

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХЕРСОНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Педагогічний факультет
Кафедра спеціальної освіти

**Абілітація мовленнєвої функції у дітей раннього віку в
комплексній системі раннього втручання**

Кваліфікаційна робота (проект)

на здобуття ступеня вищої освіти “магістр”

Виконав: здобувачка 2 курсу 09-291М групи
Спеціальності 016 Спеціальна освіта
016.01 Логопедія
Освітньо-професійної (наукової)
програми Логопедія
Пасюра Юлія Вікторівна

Керівник: кандидатка педагогічних наук,
доцентка Кабельнікова Н.В.
Рецензент: доцентка кафедри логопедії
Сумського державного педагогічного університету
імені А.С.Макаренка Ласточкина О.В.

Івано-Франківськ – 2023

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. Науково-теоретичні засади дослідження проблеми абілітації мовленнєвої функції у дітей раннього віку в комплексній системі раннього втручання	7
1.1. Нормативні показники раннього мовленнєвого онтогенезу	7
1.2. Етіологія мовленнєвого дизонтогенезу у дітей раннього віку та його види	13
1.3. Значення абілітації мовленнєвої функції в системі раннього втручання	18
РОЗДІЛ 2. Методика логопедичної абілітації дітей раннього віку з порушеним мовленнєвим розвитком в комплексній системі раннього втручання	21
2.1. Організація та зміст дослідження стану мовленнєвого розвитку дітей раннього віку	21
2.2. Аналіз результатів констатувального експерименту	27
2.3. Теоретичне обґрунтування логопедичної абілітації в системі раннього втручання	37
2.4. Організація та зміст роботи з абілітації мовленнєвої функції у дітей раннього віку	41
2.5. Аналіз результатів контрольного експерименту	46
ВИСНОВКИ	54
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	57
ДОДАТКИ	63
Додаток А. Анкета для батьків	63
Додаток Б. Індивідуальна картка логопедичного обстеження дитини третього року життя	65

ВСТУП

Актуальність дослідження. Питанню розвитку мовлення у дітей раннього віку завжди приділялася значна увага з боку логопедів, дефектологів, психологів та інших фахівців. Незважаючи на це, останнім часом все більшу стурбованість викликає негативна тенденція щодо збільшення кількості дітей перших років життя з відхиленнями у мовленнєвому онтогенезі, зокрема із затримкою мовленнєвого розвитку, що характеризується відсутністю вербальних засобів спілкування у той час, коли за нормативними показниками малюк має накопичувати знання про оточуючий світ та певному рівні вербалізувати їх під час взаємодії з дорослими. Така ситуація здійснює негативний вплив на подальший розвиток дитини та на успішну її соціалізацію.

Для вирішення цієї проблеми необхідно розробити і застосовувати на практиці заходи щодо раннього виявлення дітей з порушеннями розвитку та дітей «групи ризику», які мають обтяжливий анамнез з метою надання їм комплексної кваліфікованої медичної, соціальної та психолого-педагогічної допомоги, у тому числі й абілітації в системі раннього втручання [9].

Абілітація – це процес, спрямований на первинне формування та розвиток ще несформованих функцій та навичок, на відміну від реабілітації, яка пропонує відновлення втрачених функцій внаслідок травми чи захворювання. Абілітація дітей з затримкою мовлення охоплює всі аспекти розвитку, соціальної адаптації, поведінки, сприяє їх підготовці до успішного спілкування з оточуючими, навчання у закладах дошкільної освіти, здійснює комплексну інформаційно-методичну і психолого-педагогічну підтримку сім'ї [12].

У вітчизняній логопедії дослідженню порушень мовлення у ранньому віці присвячено роботи Н.Базими, Н.Лопатинської, Н.Манько, І.Марченко, Є.Соботович, В.Тарасун, В.Тищенка, М.Шеремет та ін. Проте в логопедичній практиці недостатньо представлені основні напрямки абілітаційної допомоги дітям раннього віку із затримкою мовленнєвого розвитку.

Досліджувана проблема набуває актуальності через те, що переважно вчителі-логопеди займаються з дітьми середнього та старшого дошкільного віку. Багато педагогів не практикують заняття з дітьми перших 3-х років життя, оскільки це пов'язано з певними труднощами. Вирішенню цієї проблеми, на нашу думку, може сприяти включення дітей перших років життя з порушеннями розвитку, у тому числі і з затримкою мовленнєвого розвитку в систему раннього втручання.

Актуальність проблеми та очевидна потреба у її практичній розробці зумовили вибір теми кваліфікаційного дослідження: *«Абілітація мовленнєвої функції у дітей раннього віку в комплексній системі раннього втручання»*.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Кваліфікаційна робота виконана відповідно до науково-дослідної теми кафедри спеціальної освіти ХДУ «Зміст та технології навчання в системі спеціальної освіти та інклюзивному освітньому середовищі» (0119U101727 від 22.11.2019.).

Мета дослідження – розробити напрями та зміст методики абілітації мовленнєвої функції у дітей раннього віку в комплексній системі раннього втручання.

Завдання дослідження:

1. Зробити аналіз нейропсихологічної, клінічної логопедичної літератури з проблеми дослідження.
2. Вивчити етіологію та види мовленнєвого дизонтогенезу у дітей раннього віку.
3. Розкрити значення логопедичної абілітації в системі раннього втручання.
4. Експериментальним шляхом виявити рівень опанування мовленням дітьми раннього віку із затримкою мовленнєвого розвитку.
5. Теоретично обґрунтувати, розробити та перевірити ефективність напрямів логопедичної абілітації в системі раннього втручання.

Об'єкт дослідження – комунікативно-мовленнєвий розвиток дітей раннього віку.

Предмет дослідження – напрями та зміст методики абілітації мовленнєвої функції у дітей раннього віку із затримкою мовленнєвого розвитку в комплексній системі раннього втручання.

Методи дослідження: *теоретичні:* вивчення та аналіз психолого-педагогічних, клінічних та інших наукових джерел для визначення стану і теоретичного обґрунтування досліджуваної проблеми; *емпіричні:* спостереження, вивчення продуктів діяльності дітей раннього віку, їх комунікативної поведінки, педагогічний експеримент, спрямований на виявлення рівня та особливостей сформованості мовленнєвої функції у дітей із затримкою мовленнєвого розвитку; *статистичні:* використання методів математичної статистики з метою кількісної та якісної обробки результатів експериментальної роботи.

Елементи наукової новизни дослідження. Науково-теоретично *обґрунтовано* необхідність проведення заходів з абілітації мовленнєвої функції у дітей раннього віку з метою їх повноцінного розвитку та успішної соціалізації; *уточнено* сутність понять «абілітація», «абілітація мовленнєвої функції», «затримка мовленнєвого розвитку»; експериментальні дані про стан сформованості мовленнєвої функції у дітей раннього віку із затримкою мовленнєвого розвитку; *подальшого розвитку* набули положення про доцільність та необхідність впровадження абілітації мовленнєвої функції у дітей раннього віку із затримкою мовленнєвого розвитку в комплексній системі раннього втручання.

Практичне значення дослідження. Одержані результати можуть бути використані для подальших досліджень із зазначеної проблематики, а також будуть корисні мовленнєвим терапевтам закладів охорони здоров'я, вчителям-логопедам ЗДО, фахівцям-логопедам інклюзивно-ресурсних центрів, котрі здійснюють логопедичний супровід дітей та їх родин в системі раннього втручання.

Апробація дослідження. Матеріали роботи були оприлюднені в публікації «Методи та прийоми стимуляції розвитку мовлення у дітей раннього

віку із затримкою мовленнєвого розвитку» (Інтеграція науки і практики в умовах модернізації спеціальної освіти України: збірка матеріалів Всеукраїнської науково-практичної конференції 23-24 березня 2023 року / за заг.ред. С.Д.Яковлевої, Н.В.Кабельнікової. Івано-Франківськ, 2023. С. 158 -161.

Структура дослідження. Кваліфікаційна робота містить вступ, два розділи, висновки, список використаних джерел та додатки.

РОЗДІЛ 1

Науково-теоретичні засади дослідження проблеми абілітації мовленнєвої функції у дітей раннього віку в комплексній системі раннього втручання

1.1. Нормативні показники раннього мовленнєвого онтогенезу

Мовлення уявляє собою особливу та найбільш досконалу форму спілкування, яка властива тільки людині. У процесі мовленнєвого спілкування (комунікації) люди обмінюються думками та впливають один на одного. Засобом мовленнєвого спілкування є мова [16].

Мова – це система кодових знаків (фонетичних та графічних), що перебувають у певних відношеннях, зумовлених законами та закономірностями, властивими даній мові і які використовують для мовленнєвої комунікації [16].

Мовлення дитини формується безпосередньо під впливом мовлення оточуючих дорослих і залежить від достатньої мовленнєвої практики, адекватного мовленнєвого оточення, оптимального предметно-розвивального середовища, що оточує малюка з перших днів його життя [11].

У літературних джерелах [] науковці (Л.Бадалян [2], А. Богуш [3], О.Гвоздєв [8], О.Леонтьєв [16], Г.Розенгард-Пупко [33]) виокремлюють різну кількість етапів в опануванні мовлення дітьми, по різному їх позначають, по різному інтерпретують їх вікові межі. Більшість з науковців вважають перший рік життя домовленнєвим періодом, який є підготовчим у розвитку дитячої мовлення. У підготовчому періоді виокремлюють чотири етапи:

- 1 етап (0-3 місяці) – розвиток емоційно-експресивних реакцій;
- 2 етап (3-6 місяців) – поява голосових реакцій, гуління, белькотіння;
- 3 етап (6-10 місяців) – початок розвитку здатності до розуміння мовлення, активного белькотіння;
- 4 етап (10-12 місяців) – період появи перших слів [2].

Натомість Г.Розенгард-Пупко у мовленнєвому розвитку дитини виділяє тільки два етапи: підготовчий (до 2 років) та етап самостійного оформлення мовлення (дошкільний період) [33], а О.Леонтьєв виокремлює чотири етапи у становленні дитячого мовлення: підготовчий (до 1 року життя); переддошкільний (етап первинного опанування мовленням – до 3 років); дошкільний (до 7 років); шкільний (з 7 до 17 років) [16].

Зупинимося на більш детально на основних етапах раннього мовленнєвого онтогенезу.

Підготовчий етап (від народження малюка до року життя). Перший рік життя, відіграє надзвичайно важливу роль у розвитку структур та систем мозку та психічної діяльності, які беруть участь у формуванні мовлення. Момент народження малюка характеризується появою у нього таких голосових реакцій, як крик та плач. Не дивлячись на те, що ці голосові реакції не є мовленнєвими, вони сприяють розвитку дрібних та різноманітних рухів трьох периферичних відділів мовленнєвого апарату: дихального, фонаційного та артикуляційного.

На третьому тижні життя у дитини починає з'являтися реакція на голос оточуючих: вона перестає плакати та прислухається. Пізніше малюк починає повертати голову в бік того, хто говорить, або стежити за ним очима. Малюк реагує на інтонацію, з якою до нього звертається дорослий: пожвавлюється – на лагідну, плаче – на різку, грубу [3].

Приблизно з 2 міс. життя з'являється гуління та з 3-го міс. – белькотіння. До 3-го місяця життя крик малюка стає більш виразним та модульованим. Під час крику спостерігається посилення некоординованих рухів рук та ніг. З цього віку дитина починає реагувати криком на припинення спілкування з нею, прибирання яскравих предметів із поля її зору тощо. Інтонаційне збагачення крику засвідчує про початок формуватися функція спілкування.

У 2-4 місяці життя у малюка з'являються окремі звуки - гукання, а потім гуління. Відтворювані звуки позбавлені змісту, але вимовляються малюком з певною інтонацією, з їх допомогою дитина привертає увагу дорослого.

