРЕНА"

Перелік волонтерських організацій м. Кропивницький

- Центральноукраїнський державний будинок художньої та технічної творчості
- Гончаренко- центр
- "Милосердя"
- Благодійний фонд допомоги учасникам бойових дій, інвалідам та членам сімей загиблих військовослужбовців, рятувальників та поліцейських «Планета»

Перелік волонтерських організацій м Світловодськ (Кіровоградська обл)

- "Волонтерський корпус Світловодська"
- "Центр підтримки малюка"

Додаток II

Категорія А	<i>Спільні риси ЗПМР у дітей із ТПМ і ППФР</i>	Категорія В	<i>Відмінності ЗПМР у дітей із ТПМ і ППФР</i>
ЗМР	В обох випадках діти мають труднощі з мовленнєвим розвитком. Це може виявлятися у затримці засвоєння рідної мови, обмеженому словниковому запасі, труднощах з лексико-граматичними структурами, семантикою тощо.	Природа/тригер порушень	ТПМ (тяжкі порушення мовлення): в основі цих порушень лежать первинні порушення мовленнєвого апарату, ЦНС або сенсорних систем (наприклад, слуху). ППФР (порушення психофізичного розвитку): в основі цих порушень лежать комплексні проблеми, які охоплюють не тільки мовленнєвий розвиток, але і загальний психічний та фізичний розвиток. Це можуть бути порушення, пов'язані з аутизмом, затримкою психічного

			розвитку, розладами поведінки тощо.
Проблеми з комунікацією	У дітей з ЗПМР спостерігаються труднощі у вербальній та невербальній комунікації. Це може включати проблеми з розумінням мовлення, проявом емоцій, а також соціальними взаємодіями.	Супутні порушення	ТПМ: часто супроводжуються специфічними мовленнєвими порушеннями, такими як дизартрія, ринолалія тощо, які не завжди пов'язані з іншими психічними або фізичними розладами. ППФР: мають широкий спектр супутніх порушень, таких як моторна неспроможність, сенсорні дефіцити, розлади уваги, аутизм, що ускладнюють загальний розвиток дитини.
Психологічні аспекти	В обох групах дітей може спостерігатися тривожність, низька самооцінка та	Методи корекції	ТПМ: в основному акцент робиться на логопедичній роботі, яка спрямована на корекцію мовленнєвих розладів та розвиток

	інші емоційні проблеми, що пов'язані з труднощами у спілкуванні та взаємодії з оточенням		мовленнєвих навичок. ППФР: потребують більш комплексного підходу, який включає не тільки логопедичну роботу, але і психотерапію, корекційну педагогіку, медикаментозну терапію та інші методи для всебічного розвитку дитини.
Необхідність комплексного підходу	Для дітей з ТПМ, і для дітей з ППФР потрібен індивідуальний, комплексний підхід, який включає роботу з логопедом, психологом, педагогом та іншими фахівцями		

Правила евакуації для дітей:



не повертайся — щоб
залишатися в безпеці

не говори — щоб чути
вчителя



допоможи тому хто
цього потребує



не біжи — щоб не
постраждати

не штовхайся — щоб не
постраждали інші



не панікуй, уважно
слухай вчителя





ЯК ДІЯТИ В НАДЗВИЧАЙНІЙ СИТУАЦІЇ

ГОЛОВНЕ ПРАВИЛО НЕ ПАНІКУВАТИ, А ДІЯТИ ЗА ЧІТКИМ ПОРЯДКОМ

ЦИФРИ (У КИЄВІ СТАНОМ НА 17.02.2022 (КМДА))

500

укриттів на об'єктах критичної інфраструктури

4 500

споруд подвійного використання, де у разі надзвичайної ситуації можна сховатись (підземні паркінги, переходи, станції метро тощо)

ЩО РОБИТИ ЛЮДЯМ У РАЗІ ЗАГРОЗИ ТА НАДЗВИЧАЙНОЇ СИТУАЦІЇ
почувши сигнал сирени і переривисті гудки інших сигнальних засобів, що означає сигнал «УВАГА ВСІМ!» потрібно:



негайно увімкнути місцеві теле- та радіоканали



прослухати повідомлення про надзвичайну ситуацію та порядок дій



чітко виконувати розпорядження рятувальних служб



при евакуації вимкнути в оселі електроенергію, газ, воду та зачинити вікна



взяти тривожну валізу та прямувати до сховища чи збірних пунктів евакуації



дітям дошкільного віку вкласти у кишеню або пришити до одягу записку, у якій вказати прізвище, ім'я та по-батькові дитини та батьків (або осіб, що їх замінюють), їх контактні телефони і домашню адресу

ЯК ДІЯТИ ЛЮДЯМ З ІНВАЛІДНІСТЮ В УМОВАХ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ ВОЄННОГО ХАРАКТЕРУ

Особи з інвалідністю, діти з інвалідністю, вагітні жінки та особи похилого віку, а також особи, які не можуть самостійно пересуватися і не мають працездатних членів сім'ї, хворі - по можливості підлягають вивезенню у першу чергу

Люди з інвалідністю, які можуть пересуватися, прибувають до збірних пунктів евакуації самостійно або в супроводі рідних чи соціальних працівників

Діти з інвалідністю в супроводі рідних або соціального працівника евакуюються одразу до призначених пунктів евакуації

Керівники організацій, де перебувають люди з інвалідністю, здійснюють їх оповіщення та разом з працівниками поліції та охорони здоров'я забезпечують прибуття на збірні пункти евакуації

Особи, які самостійно не можуть прибути до місць збору, підлягають евакуації зі своїх помешкань за допомогою співробітників поліції, працівників комунальних підприємств, патронажних служб та відділень соціальної допомоги

Люди з інвалідністю, які перебувають у закладах соціального захисту та освіти, евакуюються згідно з планами евакуації закладів, де вони перебувають



Райдержадміністрації міста Києва в односторонній строк приймають рішення про надання особам з інвалідністю відповідної допомоги

Попередньо, на всіх людей з інвалідністю, які підлягають евакуації, за місцем проживання, на підприємствах, установах та організаціях складають евакуаційні списки

ЯК ПРАЦЮВАТИМЕ ТРАНСПОРТ (МЕТРО)



працюватиме для перевезення працівників критичної інфраструктури зранку та ввечері в години пік (приблизно 6 годин на день);



у першу чергу, будуть забезпечуватися перевезення працівників підприємств критичної інфраструктури життєзабезпечення населення

наземну частину червоної гілки на лівому березі планують закрити, оскільки це відкрита ділянка. Але мешканці лівого берега матимуть можливість евакуюватися на спеціально виділених автобусах до підземної частини метрополітену

розроблені спеціальні графіки руху поїздів на випадок використання метрополітену в режимі «Укриття»

ЯК ПРАЦЮВАТИМЕ ТРАНСПОРТ (НАЗЕМНИЙ ТРАНСПОРТ)



для забезпечення життєдіяльності міста роботу магістральних маршрутів громадського транспорту буде збережено

робота маршрутів із незначним пасажиропотоком може бути зупинена

ЯКЕ ПЕРЕДБАЧЕНО ОПОВІЩЕННЯ ГЛУХИМ ТА ЛЮДЯМ З ПОРУШЕННЯМИ СЛУХУ



світлозвукові сповіслювачі



субтитрування



переклад жестовою мовою



розсилки текстових повідомлень тощо

ЯК ДІЗНАТИСЯ, ДЕ НАЙБЛИЖЧЕ УКРИТТЯ І ЩО ДЛЯ ЦЬОГО ПІДХОДИТЬ

Детальну карту захисних споруд можна знайти на порталі КМДА

Частина захисних споруд цивільного захисту доступна для людей з інвалідністю та інших маломобільних груп населення, як, наприклад станції КП «Київський метрополітен», підземні паркінги, підземні переходи тощо



спеціально обладнані сховища



канави, траншеї або ями



отклядова яма відкритого (на повітрі) гаража або СТО



підземні переходи



широкі труби водостоків під дорогою



ваздовк високого бордюру або фундаменту паркана



дуже глибокі підвали під капітальними будинками старої забудови



підземне овочесховище, силосна яма і таке інше



каналізаційні комунікації поруч із вашим будинком, це дуже добрий сховок, якщо (вистачить сил швидко відкрити важкий люк)



Ховатися можна в каналізації або колодязях водопостачання - у жодному випадку не в газовій магістралі!

ЩО НЕ ПІДХОДИТЬ ДЛЯ УКРИТТЯ



під'їзди будь-яких будов, навіть невеликі прибудови споруди. Від багатоповерхових/багатоквартирних будинків взагалі відійти хоча б на метрів 30-50



місця під різною технікою (скажімо, під вантажкою чи автобусом)



річка, фонтан тощо (вибух бомби чи снаряду у воді навіть на значній відстані дуже небезпечний: сильний гідроудар - і як наслідок - тяжка контузія)

КОЛИ В ПОЛІ ЗОРУ НЕМАЄ УКРИТТЯ, КУДИ МОЖНА ПЕРЕБІГТИ ОДИМ ШВИДКИМ КИДКОМ



просто лягайте на землю й ляжіть, закривши голову руками. Переважна більшість снарядів і бомб розриваються у верхньому шарі ґрунту або асфальту, тому осколки розлітаються на висоті не менше, ніж 30-50 см над поверхнею. Трохи відкрийте рота - це збереже від контузії при близькому розриві снаряду чи бомби.

Загальне правило! укриття має знаходитися подалі від споруд, які можуть обвалитися або спалахнути



Що робити, якщо трапився завал у зруйнованому будинку



- Покличте на допомогу. Повідомте, де ви знаходитесь і що з вами сталося
- Спокійно чекайте, поки розберуть завал

Якщо вас ніхто не чує

- Спробуйте вивільнити руки і ноги
- Роздивіться, якими предметами вас завалило: якщо вони не надто важкі, спробуйте обережно розібрати завал. Намагайтеся не зачепити те, на чому все тримається
- Якщо не бачите, чим вас завалило, або предмети, які на вас впали, дуже важкі, терпляче кличте на допомогу кілька годин
- Якщо ніхто не чує, почніть дужче розбирати завал
- Звільнившись, огляньте себе. Якщо необхідно, надайте собі першу допомогу: зупиніть кровотечу, зафіксуйте зламану кінцівку
- Якщо не маєте змоги вибратися з будинку, намагайтеся сповістити про себе (якщо є можливість, скористайтесь телефоном мобільного зв'язку, стукайте по трубах і батареях опалення, голосно кличте на допомогу)
- В очікуванні допомоги намагайтесь уникнути переохолодження

ЩО РОБИТИ У РАЗІ РАДІАЦІЙНОЇ АВАРІЇ?



1

Перебувайте в укритті

- Тримайтесь подалі від стін та даху
- Залишайтеся в кімнаті без вікон і зовнішніх дверей
- Зачиніть та ущільніть всі отвори (скотчем, змоченою тканиною)
- Вимкніть системи вентиляцію (кондиціонери, обігрівачі)
- Не виходьте з укриття, доки не буде інших вказівок від органів влади

2

Слідкуйте за офіційними джерелами інформації

- Користуйтеся повідомленнями від ДСНС, поліції, місцевої влади
- Увімкніть телебачення, радіо

3

Знезаразьте себе

- Обережно зніміть верхній шар одягу
- Герметично запакуйте одяг, тримайте його далі від людей і домашніх тварин

4

Помийтесь, якщо є така можливість

- Прийміть душ з милом, голову помийте шампунем
- Не використовуйте кондиціонери для волосся, щоб не закріпити радіоактивний матеріал
- Не тріть і не дряпайте шкіру, щоб радіоактивний матеріал не потрапив у рани

Якщо можливості прийняти душ немає, вимийте з милом під проточною водою руки, обличчя та відкриті ділянки шкіри.

Якщо немає доступу до води, скористайтесь вологими серветками, вологою тканиною. Зверніть особливу увагу на руки й обличчя, протріть повіки, вії, вуха.