Приблизно у 4 місяці життя звукові поєднання ускладнюються та стають більш різноманітними. Малюк під час гуління ніби грається зі своїм артикуляційним апаратом, багаторазово повторюючи один і той же звук або звукопоєднання, отримуючи при цьому задоволення. На фоні позитивного емоційного контакту малюк починає наслідувати дорослих, намагається урізноманітнити голос виразною інтонацією. Водночас відбувається розвиток розуміння мовлення. Достатнє мовленнєве спілкування дорослих з дитиною в перші місяці життя сприяє стимуляції центрального кіркового та периферичного відділів слухомовленнєвого аналізатора малюка, а його голосові реакції, зумовленні вродженою здатністю до наслідування, сприяють дозріванню кіркової частини мовленнєворухового аналізатору. Велике значення у цьому процесі відводиться і зоровому аналізатору. Починаючи з 5 місяців життя малюк під час сприйняття звуків уважно спостерігає за артикуляційними рухами губ та язика, намагаючись їх наслідувати. Багаторазове повторення певного руху призводить до закріплення рухової навички. Вже з 6 місячного віку малюк на основі наслідування здатен вимовляти окремі склади (ма-ма-ма, ба-ба-ба, тя-тя-тя, па-па-па та ін), що засвідчує про перехід на стадію активного лепіту [14]. В результаті поступового дозрівання артикуляційного праксису та вдосконалення м'язів артикуляційного апарату малюк стає здатним відтворювати ланцюжок складів з різними приголосними та голосними. У першому півріччі життя дитина починає позначати предмети та дії лепітними словами («ма», «бу», «ді»), а у віці до семи місяців звуки позначають потреби, дії, явища [2].

Слід зазначити, що найбільш інтенсивний процес накопичення звуків белькотіння відбувається після шостого місяця протягом сьомого місяців життя, але потім цей процес уповільнюється, нові звуки майже не з'являються [33]. Далі за допомогою наслідування дитина поступово опановує на слух всі елементи мови – не тільки фонему, а й тональність, темп, ритм, тембр, мелодіку та інтонацію (просодичні компоненти мовлення).

На початку другого півріччя життя дитина сприймає певні звукопоєднання та пов'язує їх з певними предметами або діями (тік-так, дай, бух тощо). Водночас вона реагує не стільки на фонетичний склад слова, скільки на весь комплекс дії: ситуацію, інтонацію, учасників, що допомагає їй утворити тимчасові зв'язки, а отже, запам'ятати слова [2].

У період з 7-8 місяців до 12 місяців життя артикуляційні можливості дитини переважно не збільшуються, але у цей час відбувається надзвичайно активний процес розвитку розуміння зверненого мовлення. Семантичне навантаження у цей період відбувається не на фонемі, а просодичні компоненти мовлення.

У цей період звуки, що не відповідають фонетичній системі рідної мови, починають згасати, з'являються нові мовленнєві звуки, подібні до фонем мовленнєвого оточення. Поступово у малюка завдяки слуховим зворотнім аферентаціям та слухового контролю формується фонетична система рідної мови [33].

До 10 місяців життя у дитини формується вищий рівень комунікативно-пізнавальної активності, що стимулює стрибок у розвитку її мотиваційної сфери.

З одинадцятого місяця у малюка викликають реакцію власне слова незалежно від ситуації та інтонації того, хто говорить. У цей час особливо важливого значення набуває мовленнєве оточення малюка.

По мірі ускладнення белькотіння, звуки починають поступово диференціюватися і наближатися за акустичними параметрами до звуків рідної мови. Дитина вже артикулює групи звуків: губно-зубні, губно-губні, альвеолярні, передньо-, середньо- та задньоязикові, носові та ротові, дзвінки та глухі, вибухові та фрикативні, тверді та м'які.

Наприкінці першого року життя у мовленні дитини з'являються перші слова.

Слід зазначити, що спостерігаються певні відмінності в темпах розвитку мовлення за гендерною ознакою. Так, є вказівки на те, що у дівчаток перші слова з'являються у період з 8-9 місяців, у хлопчиків – з 11-12 місяців життя.

Отже, до кінця першого року життя здорова дитина опановує на певному рівні імпресивним та експресивним мовленням, у неї з'являються прості форми ігрової діяльності.

На подальших етапах відбувається вдосконалення та розвитку всіх сторін мовлення [3].

Передшкільний етап (від 1 року до 3 років). Цей період характеризується опануванням активного мовлення. На початку другого року життя у дитини виявляється особлива увага до артикуляції оточуючих. Вона активно повторює слова за оточуючими, при цьому плутає звуки, може переставляє їх іноді, спотворює або пропускає. Особливо інтенсивно в цьому віці відбувається процес опанування мовою, як засобом спілкування дитини з оточуючими, засобом пізнання навколишнього світу.

Розвиток мовлення зумовлює розвиток мислення, оскільки слово співвідноситься з предметами, діями, ознаками. Наявний у дитини рівень розвитку імпресивного мовлення дозволяє їй виконати найпростіші словесні вказівки дорослих. У свою чергу рівень розвитку мислення сприяє збагаченню словникового запасу та розвитку мовлення в цілому.

Перші слова дитини мають узагальнено-смісловий характер. Одним і тим же словом або звукопоєднанням вона може позначати і предмет, і прохання, і почуття. Ситуаційне мовлення дитина супроводжує жестами, мімікою. З півторарічного віку слово набуває узагальненого характеру. Набувається здатність до розуміння словесного пояснення дорослого, засвоєння знань, накопичення нових слів [33].

Упродовж 2-го та 3-го років життя у дитини відбувається значне накопичення словника. Найбільш поширеними даними про активний розвиток словникового запасу дітей у раннього віку є наступні: до 1 року 6 місяців – 10-

15 слів; до кінця 2-го року – 300 слів (за 6 місяців близько 300 слів); до 3 років – близько 1000 слів (тобто за рік близько 700 слів) [20; 28].

До 2 років діти практично опановують навички вживання форм однини і множини іменників, часу та особи дієслів, використовують деякі відмінкові закінчення. Саме тоді розуміння мовлення дорослого значно перевищує можливості лексико-граматичного оформлення власного мовлення дитини. На початковому етапі дитина засвоює найбільш загальні, найбільш продуктивні правила формоутворення, пізніше опановує винятки із загального правила. На цьому етапі в дитячому мовленні зустрічається ще багато граматичних неточностей. Одні флексії замінюються іншими, але не більше, ніж у межах одного граматичного значення. З'являються деякі прийменники (в, на, у, з та ін.), але їх вживання не завжди відповідає мовній нормі, спостерігаються їх заміни та неточне вживання.

Відбувається розширення та ускладнення структури фрази до 5 – 8 слів, поява складних речень. Значення слів стають більш конкретними.

На початку 3-го року життя дитина починає активно опановувати граматичною будовою мовлення. Спочатку дитина висловлює свої бажання, прохання одним словом. Потім використовує прості двослівні фрази без узгодження слів. Далі поступово з'являються елементи узгодження та упорядкування слів у фразі. Діти засвоюють узгодження прикметників із іменниками у непрямих відмінках. У мовленні дітей відбувається подальший розвиток складносурядного та складнопідрядного речень, засвоюються багато службових слів [21].

Зазначені етапи раннього мовленнєвого онтогенезу не мають чітких суворих меж, плавно переходять з попереднього до наступного.

Для того, щоб процес раннього мовленнєвого розвитку у дитини відбувався своєчасно та повноцінно, необхідним є дотримання певних умов:

1. Збереженість морфологічної структури мозку та його функцій.
2. Повноцінне функціонування аналізаторних систем.
3. Збереженість інтелектуального розвитку, достатня психічна активність.

4. Оптимальний соматичний стан.

5. Наявність потреби у мовленнєвому спілкуванні та вербальній взаємодії з дорослими та однолітками.

6. Повноцінне мовленнєве оточення, в якому виховується дитина [21].

Отже, своєчасний та правильний мовленнєвий розвиток дитини дозволяє їй постійно засвоювати нові поняття, розширювати запас знань та уявлень про оточуючий світ, опановувати способи взаємодії з дорослими та однолітками.

1.2. Етіологія мовленнєвого дизонтогенезу у дітей раннього віку та його види

Відхилення у мовленнєвому розвитку у перші роки життя від повної відсутності вербальних засобів спілкування до затриманого формування активного мовлення за спостереженнями педагогів, медиків, дитячих психологів та логопедів на сьогодні є досить поширеним явищем. Мовленнєвий дизонтогенез у ранньому віці не тільки негативно впливає на здатність малюка до спілкування з оточуючими, а й призводить до відхилень у психоемоційному й когнітивному розвитку [30].

В логопедичній літературі [12; 15; 18; 22;] виділяють дві великі групи факторів, що впливають на ранній мовленнєвий розвиток: біологічні та соціальні фактори ризику, що тісно взаємопов'язані між собою. Особливо значущу групу складають фактори біологічного характеру, що найчастіше становлять причину мовленнєвого дизонтогенезу.

Біологічні фактори ризику являють собою патогенні фактори, що впливають на ЦНС дитини у період пренатального, натального та раннього постнатального розвитку [12].

Внутрішньоутробна (пренатальна) патологія може бути зумовлена інфекційними та соматичними захворюваннями матері під час вагітності, вірусними інфекціями, інтоксикаціями, токсикозами, прийомом лікарських препаратів, алкоголізмом та палінням під час вагітності, впливом радіаційного

випромінювання, внутрішньоутробною хронічною гіпоксією внаслідок вад розвитку та функціонування плаценти або пуповини.

Натальні фактори зумовлюються різною акушерською патологією. Провідна роль в них відводиться механічній та гіпоксично-токсичній асфіксії та пологовій травмі, що призводять до внутрішньочерепних крововиливів і загибелі нервових клітин, у тому числі й у мовленнєвих зонах кори головного мозку. Також серед патогенних факторів мовленнєвого дизонтогенезу виділяють імунологічну несумісність крові матері та плода (несумісність за резус-фактором).

За даними клінічних досліджень порушення мовленнєвого розвитку в ранньому віці виникають внаслідок поєднання патогенних факторів, які діють у різні періоди онтогенезу. Так наприклад, порушення діяльності нирок у матері призводить до розвитку кисневої недостатності (гіпоксії) та інтоксикації у плода. Якщо цей стан тривалий, то під час пологів малюк народжується в асфіксії, далі різко розвиваються симптоми гострого порушення мозкового кровообігу тощо. Виділити який саме з них патогенний фактор спричинив порушення мовленнєвого розвитку у дитини є неможливим, тому їх об'єднують у так звану групу перинатальних причин. Наслідки впливу цих факторів можуть бути – від нерізко вираженої мінімальної мозкової дисфункції до тяжких пошкоджень ЦНС [9].

Певну роль в етіології відхилень мовленнєвого розвитку в ранньому віці відіграють й спадкові фактори. Але вони характеризуються як передумова (фон), на якій розвивається мовленнєва патологія під впливом навіть незначних несприятливих впливів. Передається у спадок слабкість та чутливість мозкових структур [18].

У постнатальний період до виникнення мовленнєвої патології призводять нейроінфекції, черепно-мозкові травми, соматичні, інфекційні, метаболічні, ендокринні захворювання дитини, які негативно впливають на морфофункціональне дозрівання головного мозку та функціонування периферичних відділів мовленнєвого апарату [21].

Серед соціальних факторів провідне місце посідають: неповноцінне мовленнєве спілкування дорослих з дитиною, обмеження вербальних контактів; мовленнєві порушення у батьків, які дитина наслідує; збіднене предметно-розвивальне середовище тощо [13].

Варто відмітити, що біологічні чинники та їх поєднання призводять до стійких видів мовленнєвого дизонтогенезу дизонтогенетично-енцефалопатичного характеру, в той час, як соціальні фактори – до темпових затримок мовленнєвого розвитку або до обтяження біологічних.

Категорія дітей раннього віку з відхиленням мовленнєвим розвитком характеризується неоднорідністю. На першому році життя дітей з обтяжливим анамнезом як правило відносять до «групи ризику». Малюків віком з 1 року до 3-х – незалежно від ступеня не сформованості мовлення до категорії дітей із затримкою мовленнєвого розвитку. Якщо мовленнєвий дизонтогенез поєднується із порушенням розвитку психічних функцій, то цей стан відносять до затримок психомовленнєвого розвитку. Для всіх цих категорій дітей відмічають відсутність мотивації до мовленнєвої діяльності, невміння орієнтуватися в ситуації, поведінкові порушення, негнучкість в контактах, підвищена емоційна виснажливність, недостатність базових уявлень про значення предметів і явищ навколишньої дійсності, несформованість комунікативної, регулюючої, плануючої функції мовлення, низький рівень мовної активності [12].

Категорія дітей «групи ризику» є предметом міждисциплінарного дослідження, що обумовлено складністю та полісимптомністю цього явища. Говорячи про дітей «групи ризику», мають на увазі те, що ці діти перебувають під впливом деяких несприятливих факторів, які можуть спровокувати або не спровокувати розвиток патології.

До таких несприятливих факторів (факторів ризику) відносять:

- 1) медико-біологічні (стан здоров'я, спадкові причини, вроджені реактивні властивості організму, порушення у психічному та фізичному

розвитку, умови народження дитини, захворювання матері та її спосіб життя, патологія внутрішньоутробного розвитку тощо);

2) соціально-економічні (багатодітні та неповні сім'ї, неповнолітні батьки, сім'ї, які ведуть асоціальний спосіб життя; непристосованість сім'ї до життя в суспільстві тощо);

3) психологічні (емоційна холодність матері, відчуження від соціального середовища, неприйняття себе, невротичні реакції, порушення спілкування з оточуючими, емоційна нестійкість, неуспіх у діяльності, неуспіх у соціальній адаптації, труднощі спілкування, взаємодії з однолітками та дорослими тощо);

4) педагогічні (невідповідність змісту програм освітньої установи та умов навчання дітей їх психофізіологічним особливостям, темпу психічного розвитку дітей та темпу навчання, закритість для позитивного досвіду тощо.) [45].

Серед дітей перших років життя, які відносяться до «групи ризику» у тому числі і за мовленнєвим дизонтогенезом відносять наступні категорії дітей:

1) діти з відхиленнями у розвитку, які не мають різко вираженої клініко-патологічної симптоматики;

2) діти, які залишилися без піклування батьків через різні обставини (діти-сироти);

3) діти із асоціальних сімей;

4) діти із сімей, які потребують соціально-економічної та соціально-психологічної допомоги та підтримки;

5) діти з проявами психолого-педагогічної та соціальної дезадаптації [12].

На першому році життя виділяють групу різного ступеня ризику щодо виникнення порушень мовленнєвого розвитку: групу високого ризику та групу ризику.

До групи високого ризику включаються малюки, у яких у перші 3 міс. життя в результаті поглибленого клінічного обстеження виявлені структурні порушення з боку ЦНС.

До групи ризику відносяться недоношені немовлята (особливо з екстремально низькою масою тіла), малюки із порушеннями дистантних аналізаторів (зорового та слухового), недостатністю функцій черепних нервів (особливо V, VII, IX, X, XII пар), діти із затримкою редукції безумовних автоматизмів, у яких тривало зберігаються порушеннями м'язового тону.

Таким чином, діти «групи ризику» за розвитком мовленнєвої патології – це категорія дітей, які на різних етапах онтогенезу зазнавали впливу патогенних факторів та в більшому ступені, ніж інші діти, схильні до негативних зовнішніх впливів [9].

Сучасна педагогічна наука терміном «затримка мовленнєвого розвитку» (ЗМР) у дітей віком до 3-х років життя позначає стан, при якому відхилення від нормотипового мовленнєвого онтогенезу достатньо виражені в силу різних причин, насамперед нейрофізіологічного та психолог-педагогічного характеру, але тип порушення мовленнєвого розвитку ще не визначений [21].

Фахівці поділяють ЗМР відповідно характеру порушень опанування функціональною системою мови та мовлення на три види: системна; загальна; специфічна.

Системна затримка зумовлена порушеннями вищих психічних функцій, аналізаторів, рухової сфери – у такому разі і діагностують затримку психомовленнєвого розвитку. Цей вид ЗМР має вторинний характер.

Загальна затримка характеризується лише затримкою мовлення, тобто інтелектуальні здібності збережені та не страждають.

Під час специфічної затримки мовленнєвого розвитку не діагностуються порушення з боку ЦНС, інтелекту і слуху [42].

Н.Манько виділяє наступні види ЗМР за етіологічним критерієм: «ЗМР резидуально-органічного генезу – відхилення мовленнєвого розвитку внаслідок пошкодження центральної нервової системи (гіпоксично-токсичного, травматичного, гіпоксично-травматичного, білірубінового походження); ЗМР психогенного генезу – відхилення в опануванні мовленнєвою функцією внаслідок впливу соціально-психологічних факторів; ЗМР соматогенного

генезу - відхилення в опануванні мовленнєвою функцією внаслідок соматичної ослабленості (аденоїдів, інфекційних захворювань, тяжких соматичних захворювань тощо); ЗМР не з'ясованого генезу – відхилення в опануванні мовленнєвою функцією дітьми з необтяженим анамнезом» [21].

Психоневрологічний аналіз видів затримки мовленнєвого розвитку у дітей раннього віку включає в себе не тільки характеристику різних аспектів порушення мовленнєвої та психічної діяльності, але й інтерпритацію провідних механізмів цих порушень в динаміці мовленнєвого і психічного розвитку, що триває. Важливим є врахування і нейрофізіологічних механізмів переходів від одного рівня мовленнєвого розвитку до іншого при різноманітних видах ЗМР.

1.3. Значення абілітації мовленнєвої функції в системі раннього втручання

Раннє втручання – це сучасна прогресивна система надання комплексної допомоги дітям з інвалідністю, дітям із груп біологічного та соціального ризику у віці від народження до 4 років та їх сім'ям [42].

Система раннього втручання здійснюється на основі міждисциплінарного підходу і спрямована на створення умов задоволення потреб соціально-емоційного розвитку та психолого-педагогічного немовлят і дітей раннього віку.

Робота одночасно з батьками та дитиною надає унікальну можливість ширшого спостереження, швидкого накопичення інформації та досвіду, їх відображення та коментування порівняно з індивідуальними терапевтичними програмами. Порушення відносин та первинного соціального оточення, негативні тенденції у розвитку дитини перших років життя можуть бути змінені у більш сприятливу для батьків та дитини сторону.

Основними компонентами єдиної системи раннього втручання є: виявлення дітей з особливими потребами, визначення особливих потреб та специфічних освітніх потреб дитини та сім'ї, розробка та реалізація індивідуальних програм раннього втручання та ін. [41].

Відомо, що у дитинстві відбувається засвоєння найважливіших компонентів загальнолюдського досвіду. Раннє дитинство – вважається сензитивним періодом з позиції психолого-педагогічного впливу. Своєчасний початок логопедичної абілітації є необхідною умовою для успішного формування компенсаторних механізмів, корекції первинних порушень і профілактики вторинних відхилень у розвитку дитини. Пластичність мозку в ранньому віці, чутливість до зовнішніх психолого-педагогічних впливів є важливими передумовами формування мовленнєвої функції.

Логопедична абілітація створює широкі можливості для надання допомоги дитині в найбільш сприятливий момент її розвитку. У перші роки життя у малюка починають формуватися мовленнєві вміння та навички, створюються умови для накопичення мовленнєвого досвіду. Це може позитивно вплинути на мовленнєвий розвиток та опанування мовленнєво-комунікативною функцією на подальших етапах життя [47].

Найінтенсивніший темп розвитку та дозрівання головного мозку відбувається на першому році життя і у цьому віковому періоді може відбутися максимальна компенсація пошкоджених мозкових структур. В соціальному плані зазначений період характеризується первинним навчанням дитини у процесі її спілкування з матір'ю та оточуючими, що є своєрідним фундаментом подальшого не тільки мовленнєвого, а й психомоторного розвитку дитини [2].

Своєчасна та правильно організована рання діагностика та комплексне медико-психолого-педагогічне втручання допомагають усунути відхилення в розвитку психологічної бази мовлення, навчити дитину та її батьків (зокрема матір) формам комунікативної та соціальної взаємодії, що дозволяє досягти можливого рівня розвитку мовлення для кожної дитини. Якщо не проводити логопедичну абілітацію і всю систему раннього втручання, то надалі можуть виникнути більш важкі мовленнєві, емоційні та психічні порушення.

Логопедична абілітація в комплексній системі раннього втручання проводиться на основі наступних принципів:

- раннє виявлення та діагностичне вивчення дітей раннього віку, які відносяться до «групи ризику» та мають відхилення у психофізичному розвитку;
- своєчасна медико-психолого-педагогічна допомога дитині;
- комплексний підхід до діагностичного вивчення та організації системи абілітації мовленнєвої функції;
- розробка індивідуальної програми логопедичної абілітації для кожної дитини, залежно від її характерологічних особливостей;
- надання психолого-педагогічної допомоги батькам дитини, залучення їх в процес абілітаційної роботи [46].

Однією з важливих умов ефективності логопедичної абілітації є залученість матері або особи, що її заміняє у заняття, оскільки закріплення сформованих умінь відбувається переважно в домашніх умовах під час звичних режимних моментах.

Абілітаційний процес передбачає наступні напрями роботи: розвиток слухового сприйняття, розвиток здатності до використання невербальних компонентів комунікації, розвиток зорово-моторної координації, дрібної моторики рук і артикуляційної моторики, розвиток сенсорно-перцептивної діяльності, розвиток функції голосу та дихання, розвиток почуття ритму, розвиток імпресивного та експресивного мовлення.

Отже, комплексна система раннього втручання дозволяє створити всі необхідні умови для розвитку та соціальної адаптації дитини раннього віку шляхом надання як біологічної, так і соціальної підтримки. Логопедична абілітація в ранні терміни життя малюка дозволяє максимально створити психофізіологічну базу мовлення в сенситивний для цього період та попередити розвиток вторинних дизонтогенетичних нашарувань. Навіть у випадках, коли функціональність дитини з порушеннями розвитку не може бути сформована до нормотипових показників, в процесі логопедичної абілітації дитина вчиться досягати функціональні цілі альтернативними шляхами (якщо звичні шляхи блоковані) та адаптуватися в оточуючому середовищі.

РОЗДІЛ 2

Методика логопедичної абілітації дітей раннього віку з порушеним мовленнєвим розвитком в комплексній системі раннього втручання

2.1. Організація та зміст дослідження стану мовленнєвого розвитку дітей раннього віку

Система ранньої допомоги дозволяє максимально охопити дітей з порушеннями у розвитку на ранніх етапах онтогенезу, що дозволяє запобігти виникнення вторинних порушень у розвитку, а також найбільш ефективно використати сенситивні періоди становлення вищих психічних функцій для їх розвитку. Максимально ранній початок комплексного клініко-психологічного та соціально-педагогічного супроводу сім'ї, яка виховує дитину з порушеннями розвитку або ту, що входить до «групи ризику», є ефективним фактором оптимізації освітніх можливостей та перспектив дитини. В структурі цієї комплексної системи раннього втручання важливе місце відводиться ранній діагностиці відхилень у розвитку, у тому числі й мовленнєвому [23].

Нами було проведено експериментальне дослідження, що складалося з трьох етапів:

- 1) дослідження актуального рівня сформованості мовленнєвої функції у дітей раннього віку (третій рік життя) – констатувальний експеримент;
- 2) розробка та впровадження методики логопедичної абілітації дітей з порушеним мовленнєвим розвитком – формувальний експеримент;
- 3) вивчення ефективності розробленої методики логопедичної абілітації в системі раннього втручання – контрольний експеримент.

Експериментальне дослідження проводилося на базі «групи раннього втручання» в Одеському спеціальному ЗДО № 193 компенсуючого типу. Охоплено експериментальною роботою було 10 дітей віком від 2,9-3 роки. За медичною документацією у всіх дітей діагностовано затримку мовленнєвого розвитку.

Нами окреслено цілі констатувального експерименту:

1. Виявлення патогенних факторів, що могли негативно вплинути на мовленнєвий розвиток дитини на ранніх етапах розвитку.
2. Визначення основних показників мовленнєвого дизонтогенезу в ранньому віці.
3. Дослідження рівня мовленнєвого розвитку у дітей третього року життя з порушеним мовленнєвим онтогенезом.

З метою виявлення патогенних факторів, що могли негативно вплинути на мовленнєвий розвиток дитини на ранніх етапах розвитку та визначення основних показників мовленнєвого дизонтогенезу в перші роки життя використано метод анкетування. Нами було розроблено анкету для батьків (Додаток А), в яку включено питання, спрямовані, як на визначення спадкових чинників у виникненні відхилень у мовленнєвому розвитку дитини, анатомо-фізіологічних (пренатальних, натальних, постнатальних, перинатальних) та соціальних. Деякі питання в анкеті були сформульовані так, щоб стверджувальна відповідь на них побічно вказувала на ранні прояви неврологічної або психопатологічної симптоматики у розвитку дитини (судоми при високій температурі, відмова дитини від грудного вигодовування (слабкість смоктального рефлексу), порушення сну, тощо). Також в анкеті передбачено питання для з'ясування перебігу раннього психомоторного, домовленнєвого та раннього мовленнєвого розвитку.