5

Одягніть чистий одяг

- Допоможіть вашим рідним і близьким виконати дії, перераховані вище. За можливості робіть це в рукавичках і масці чи респіраторі.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА

Наукові праці, у яких опубліковані основні наукові результати дисертації

Статті у наукових фахових виданнях України

1. Наволокова О. О., Боряк О. В. Мінімальна мозкова дисфункція та немовленнєві діти дошкільного віку: діагностика, корекція в умовах воєнного стану. *Inclusion and Diversity* 2023. Вип. 2. С. 31–37.
<https://journals.spu.sumy.ua/index.php/inclusion/article/view/16/14>

2. Наволокова О. О. Технології «запуску мовлення» в логокорекційній роботі з немовленнєвими дітьми *Освіта. Інноватика. Практика*. 2024, Том 12. Вип. №10 . С. 121-126.

<https://oip-journal.org/index.php/oip/issue/view/31>

3. Наволокова О. О., Боряк О. В. Психолого-логопедична реабілітація дітей із тяжкими порушеннями мовлення (ТПМ) у прифронтових зонах: досвід Харківської області. *Inclusion and Diversity*. 2025. Вип. 6. С. 42-47.
<https://journals.spu.sumy.ua/index.php/inclusion/article/view/554>

Монографії

4. Наволокова О. О., Боряк О. В. Комплексний підхід до вивчення комунікативно- мовленнєвої діяльності у немовленнєвих дошкільників в реаліях сьогодення. *Освіта в Україні: євроінтеграційний вектор : колективна монографія* / Під заг. ред. О. Боряк. Суми : Вид-во СумДПУ імені А.С.Макаренка, 2023. 197 с. http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP_meta&C21COM=S&2_S21P03=FILA=&2_S21STR=logoped_2015_7_6

Публікації у наукових виданнях іноземних держав

5. Наволокова О. О., Боряк О. В. Когнитивні дисфункції у дітей з порушеннями мовлення, що пережили психотравмуючі впливи війни. *Proceedings of the IX International Scientific and Practical Conference «Comprehension of the multidimensionality phenomenon of knowledge», February 27 – 28, 2023 Rotterdam, Netherlands by the «InterSci». 78 p. С. 42–47.*
https://er.knutd.edu.ua/bitstream/123456789/24972/3/Comprehension_of_the_multidimensionality_phenomenon_of_knowledge.pdf

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

6. Наволокова О. О., Логопедична допомога дошкільникам з ООП в умовах дистанційного онлайн навчання. *Освітні і культурно-мистецькі практики в контексті інтеграції України у міжнародний науково-інноваційний простір: матеріали III Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених, 12-13 травня 2022, м. Запоріжжя., С 68-72.*

7. Наволокова О. О., Активізація мовленнєвої діяльності у дітей з ООП в умовах полілінгвального середовища («Activation of speech activity in children with special education needs (SEN) in a polylingual environment»). *Становлення особистості дитини в умовах сучасного розвитку суспільства: соціально-педагогічний, психологічний, корекційний і медичний аспекти : матеріали всеукр. наук.-практ. конф., м. Полтава, 12–13 трав. 2022 р. / за заг. ред. Н. Г. Пахомової, В. І. Березан. Полтава : ПНПУ імені В. Г. Короленка, 2022. С. 163-167.*

8. Наволокова О. О., Стрес, як негативний чинник впливу на розвиток комунікативних вмінь та навичок немовленнєвих дітей («Stress as a negative of influence on the development of communicative change and skills of non-speaking children»). *Корекційна та інклюзивна освіта очима молодих науковців: матеріали IX Міжнародної науково-практичної конференції, 18 травня; 2022 Суми : Вид-во СумДПУ імені А.С. Макаренка, С. 161-165.*

9. Наволокова О. О. Скринінг мовленнєвого розвитку дітей дошкільного віку в умовах воєнного стану. *Корекційно-реабілітаційна діяльність: стратегії розвитку у національному та світовому вимірі, матеріали VIII Міжнародної науково-практичної конференції*, 23 листопада; 2022 Суми : Вид-во СумДПУ імені А.С.Макаренка, С. 161-164.