Кількісне оцінювання патогенних факторів, що могли негативно впливати на перебіг домовленнєвого та раннього мовленнєвого розвитку дитини відбувалося наступним чином: за кожен таких виявлених фактор ми нараховували 1 бал.

Інформація, одержана під час анкетування батьків, ретельно аналізувалася та уточнювалися під час логопедичного обстеження та спостереження за мовленнєвим розвитком дитини. Для кожної дитини нами заповнювалася індивідуальна мовленнєва картка, яка використовувалася для попереднього аналізу стану її мовлення (Додаток Б). [21].

Дослідження рівня мовленнєвого розвитку відбувалося з використанням методики логопедичного обстеження Н.Манько [21] за наступними напрямками:

1. Вивчення імпресивного мовлення.
2. Вивчення експресивного мовлення.

Під час оцінювання одержаних результатів ми орієнтувалися на загальноприйнятні нормативні показники розвитку мовлення [3; 16; 33]. Відповідно, діти з відхиленнями мовленнєвого онтогенезу, у яких спостерігалось відставання на 1 епікризний термін відносилися нами у «групу ризику» щодо розвитку затримки мовленнєвого розвитку, на 2 та більше епікризні терміни – у групу дітей із вираженою затримкою мовленнєвого розвитку. Така логопедична характеристика мала донозологічний характер і обумовлювалася тим, щоб попередньо можна було спрогнозувати перехід затримки мовленнєвого розвитку після 3-х років життя дитини у загальне недорозвинення мовлення (I рівень).

Оскільки для дітей раннього віку з порушеним мовленнєвим онтогенезом часто є вираженою дисоціація між здатністю до розуміння зверненого мовлення та наявністю вербальних засобів спілкування, нами було окремо розроблено кількісні та якісні критерії для оцінювання рівня сформованості імпресивного та експресивного мовлення.

Кожну правильну відповідь малюка ми оцінювали в 1 бал. Максимальна кількість під час дослідження стану мовленнєвого розвитку дитини становила 150: дослідження імпресивного мовлення – 50 балів, експресивного – 100 балів.

Критерії оцінювання рівня розвитку імпресивного мовлення:

Високий рівень/вікова норма (45-50 балів) – дитина у повному обсязі розуміє та виконує як прості, так і складні (2-3-етапні) інструкції; розуміє фрази на рівні діалогу; без труднощів співвідносить словесне позначення зі знайомими предметами, розуміє та співвідносить слова, що позначають дії, знайомі ознаки предметів; розрізняє та співвідносить з предметами іменники в

однині та множині; розуміє та співвідносить іменники із зменшено-пестливими суфіксами.

Достатній рівень (39-44 балів) – дитина розуміє та виконує прості та і складні (2-етапні) інструкції, але зазнає труднощів під час виконання 3-етапної інструкції; розуміє фрази на рівні діалогу, спираючись на ситуацію; співвідносить словесне позначення зі знайомими предметами, розуміє та співвідносить слова, що позначають дії, знайомі ознаки предметів; припускається поодиноких помилок під час розрізнення та співвіднесення з предметами іменників в однині та множині та співвіднесення іменників із зменшено-пестливими суфіксами.

Середній рівень (29-38 балів)– дитина розуміє та виконує прості інструкції, для виконання 2-етапної потребує вказівного жесту дорослого, виконання 3-етапної інструкції не доступно; розуміє фрази на рівні діалогу, спираючись на ситуацію, в якій відбувається спілкування; припускається помилок під час співвіднесення словесного позначення зі знайомими предметами, розуміє та співвідносить окремі слова, що позначають дії, знайомі ознаки предметів з допомогою дорослого; розрізняє та співвідносить з предметами поодинокі іменники в однині та множині та іменники із зменшено-пестливими суфіксами.

Низький рівень (25 і менше балів) – дитина не розуміє та не виконує навіть прості інструкції; не розуміє фрази на рівні діалогу, навіть спираючись на ситуацію, в якій відбувається спілкування; не співвідносить словесне позначення зі знайомими предметами, не розуміє та не співвідносить слова, що позначають дії, знайомі ознаки предметів; не здатна розрізняти та співвідносити з предметами іменники в однині та множин, іменники із зменшено-пестливими суфіксами.

Критерії оцінювання рівня розвитку експресивного мовлення:

Високий рівень/вікова норма (85-100 балів) – дитина здатна підтримати діалог, будуючи фразу з 2-х слів; у мовленні використовує іменники, що позначають знайомі дитині предмети (іграшки, посуд, одяг, тварини, овочі, фрукти тощо); в

активному словнику є дієслова, прикметники, окремі прислівники; будує фразу різної синтаксичної структури з елементами дисграматизму; здатна самостійно утворювати множину іменників у називному та знахідному відмінках однини; використовує дієслова у наказовому способі; утворює іменники за допомогою суфіксів зі значенням зменшеності та пестливості; у мовленні дитина використовує слова різні за фонетичним складом та складовою структурою, іноді пропускає приголосний під час збігу; фонетична складова мовлення представлена нормотиповою вимовою звуків раннього онтогенезу; просодичні компоненти мовлення відповідають нормативним показникам.

Достатній рівень (70-84 бали) – дитина здатна підтримати діалог, будуючи фразу з 2-х слів; у мовленні використовує іменники, що позначають знайомі дитині предмети (іграшки, посуд, одяг, тварини, овочі, фрукти тощо), в поодиноких випадках виникають парафазії на основі зовнішньої схожості об'єктів або схожості слів за фонетичним складом; в активному словнику наявні дієслова, прикметники, окремі прислівники; будує фразу за 2-3 синтаксичними структурами з елементами дисграматизму; здатна утворювати множину іменників у називному та знахідному відмінках однини за однократної допомоги дорослого; використовує дієслова у наказовому способі; за зразком утворює іменники за допомогою суфіксів зі значенням зменшеності та пестливості; у мовленні дитина використовує слова різні за фонетичним складом та складовою структурою, іноді пропускає приголосний під час збігу, переставляє склади у 3-складних словах; фонетична складова мовлення представлена нормотиповою вимовою звуків раннього онтогенезу; просодичні компоненти мовлення відповідають нормативним показникам.

Середній рівень (50-69 бали) – дитина здатна підтримати діалог, будуючи однослівну фразу супроводжуючи активною мімікою та жестами; у мовленні використовує іменники, що позначають знайомі дитині предмети (іграшки, посуд, одяг, тварини, овочі, фрукти тощо), часто спостерігаються парафазії на основі зовнішньої схожості об'єктів або схожості слів за фонетичним складом; в активному словнику наявні дієслова, прикметники; самостійно будує

однослівну фразу, за допомоги дорослого може побудувати двослівне аграматичне речення; під час утворення множини іменників у називному та знахідному відмінках однини неправильно вживає закінчення; використовує окремі дієслова у наказовому способі; не здатна утворити іменники за допомогою суфіксів зі значенням зменшеності та пестливості; у мовленні дитина використовує переважно 1-2 складні слова зрізним фонетичним складом; спостерігається ненормована вимова звуків раннього онтогенезу; просодичні компоненти мовлення відповідають нормативним показникам або може виявлятися монотонність голосу, уповільнення чи прискорення темпу мовлення.

Низький рівень (49 і менше балів) – дитина не здатна у вербальній формі підтримати діалог, на питання може не реагувати або реагує мімікою та/або жестами; в активному мовленні можуть бути тільки лепітні слова, звуконаслідування або окремі локалізовані реакції; значення, в якому використовує дитина ті чи інші звукові форми, розмите – одним звукокомплексом позначаються і предмет, і дія з ним, і ситуація; фразове мовлення відсутнє, мовленнєва активність знижена; засоби драматизації повністю; охарактеризувати фонетичний склад мовлення неможливо; може спостерігатися порушення координації дихання, голосу, та артикуляції, уповільнення чи прискорення темпу мовлення, порушення акустичних характеристик голосу, салівація, гіперкінези в артикуляційній мускулатурі, порушення м'язового тону в мімічній та/або артикуляційній мускулатурі.

Загальний рівень розвитку мовлення дітей раннього віку ми визначали шляхом одержання суми балів за результатами дослідження імпресивного та експресивного мовлення:

Високий рівень – 131-150 балів

Достатній рівень – 105-130 балів

Середній рівень – 70-104

Низький рівень – 0-69.

2.2. Аналіз результатів констатувального експерименту

Під час вивчення та порівняльного аналізу даних анамнезу з історії розвитку дітей ми особливу увагу приділяли патогенним факторам, що впливали під час внутрішньоутробного розвитку, визначали серед них ті, що характеризуються високим ступенем ризику для ембріона та плода. Серед основних груп шкідливих факторів, які могли ймовірно вплинути на ранній мовленнєвий розвиток дітей, було виділено [9]:

1. Демографічні – ранні та пізні вагітності (до 18 та після 35 років); обтяжений акушерський анамнез (безпліддя, попередні аборти, викидні, мертвонародження, народження дітей з психоневрологічними порушеннями тощо).

2. Психосоматичні (материнські) – захворювання матері, що переважно виникли або загострилися у другій половині вагітності (артеріальна гіпо- та гіпертензія, хронічна та гостра ниркова недостатність, інфекції сечостатевого тракту, діабетичні порушення, хвороби серцево-судинної системи, ендокринні порушення, залізо-дефіцитна анемія; перенесений під час вагітності хронічний психострес та/або несприятлива психологічна обстановка в сім'ї; вживання лікарських засобів під час вагітності тощо).

3. Плодо-материнські – Rh-фактор або інші фактори, що призводять до несумісності крові матері та плода (враховувалися всі випадки, навіть якщо це була перша вагітність); вірусні інфекції (у тому числі нез'ясованої етіології).

4. Плацентарні – маткові кровотечі; - плацентарна недостатність та пов'язані з нею внутрішньоутробна гіпоксія та/або внутрішньоутробна гіпотрофія (затримка внутрішньоутробного розвитку).

5. Перинатальні (фактори високого перинатального ризику) – ускладнені пологи (аномальне положення плода, затяжні пологи з тривалим безводним періодом, пологи зі стимуляцією через слабку пологову діяльність, стрімкі пологи, щипцеві пологи, обвиття пуповиною та інші ускладнення під час пологів, що призводять до пологової гострої гіпоксії плода); асфіксія

новонародженого різного ступеня тяжкості (оцінка за шкалою Апгар на першій хвилині – 4-7 балів, на п'ятій хвилині – 6-8 балів); кесарів розтин тощо.

Результати вивчення ймовірного впливу патогенних факторів на ранній мовленнєвий розвиток дітей представлено у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1.

**Результати вивчення ймовірного впливу патогенних факторів на
ранній мовленнєвий розвиток дітей**

Групи патогенних факторів	кількість дітей	у %
Демографічні	2	20
Психосоматичні (пов'язані зі станом здоров'ям матері)	9	90
Плодо-материнські	3	30
Плацентарні	8	80
Перинатальні	9	90
Постнатальні (на першому році життя)	2	20

Аналіз анкет для батьків, історій розвитку дітей, уточнення деяких анамнестичних даних під час бесід з батьками дитини дали можливість підтвердити поліетіологічний характер відхилень у мовленнєвому розвитку дітей раннього віку. Так, найбільш поширеним виявилось поєднання психосоматичних та перинатальних, психосоматичних та плацентарних факторів. Найменш частотними були демографічні та постнатальні – у 20% випадків.

З даних батьками в анкеті даних ми одержали інформацію про перебіг раннього психомоторного, домовленнєвого та мовленнєвого розвитку дітей. Результати аналізу зазначених анамнестичних даних представлено у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2.

**Результати дослідження перебігу раннього психомоторного,
домовленнєвого та мовленнєвого розвитку дітей**

Показник	кількість дітей	у %
Затримка у становленні раннього психомоторного розвитку	2	20
Затримка появи гуління	3	30
Затримка появи белькотіння	3	30
Затримка появи перших слів	10	100
Затримка появи фразового мовлення	10	100
Зниження мовленнєво-комунікативної активності	5	50

Нами встановлено, що тільки у 20% дітей, за свідченнями батьків, спостерігалася затримка в опануванні психомоторними функціями на першому році життя, що пов'язана переважно з більш пізніми віковими термінами опанування функцією ходіння (перші самостійні кроки у віці 14 -15 міс). У 30% малюків батьки відмічали більш пізній початок гуління – у 5-5,5 міс та белькотіння – у 9-10 міс. Батьки всіх дітей відмітили несвоєчасність появи перших слів та відсутність фразового мовлення. Слід зазначити, що на момент логопедичного обстеження у жодної дитини немає фразового мовлення. У 50% малюків відмічалася низька мовленнєво-комунікативна активність. Для вираження своїх потреб діти використовували крик, плач, іноді проявляли агресію.

У ході уточнюючих бесід з батьками дітей встановлено наявність нерізко вираженої неврологічної симптоматики у вигляді мінімальної мозкової дисфункції, зниження сухожильних рефлексів, церебрастенічні явища, дискінетичний синдром, вегетативні розлади, виникнення судом на фоні високої температури тіла тощо.

Логопедичне обстеження дітей експериментальної групи проводилося в два етапи: вивчення імпресивного мовлення та вивчення експресивного в індивідуальній формі безпосередньо у взаємодії з дитиною в умовах ЗДО.

Кількісні результати рівня сформованості імпресивного мовлення за визначеними показниками (індивідуальна мовленнєва картка у додатку Б) представлено у таблиці 2.3.

Таблиця 2.3.

Кількісні результати рівня сформованості показників імпресивного мовлення у дітей раннього віку

Показник	Рівні							
	Високий		Достатній		Середній		Низький	
	к-ть	у %	к-ть	%	к-ть	у %	к-ть	у %
Розуміння мовлення на рівні діалогу	2	20	2	20	3	30	3	30
Розуміння простих інструкцій	2	20	2	20	4	40	2	20
Розуміння складних інструкцій	1	10	2	20	2	20	5	50
Розуміння слів, що позначають предмети	3	30	1	10	4	40	2	20
Розуміння слів, що позначають дії	1	10	1	10	3	30	5	50
Розуміння слів, що позначають ознаки	-	-	1	10	3	30	6	60
Розрізнення іменників в однині та множині	-	-	1	10	2	20	7	70
Розуміння іменників із суфіксами зі значенням зменшеності та пестливості	-	-	1	10	2	20	7	70

Як бачимо, у дітей експериментальної групи домінує низький рівень розвитку таких показників імпресивного мовлення, як розуміння складних інструкцій – у 50%, розуміння слів, що позначають дії, ознаки предметів – у 50% та 60% відповідно. Розуміння онтогенетично ранніх граматичних форм (однини та множини, суфіксів зі значенням пестливості) на низькому рівні у 70% дітей. Натомість за такими показниками, як: розуміння мовлення на рівні діалогу – у 20%, розуміння простих інструкцій – у 20%, розуміння складних інструкцій – 10%, розуміння слів, що позначають предмети – у 30% та розуміння слів, що позначають дії – у 10% дітей третього року життя встановлено вікову норму (високий рівень). Достатній рівень за всіма досліджуваними показниками виявлено у 10% дітей.

На підставі узагальнення одержаних результатів за досліджуваними показниками нами було розподілено дітей за рівнем сформованості імпресивного мовлення (Рис.2.1.)

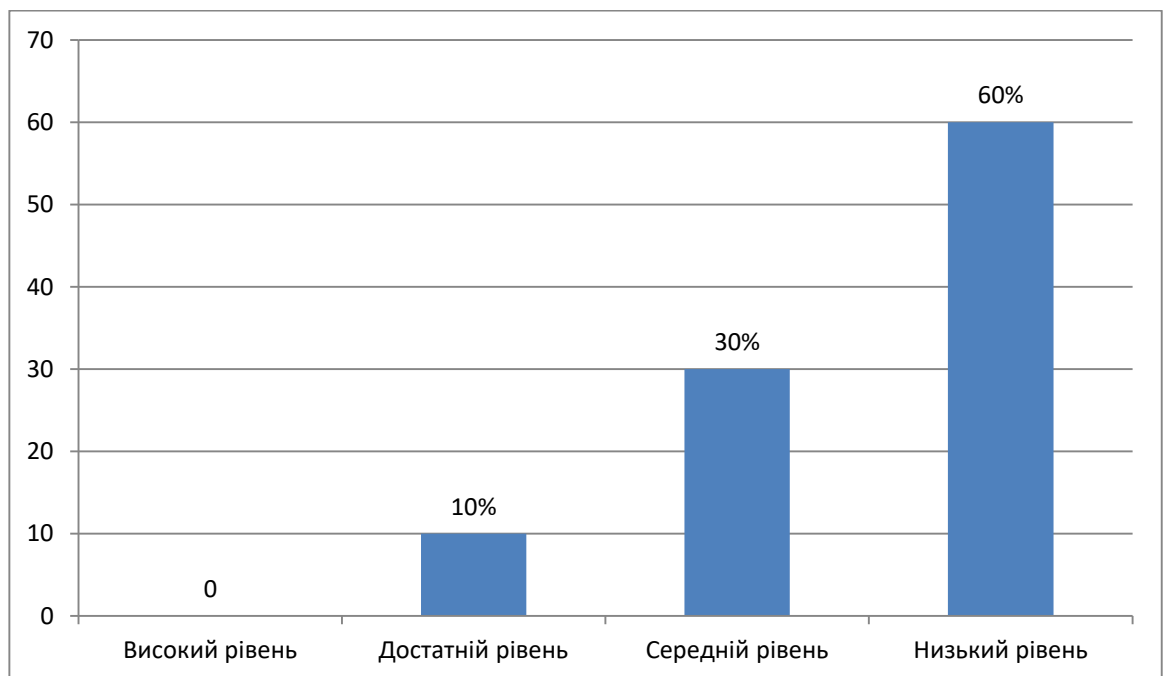


Рис. 2.1. Рівні сформованості імпресивного мовлення у дітей раннього віку

Високого рівня сформованості здатності до сприйняття та розуміння зверненого мовлення не досягла жодна дитина з експериментальної групи,

достатній рівень виявлено у 1 (10%) малюка, середній – у 3 (30%) та низький – у більшості дітей – у 6 (60%).

Слід зазначити, що у дитини з достатнім рівнем розвитку імпресивного мовлення спостерігалася переважно затримка в опануванні граматичною системою мови та компенсація цього недоліку шляхом орієнтації в ситуації, опору на міміку та жестикуляцію дорослого.

У дітей з середнім рівнем розвитку імпресивного мовлення, окрім труднощів розуміння елементарних граматичних форм, спостерігався дефіцит переважно імпресивного предикативного словника.

Діти з низьким рівнем розвитку імпресивного мовлення не здатні орієнтуватися елементарних в граматичних формах, в них спостерігався дефіцит як номінативного, так і предикативного імпресивного словника, що значно ускладнювало для дітей завдання на розуміння діалогу та виконання простих й складних інструкцій. В цій групі виокремлено 2-х дітей, які мають яскраво виражені труднощі сприйняття та розуміння зверненого мовлення, вони не завжди реагували на власне ім'я, виявляючи короткотривалий інтерес до ігрових діагностичних завдань через декілька хвилин його втрачали. Будь-які спроби експериментатора залучити цих дітей до взаємодії, переключити їх увагу на іншу діяльність успіху не мали: малюки виявляли стійкий негативізм, агресивні реакції, підвищену моторну збудливість.

На другому етапі логопедичного обстеження нами проводилося дослідження стану експресивного мовлення у дітей раннього віку. Результати за показниками представлено у таблиці 2.4.

Таблиця 2.4.

Кількісні результати рівня сформованості показників експресивного мовлення у дітей раннього віку

Показник	Рівні							
	Високий		Достатній		Середній		Низький	
	к-ть	у %	к-ть	%	к-ть	у %	к-ть	у %
Здатність підтримати діалог	-	-	-	-	3	30	7	70
Вживання іменників	-	-	-	-	3	30	7	70
Вживання дієслів	-	-	-	-	3	30	7	70
Вживання прикметників	-	-	-	-	-	-	10	100
Фразове мовлення	-	-	-	-	1	10	9	90
Утворення множини іменників у називному відмінку	-	-	-	-	-	-	10	100
Утворення іменників у знахідному відмінку однини	-	-	-	-	-	-	10	100
Утворення наказового способу дієслів	-	-	-	-	1	10	9	90
Утворення іменників за допомогою суфіксів зі значенням зменшеності та пестливості	-	-	-	-	-	-	10	100
Складова структура слів	-	-	-	-	-	-	10	100
Звуковимова	-	-	-	-	1	10	9	100
Просодичні компоненти мовлення	-	-	4	40	3	30	3	30
Мовленнєво-комунікативна активність	-	-	-	-	4	40	6	60

Слід зазначити, що обстеження експресивного мовлення у дітей експериментальної групи складало певні труднощі, пов'язані з тим, що більшість з них не володіє вербальними засобами спілкування.

Тому високого та достатнього рівнів за всіма показниками, окрім сформованості просодичних компонентів, не виявлено.

Під час вивчення здатності дітей підтримувати діалог, ми оцінювали зацікавленість малюка у діалозі, його мовленнєво-комунікативну активність, використання для відповіді будь-яких засобів комунікації. За цими критеріями у 3 (30 %) дітей експериментальної групи виявлено середній рівень здатності підтримувати діалог, у 7 (70%) – низький.

Наявність іменників та дієслів в активному словнику на середньому рівні виявлено у 3 (30%), на низькому – у 70%. Діти не використовують слова у повнозначному фонетичному оформленні, замінюють їх звуконаслідуваннями та звукосполученнями.

Серед усіх дітей експериментальної групи тільки 1 (10%) дитина у мовленні використовує елементарну граматичну фразу, що складається з 2-х слів, водночас 9 (90%) малюків навіть за наслідуванням двослівну фразу відтворити не могли.

Аналіз результатів вивчення граматичної будови мовлення засвідчив, що всі діти експериментальної групи – 10 (100%) будь-якими засобами граматизації не опанували, а отже, і не використовують. Тільки у 1 (10%) прослідковувалася здатність до вживання спотворених за звуко-складовою структурою дієслів.

Так само у всіх дітей виявлено несформованість складової структури слів. У мовленні дітей переважно використовують вигуки, звуконаслідування, лепітні слова, супроводжуючи їх яскравою мімікою та жестами.

Обстеження звуковимови відбувалося на рівні ізольованої вимови. Дітям пропонувалося вимовити за наслідуванням голосні та приголосні раннього онтогенезу. У 1 (10%) виявлено середній рівень сформованості звуковимови і у 9 (90%) – низький. Серед типів порушень звуковимови спостерігалися

переважно спотворення артикуляції, заміни звуків, наявність транзиторних звуків. В ряді випадків інтерпретувати звук ,який вимовляє дитина було неможливо.

Найбільш сформованими у дітей третього року життя виявилися просодичні компоненти мовлення (темпо-ритмічні характеристики, тембр, модуляція голосу, інтонаційна виразність). Так, достатній рівень виявлено у 4 (40%) дітей, середній та низький – у 3 (30%).

У процесі обстеження експресивного мовлення ми спостерігали за мовленнєво-комунікативною активністю дитини. Під мовленнєво-комунікативною активністю ми розуміли здатність дитини до взаємодії з дорослим та однолітками за допомогою наявних вербальних засобів спілкування (звуконаслідувань, лепітних слів тощо). За цим показником у 4 (40%) встановлено середній рівень сформованості здатності до мовленнєво-комунікативної взаємодії, у 6 (60%) – низький.

Також нами досліджувався стан артикуляційної моторики під час проведення в ігровій формі артикуляційних вправ. Відмічено достатню рухливість губ, язика, але недостатню сформованість точності, плавності переключення, їх рухів. Виражених парезів, порушення м'язового тону, асиметрії, гіперкінезів не виявлено.

Отже, за одержаними результатами нами було встановлено, що у всіх обстежених дітей третього року життя спостерігається низький рівень розвитку експресивного мовлення.

Узагальнивши рівні сформованості імпресивного та експресивного мовлення нами було виокремлено загальні рівні сформованості мовлення (Рис.2.2.).

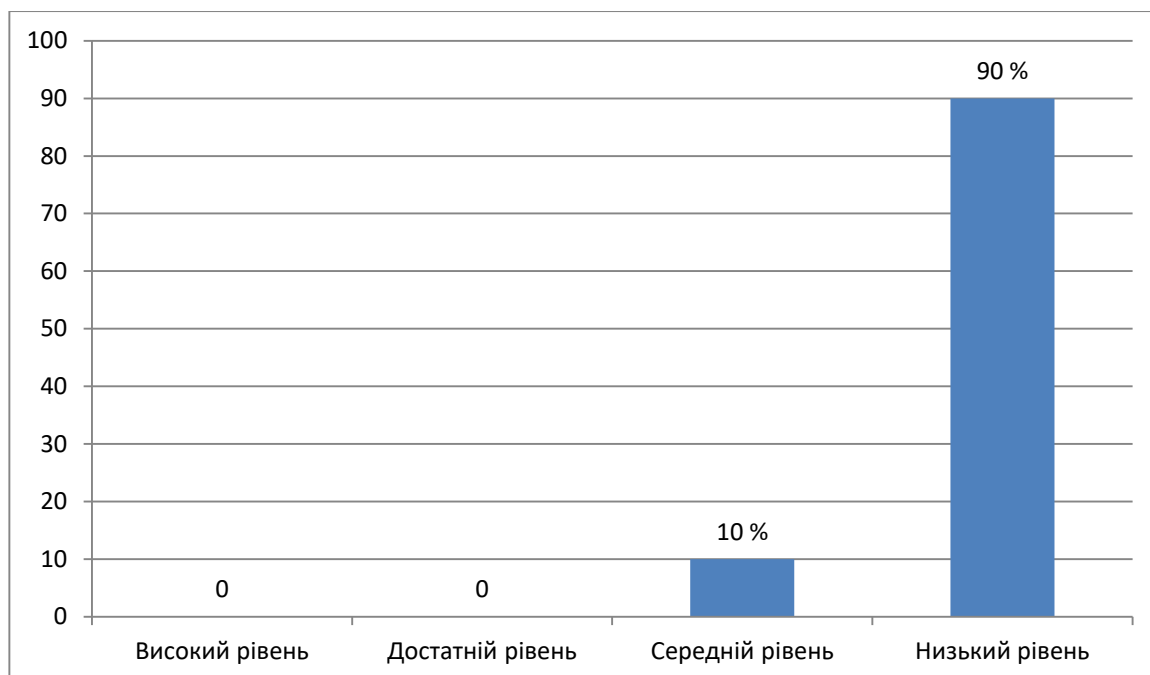


Рис. 2.2. Рівні сформованості мовлення у дітей раннього віку

Як бачимо, високого (вікова норма) і достатнього рівня сформованості мовленнєвої функції у дітей третього року життя не виявлено, 1 (10%) дитина продемонструвала середній рівень, решта дітей – 9 (90%) – низький.

У малюків експериментальної групи встановлено дисоціацію між розвитком імпресивного та експресивного мовлення. На фоні здатності до розуміння зверненого мовлення на рівні діалогу, фраз, розуміння значення іменників, дієслів, прикметників та деяких їх граматичних форм, малюки не володіють повноцінним активним словником (повнозначними словами), фразою та не використовують граматичні засоби. Їх експресивне мовлення обмежується звуконаслідуваннями, звукосполученнями та лепітними словами, що супроводжуються експресивними паравербальними засобами. Діти часто виявляють негативізм та афективні реакції, коли їх не розуміють.

Співвіднесення результатів логопедичного обстеження з анамнестичними даними дітей, ми можемо спрогнозувати динаміку розвитку мовленнєвої функції. У дитини з середнім рівнем мовленнєвого розвитку в анамнезі виявлено вплив патогенних факторів тільки у постнатальний період – перенесення на першому році життя запалення легенів, соматичну

ослабленість, затримку психомоторного розвитку. Всіх інших дітей – 9 (90%) – затримка мовленнєвого розвитку має поліетіологічний характер, пов'язаний з патологією внутрішньоутробного розвитку та патологією пологової діяльності. Зі слів батьків на фоні своєчасної появи гуління та белькотіння у дітей, спостерігалася відсутність періоду появи перших слів. При цьому, тільки у 3 (30%) з цієї групи малюків, за медичною документацією, спостерігалася затримка психомоторного та психомовленнєвого розвитку.

Слід зазначити, що у ранньому віці дуже складно відрізнити функціональну та органічну затримку мовленнєвого розвитку. Тільки за умови комплексного обстеження та тривалого систематичного динамічного спостереження можливе уточнення логопедичного заключення та визначення прогнозу в кожному конкретному випадку. За наявності важких психічних і неврологічних порушень прогноз у розвитку мовленнєвої функції дитини несприятливий, але навіть за такого важкого дизонтогенезу під час правильно підбраного своєчасного лікування та застосування засобів логопедичної абілітації зазначена категорія дітей може досягнути достатнього мовленнєвого розвитку.

Отже, одержані у ході констатувального експерименту результати, засвідчують про необхідність впровадження в системі раннього втручання логопедичної абілітації, спрямованої на формування у зазначеної категорії дітей вербальних засобів комунікації в різних формах мовленнєво-комунікативної діяльності.

2.3. Теоретичне обґрунтування логопедичної абілітації в системі раннього втручання

У процесі абілітації мовленнєвої функції у дітей раннього віку необхідною умовою є врахування психологічних особливостей (новоутворень) у динаміці вікової кризи трьох років. У цьому віці у комунікативному розвитку дитини на першому місці стоїть потреба у спілкуванні з дорослим з метою задовольнити свою потребу у діях з предметами. До вікової кризи трьох років

зміст спілкування визначається предметним середовищем, надалі предметний план поступається домінуванню соціального аспекту. Це пояснюється появою інтересу до життя оточуючих дитину людей, їх занять, тому провідною діяльністю стає гра [19].

Період трьох років характеризується не тільки психологічною, а й мовленнєвою кризою. Л.Виготський назвав центральне новоутворення, що виникає у віці 3-х років – «зовнішнє Я сам». Його поява призводить до повного розпаду колишньої соціальної ситуації, виводить дитину на новий рівень усвідомлення свого становища у системі соціальних відносин. Затримка мовленнєвого розвитку негативно впливає цей перехід, призводить до гальмування психологічних проявів, що не дозволяє дитині зайняти нове місце й повноцінно брати участь у ігровій діяльності, відповідно, визначати комунікативні наміри та афективні стани партнера у процесі спілкування [25].

В основу логопедичної абілітації дітей раннього віку в системі раннього втручання ми поклали наступні концептуальні положення.

1. Рання логопедична діагностика та корекція у сензитивному періоді сприяє запобіганню розвитку вторинних відхилень, максимально досягти нормотиповості вікових можливостей на етапі переходу від раннього до дошкільного віку [1].

2. Комунікативно-діяльнісний підхід є основним в логопедичній абілітації. Дотримання цього підходу дозволяє перейти від усунення окремих недоліків до комплексного впливу на загальний розвиток дитини, що в результаті сприятиме її соціалізації, забезпечить можливості її саморозвитку та ранню інтеграцію [10].

3. Як зазначається у літературних джерелах та встановлено у ході проведеного нами експериментального дослідження, затримка мовленнєвого розвитку характеризується в значному ступені дефіцитарністю експресивного мовлення, натомість здатність до сприйняття та розуміння зверненого мовлення у цих дітей розвивається більш динамічно [10].

4. Внаслідок впливу комплексу біологічних та соціально-психологічних причин мовленнєвий розвиток дитини із затримкою мовленнєвого розвитку характеризується специфічними змінами у всіх компонентах мовленнєвої функціональної системи та комунікативної поведінки в цілому. У процесі мовленнєвого дизонтогенезу на ранніх етапах життя механізми, що лежать в їх основі, взаємодіють один з одним, модифікуючи цим симптоми окремо та синдромокомплекс порушення в цілому, призводячи до змін у власне структурі мовленнєвого дизонтогенезу [21].

5. Первинна затримка мовленнєвого розвитку спричиняє виникнення вторинних порушень в афективно-комунікативного розвитку дитини. Відповідно відхилення у мовленнєвому розвитку та порушення комунікативного розвитку потрібно розглядати як інтегративне утворення. Без надання ранньої допомоги відхилення у комунікативному розвитку стають більш вираженими, охоплюють сферу психіки, комунікації, соціально-психологічної адаптації дитини в цілому [12].

6. В умовах комплексної моделі раннього втручання ефективність логопедичної абілітації значно підвищується за умови впливу не тільки на мовленнєву сферу дитини раннього віку, а на інші сфери її розвитку, що є можливим на основі міждисциплінарної взаємодії фахівців та залученості батьків дитини [27].

Логопедична робота з дітьми раннього віку була складовим компонентом в системі раннього втручання, організованій у спеціальному ЗДО, що дозволяє досягти більшої ефективності абілітаційного процесу. Взаємодія фахівців в цій системі представлена у вигляді моделі (Рис. 2.3.)

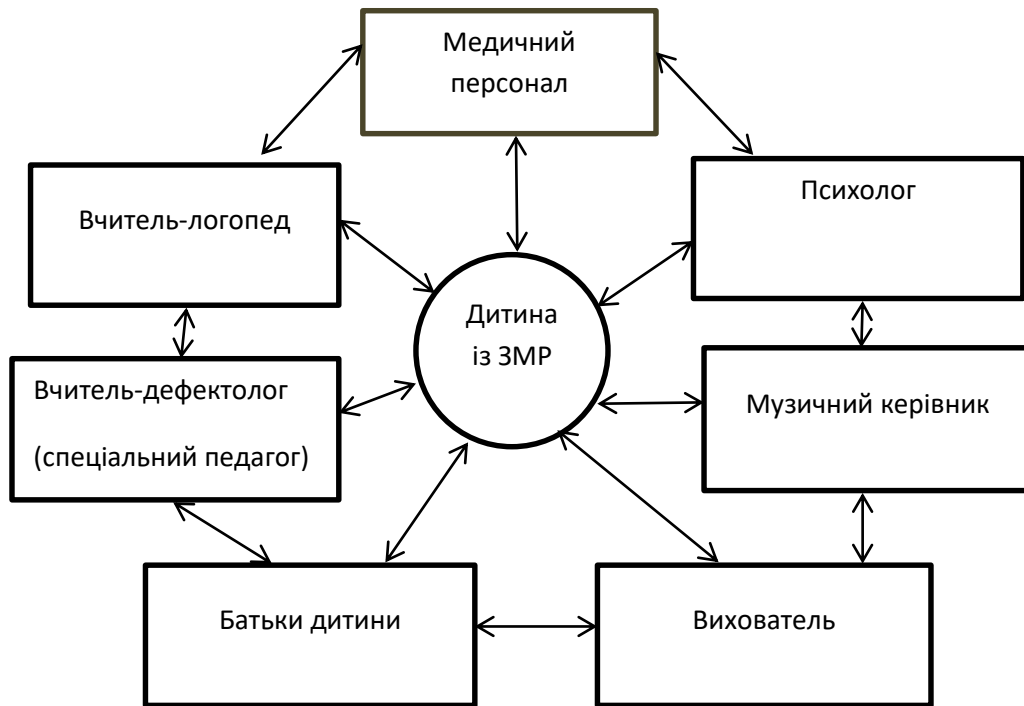


Рис. 2.3. Взаємодія фахівців в системі раннього втручання ЗДО

Модель наочно демонструє професійний взаємозв'язок усіх фахівців ЗДО у роботі з дитиною раннього віку із затримкою мовленнєвого розвитку. Кожен фахівець організовує роботу з дитиною та її батьками за своїм напрямом, але при цьому працює у співпраці з іншими спеціалістами для досягнення спільного результату. Координатором та організатором роботи з абілітації мовленнєвої функції є вчитель-логопед.

Під час вибору методики абілітації мовленнєвої функції у дітей третього року життя нами було враховано принципи:

- раннє виявлення та діагностичне вивчення даної категорії дітей;
- своєчасна медико-психолого-педагогічна допомога дитині;
- комплексний підхід до діагностичного вивчення та організації логопедичної абілітації;
- розробка індивідуальної програми логопедичної абілітації для кожної дитини, з урахуванням її індивідуальних особистісних та мовленнєвих особливостей;
- надання психолого-педагогічної допомоги батькам дитини, залучення їх в процес формування мовленнєво-комунікативної функції [14; 2; 22; 29].

Власне участь батьків у ранньому втручанні є надзвичайно важливою. Крім регулярних занять із фахівцями, батьки щоденно мають проводити корекційно-розвивальну роботу зі своєю дитиною в домашніх умовах [32].

Логопедична абілітація можлива тільки в ігровій формі, за наслідуванням дорослому і за умови позитивної емоційної налаштованості дитини. Дітям раннього віку подобаються ігри з повторюваним сюжетом, у знайомій ситуації вони почуваються впевненіше і комфортніше, тому правильно організовані домашні заняття-ігри з дітьми дають найбільший позитивний ефект. Під час організації ігрових занять із дітьми необхідно враховувати рівень їх мовленнєвого розвитку.

2.4. Організація та зміст роботи з абілітації мовленнєвої функції у дітей раннього віку

Формувальне навчання здійснювалося упродовж 4 місяців (квітень-липень 2023 року) в умовах спеціальної «групи раннього втручання» в Одеському спеціальному ЗДО № 193 компенсуючого типу.

Оскільки у спеціальному закладі дошкільної освіти наявні фахівці різного профілю, які залучені до системи раннього втручання, ми скоординували їх роботу за напрямками впливу на розвиток дітей із затримкою мовленнєвого розвитку (Таблиця 2.5.)

Таблиця 2.5.

Система супроводу абілітації мовленнєвої функції у дітей раннього віку в умовах спеціального ЗДО

Фахівець	Напрями роботи	Форма роботи, терміни
Вчитель-логопед	<u>Логопедична робота:</u> - розвиток артикуляційної моторики; - розвиток тривалого фізіологічного видиху та правильного мовленнєвого дихання; - розвиток слухового та фонематичного сприйняття; - розвиток дрібної моторики, ручного та пальцевого праксису; - формування лексико-граматичних засобів мови;	Індивідуальна, підгрупова робота протягом року

	<ul style="list-style-type: none"> -активізація звуконаслідувань; - розвиток розуміння мовлення; - стимуляція мовленнєвої активності тощо 	
Медичний працівник	<u>Лікувально-профілактична робота:</u> <ul style="list-style-type: none"> - визначення групи здоров'я - загартовування організму (гігієнічні процедури, вітамінізація, дихальна гімнастика, обливання рук до ліктів тощо) 	Індивідуальна, підгрупова робота протягом року
Інструктор ЛФК	<u>Оздоровча робота:</u> <ul style="list-style-type: none"> - розвиток координації та регуляції рухів та формування правильної постави; - формування основних видів рухів - розвиток орієнтування у просторі; - розвиток фізіологічного дихання тощо 	Індивідуальна, підгрупова робота протягом року
Вихователь	<u>Педагогічна робота:</u> <ul style="list-style-type: none"> - ознайомлення з назвами предметів навколишньої дійсності; - ознайомлення з назвами дій і слів, що вказують на зміну положення предмета в просторі; - навчання виконання мовленнєвих інструкцій з наочною опорою (вказівний жест, демонстрація дії та ін.) та без наочної опори; - навчання побудові простого речення (слово-речення, речення з аморфних слів, слів-коренів); - стимулювання ініціативного мовлення дитини у спеціально організованій ситуації спілкування; - формування математичних уявлень (кількість, рахунок, величина, форма, орієнтування в часі); - формування навичок та умінь образотворчої діяльності, розвиток дрібної моторики тощо 	Індивідуальна, підгрупова, групова робота протягом року
Психолог	<u>Психологічний розвиток та корекція:</u> <ul style="list-style-type: none"> - розвиток уваги (слухової та зорової); - розвиток пам'яті; - розвиток мислення; - розвиток уяви; - розвиток ініціативності, самостійності, активності; - розвиток пізнавальних процесів. 	Індивідуальна, підгрупова робота протягом року
Музичний керівник	<ul style="list-style-type: none"> - розвиток почуття ритму; - розвитку сприйняття музики; - розвиток динамічного слуху; - активізація мовленнєвих вокалізацій; - активізація жестово-мімічних засобів спілкування тощо 	Індивідуальна, групова робота протягом року

Для організації роботи з абілітації мовленнєвої функції у дітей третього року життя із затримкою мовленнєвого розвитку ми обрали методику корекції мовленнєвого розвитку дітей, розроблену Н.Манько [21]. На основі цієї методики нами було розроблено напрями логопедичної абілітації, на яких приділялася увага розвитку здатності до розуміння мовлення, стимуляції звуковимови, розширенню на основі пасивного та активізації словника, розвитку дрібної моторики та пальцевого праксису.

Абілітація мовленнєвої функції дітей раннього віку із затримкою мовленнєвого розвитку відбувалася за наступними напрямками:

- 1) розвиток слухового сприйняття;
- 2) розвиток здатності до використання невербальних компонентів комунікації;
- 3) розвиток зорово-моторної координації;
- 4) розвиток дрібної моторики рук та пальцевого праксису;
- 5) розвиток артикуляційної моторики;
- 6) розвиток сенсорно-перцептивної діяльності;
- 7) розвиток фізіологічного та мовленнєвого дихання, координації дихальної та голосової функції;
- 8) розвиток почуття ритму, темпу;
- 9) розвиток імпресивного та експресивного мовлення.

Дітей вчили виконувати нескладні інструкції, показувати предмети, взаємодіяти з ними. Розвивали активне мовлення в процесі ігрових дій на матеріалі лексичних тем «Іграшки», «Сім'я», «Свійські тварини» та інших. Спочатку спиралися на звуконаслідування, доступні дітям, потім на слова, що з'явилися у мовленні. При цьому використовувалися можливості кожної дитини. Так, наприклад, дитина вже була здатна вимовляти певні склади, їх вводили в активне мовлення, створюючи відповідні ситуації на занятті.

Також проводили рухливі ігри, в яких вимову складів поєднували з ритмічними рухами (наприклад, «на-на-на» – плесни в долоні, «но-но-но» –

тупни ніжкою, «ну-ну-ну» – постукай молоточком, «па-па-па» – постукай кулачком, «по-по-по» – погрози пальчиком, «пі-пі-пі» – похитай головою з боку в бік та ін.). У заняття вводили ігри з іграшками, що звучать (брязкальце, дзвіночок, барабан, дудочка, музичний молоток тощо) з метою розвитку здатності до розрізнення звучання цих іграшок.

Добір ігор здійснювався таким чином, що вони максимально були спрямовані одночасно на розвиток різних процесів: слухового сприйняття, голосу і дихання, почуття ритму, зорово-моторної координації. Під час цих ігор у дітей стимулювався позитивний емоційний стан, створювалася ситуація успіху, особливо коли ігрові вправи виконувалися під музику.

У процесі логопедичної абілітації активно застосовувалися ситуативні моменти, їх вербалізація. Спілкуючись з дітьми, логопед говорив короткими фразами, повторюючи їх 2-3 рази. Усі слова, звернені до дітей, логопед промовляв із природною інтонацією. Ігри проводилися з одночасним показом дії та озвучуванням її. Наслідувальні реакції дітей заохочувалися словами: «розумничка», «добре» та ін. Дітей поступово вчили виконувати вербальні інструкції: «дай ляльку», «принеси червону машинку», «склади кубики в коробку» і т.д.

Важливою умовою ефективності абілітації мовленнєвої функції у дітей раннього віку є закріплення сформованих умінь в домашніх умовах у різних ситуаціях (під час прогулянок, одягання, купання, організації дозвілля вдома тощо). Таке залучення батьків, з одного боку, сприяє зміцненню емоційного контакту з дитиною, а з іншого, - стимулює у малюка прояв наслідувальної мотивації.

На заняттях ми активно використовували ігри для розвитку дрібної моторики (ігри з водою, піском, крупою, насінням, дрібними предметами, пальчикові ігри, мозаїка, конструктор Лего та ін). Проводили ігри та вправи, спрямовані на вдосконалення рухів органів артикуляційного апарату (доступні дітям артикуляційні вправи), грали в ігри на домовляння складів, пізніше - слів у віршах, маленьких оповіданнях.

На заняттях, організованих разом з музичним керівником ми приділяли увагу розвитку рухової активності дітей. До трьох років діти повинні навчитися правильно ходити, бігати, взаємодіяти з різними предметами. У процесі руху діти засвоювали значний обсяг інформації, у них закріплювалися сформовані мовленнєві уміння, розвивалося імпресивне мовлення. Тому використовувалися ігри, що відповідають лексичним темам, які були використані в нашій системі роботи («Хто у нас хороший?», «Кошенята», «Дощик», «Потяг», «Лялька», «Пароплавчик» та ін.) [21; 43; 44].

Діти адаптувалися, у них виник інтерес до колективних ігор, вони почали взаємодіяти з логопедом з використанням доступних їм засобів комунікації, частіше виявляли позитивні емоції.

Важлива роль в системі логопедичної абілітації дітей раннього віку відводилася роботі з батьками. Були підготовлені консультації для батьків про те, як правильно організувати спілкування з дитиною, які вимоги висуваються до мовлення дітей цієї вікової групи, а також були розроблені ігрові завдання для батьків для виконання в домашніх умовах. Крім того, були надано рекомендації, як організувати активізацію словника і формування фразової мовлення в домашніх умовах. За період формувального експерименту було проведено 6 таких консультацій на теми: «Розвиток слухового сприйняття засобами музичних іграшок», «Стимуляція появи фразового мовлення», «Прийоми подолання мовленнєвого негативізму», «Розвиток дрібної моторики пальців рук», «Ігри для розвитку активного словника», «Вплив гаджетів на мовленнєвий розвиток дитини раннього віку». Надавалися також відповіді на індивідуальні питання батьків.

Тісна співпраця фахівців в системі логопедичної абілітації із активним залученням батьків дозволила досягти позитивних зрушень у мовленнєвому розвитку дітей третього року життя із затримкою мовленнєвого розвитку.

2.5. Аналіз результатів контрольного експерименту

З метою перевірки ефективності розроблених нами напрямів абілітації мовленнєвої функції у дітей третього року життя із затримкою мовленнєвого розвитку в системі раннього втручання було проведено контрольний експеримент з використанням тієї ж методики та критеріїв оцінювання, що і на етапі констатувального експерименту.

Логопедичне обстеження дітей із затримкою мовленнєвого розвитку в контрольному експерименті проводилося також у два етапи: вивчення імпресивного мовлення та вивчення експресивного в індивідуальній формі безпосередньо у взаємодії з дитиною в умовах ЗДО.

Порівняльні показники рівня сформованості імпресивного мовлення до та після формувального експерименту представлено у таблиці 2.6.

Таблиця 2.6.

Порівняльні результати рівнів сформованості імпресивного мовлення у дітей раннього віку за показниками (у %)

Показники	Рівні							
	Високий		Достатній		Середній		Низький	
	конст. експ.	контр. експ.	конст. експ.	контр. експ.	конст. експ.	контр. експ.	конст. експ.	контр. експ.
Розуміння мовлення на рівні діалогу	20	20	20	30	30	40	30	10
Розуміння простих інструкцій	20	20	20	20	40	50	20	10
Розуміння складних інструкцій	10	10	20	20	20	40	50	30
Розуміння слів, що позначають предмети	30	40	10	20	40	30	20	10
Розуміння слів, що позначають дії	10	10	10	20	30	50	50	20
Розуміння слів, що позначають ознаки	-	10	10	20	30	40	60	30

Розрізнення іменників в однині та множині	-	-	10	20	20	30	70	50
Розуміння іменників із суфіксами зі значенням зменшеності та пестливості	-	-	10	10	20	30	70	60

Порівняльний аналіз результатів констатувального та контрольного експерименту засвідчує про позитивну динаміку у розвитку здатності до розуміння мовлення у дітей раннього віку із затримкою мовленнєвого розвитку.

Так, у дітей експериментальної групи низький рівень розвитку зменшився за всіма показниками імпресивного мовлення: у межах від 10% – розуміння простих інструкцій, розуміння слів, що позначають предмети, розуміння іменників зі значенням зменшеності та пестливості; на 20% - розуміння на рівні діалогу, розуміння складних інструкцій та розрізнення іменників в однині та множині; на 30% - розуміння слів, що позначають дії, розуміння слів, що позначають ознаки предметів.

Натомість відбулося збільшення кількості дітей із затримкою мовленнєвого розвитку, які досягли за досліджуваними показниками середнього та достатнього рівня у середньому на 10%.

Щодо високого рівня, то така ж динаміка відзначена нами за такими показниками, як: розуміння простих інструкцій; розуміння слів, що позначають предмети; розуміння слів, що позначають ознаки.

На підставі узагальнення одержаних результатів контрольного експерименту нами було узагальнено рівні сформованості імпресивного мовлення та порівняно їх з результатами констатувального дослідження (Рис.2.4.)

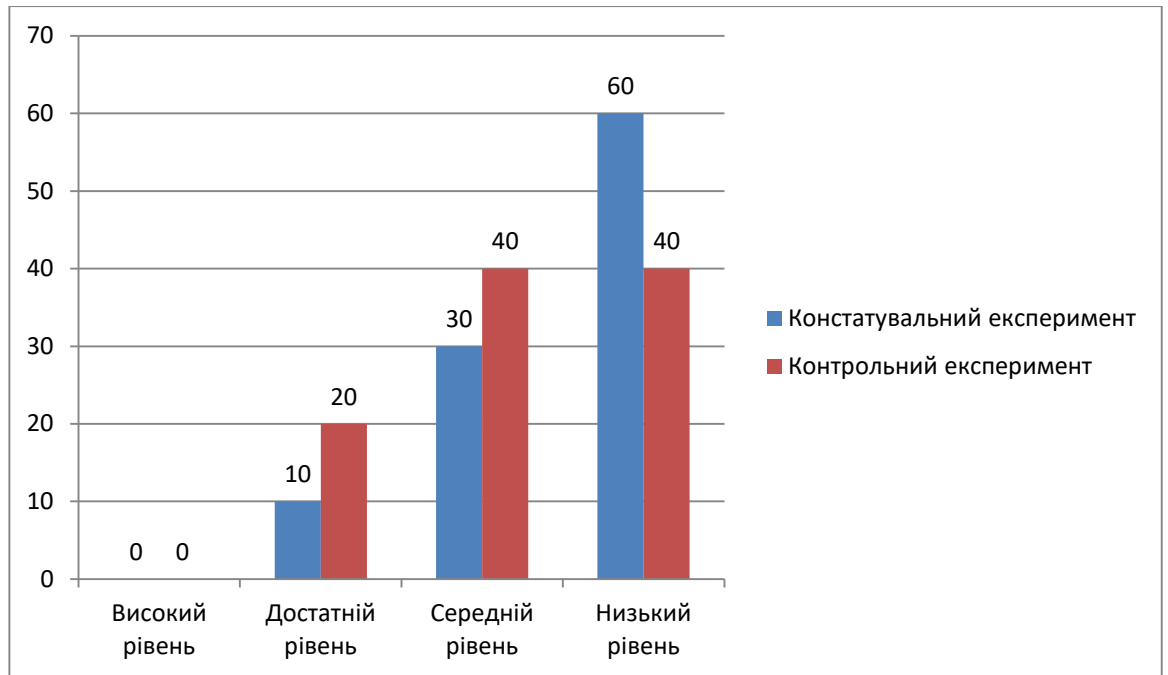


Рис. 2.4. Порівняльні показники рівнів сформованості імпресивного мовлення у дітей раннього віку із затримкою мовленнєвого розвитку (у %)

Як бачимо, показники високого рівня сформованості здатності до сприйняття та розуміння зверненого мовлення не змінилися; дітей із достатнім та середнім рівнем збільшилося на 10%, натомість з низьким рівнем зменшилася на 20%

Слід зазначити, що після проведення логопедичних занять з абілітації мовленнєвої функції діти краще орієнтувалися у діалозі, реакція-відповідь була вокалізованою, лепітними або, у деяких дітей, повнозначними словами. При цьому малюки демонстрували словесну співвіднесеність з предметами, деякими ознаками. Підвищилася здатність до предметної співвіднесеності на рівні іграшок, предметних та сюжетних картинок., діти почали опановувати імпресивним предикативним словником. Найменш вираженою була динаміка в опануванні розумінням граматичними засобами та граматичними конструкціями, так само ,як і під час констатувального експерименту, малюки компенсували ці труднощі шляхом орієнтації в ситуації, опору на міміку та жестикуляцію дорослого.

Далі нами було порівняно результати дослідження стану експресивного мовлення у дітей раннього віку до та після формувального навчання. Результати за показниками представлено у таблиці 2.7.

Таблиця 2.7.

Порівняльні результати рівнів сформованості показників експресивного мовлення у дітей раннього віку (у%)

Показник	Рівні							
	Високий		Достатній		Середній		Низький	
	конст. експ.	контр. експ.	конст. експ.	контр. експ.	конст. експ.	контр. експ.	конст. експ.	контр. експ.
Здатність підтримати діалог	-	-	-	10	30	40	70	50
Вживання іменників	-	-	-	-	30	50	70	50
Вживання дієслів	-	-	-	-	30	40	70	60
Вживання прикметників	-	-	-	-	-	10	100	90
Фразове мовлення	-	-	-	-	10	30	90	70
Утворення множини іменників у називному відмінку	-	-	-	-	-	10	100	90
Утворення іменників у знахідному відмінку однини	-	-	-	-	-	10	10	90
Утворення наказового способу дієслів	-	-	-	-	10	30	90	70
Утворення іменників за допомогою суфіксів зі значенням зменшеності та пестливості	-	-	-	-	-	10	100	90
Складова структура слів	-	-	-	-	-	10	100	90
Звуковимова	-	-	-	-	10	20	90	80
Просодичні компоненти мовлення	-	-	40	50	30	30	30	20

Мовленнєво-комунікативна активність	-	-	-	-	40	60	60	40
-------------------------------------	---	---	---	---	----	----	----	----

Порівняльний аналіз рівнів сформованості показників експресивного мовлення за результатами контрольного експерименту засвідчив, що високого та достатнього рівнів за всіма показниками, окрім сформованості просодичних компонентів так само не виявлено.

Натомість відзначена позитивна динаміка у зростанні достатнього та середнього рівнів та зменшення низького.

Так, під час вивчення здатності дітей підтримувати діалог, ми відмітили підвищення мовленнєво-комунікативної активності, використовували під час відповіді лепітні слова - діти ,які використовували на етапі констатації тільки жести та міміку, спотворені за звуко-складовою структурою, але повнозначні слова – малюки, у яких спостерігалось лепітне мовлення. За цим показником у 10 % дітей експериментальної групи продемонстрували достатній рівень, кількість дітей із середнім рівнем збільшилася на 10%, натомість з низьким рівнем зменшилася на 20%.

Кількісні показники середнього рівня сформованості здатності до використання іменників збільшилися на 20%, дієслів – на 10%; відповідно, низького рівня, зменшилися пропорційно.

Середній рівень здатності користуватися елементарною фразою, що складається з 2-х слів (аморфних), зріс на 20%, низького зменшився, відповідно, пропорційно.

Аналіз результатів вивчення граматичної будови мовлення виявив динаміку розвитку здатності утворювати множину іменників у називному відмінку – на 10%, утворювати наказовий спосіб дієслів – на 20%, утворювати іменники за допомогою суфіксів зі значенням зменшеності та пестливості – на 10% за середнім рівнем. Відповідно, низький рівень зменшився за цими показниками пропорційно.

Так само на 10% збільшилася кількість дітей із середнім рівнем розвитку складової структури слів. У мовленні з'явилися односкладні та двоскладові слова (х відкритими складами). Деякі діти, які не володіли вербальними засобами спілкування почали використовувати звуконаслідування за типом редуплікації (пі-пі, му-му, ав-ав тощо).

Обстеження звуковимови відбувалося на рівні ізольованої вимови. Дітям пропонувалося вимовити за наслідуванням голосні та приголосні раннього онтогенезу. Показники середнього рівня за цим показником збільшилися на 10%, низького – зменшилися пропорційно. Серед типів порушень звуковимови так само, як і на етапі констатації спостерігалися переважно спотворення артикуляції, заміни звуків, наявність транзиторних звуків. В ряді випадків інтерпретувати звук, який вимовляє дитина було неможливо.

Як засвідчили результати констатувального експерименту, найбільш сформованими у дітей третього року життя із затримкою мовленнєвого розвитку виявилися просодичні компоненти мовлення (темпо-ритмічні характеристики, тембр, модуляція голосу, інтонаційна виразність). Так, після формувального навчання показники достатній рівня зросли на 10%, низького – зменшилися пропорційно, середній рівень – не змінився та склав 30%.

Показники середнього та низького рівнів також змінилися у позитивний бік і під час дослідження мовленнєво-комунікативної активності дитини. Так, кількість дітей із середнім рівнем збільшилася на 20%, відповідно, низького – зменшилася пропорційно.

Під час дослідження стану артикуляційної моторики відмічено покращення рухливості губ, язика, точності, плавності переключення їх рухів.

Отже, порівняльний аналіз одержаних до та після формувального навчання результатів засвідчив позитивну динаміку у розвитку експресивного мовлення. за більшістю показників.

Порівняльні показники загальних рівнів сформованості імпресивного та експресивного мовлення на етапі констатувального та контрольного експериментів представлено на Рис.2.5.

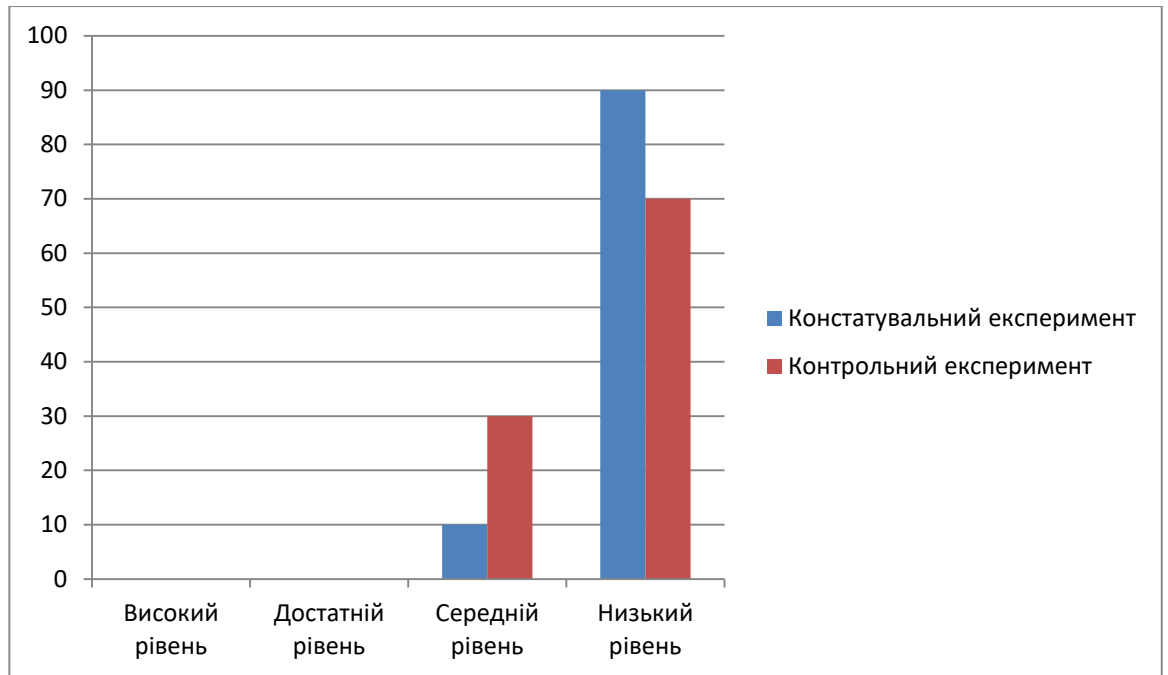


Рис. 2.5. Порівняльні показники загальних рівнів сформованості мовлення у дітей раннього віку (у %)

Як бачимо, високого (вікова норма) і достатнього рівня сформованості мовленнєвої функції у дітей третього року життя із затримкою мовленнєвого розвитку після формувального навчання не виявлено, 3 (30%) дітей продемонстрували середній рівень, 7 (70%) малюків – низький. До початку формувального навчання ці показники становили 1 (10%) та 9 (90%) відповідно.

У малюків експериментальної групи дещо зменшилася дисоціація між розвитком імпресивного та експресивного мовлення. На фоні здатності до розуміння зверненого мовлення на рівні діалогу, фраз, розуміння значення іменників, дієслів, прикметників та деяких їх граматичних форм, малюки почали користуватися лепітними словами, звуконаслідуваннями. У деяких дітей з'явилася здатність за наслідуванням відтворювати аморфну двослівну фразу. Найбільша дефіцитність спостерігається на рівні опанування елементарними граматичними засобами, хоча 2 дитини за допомогою дорослого можуть використовувати окремі граматичні форми (утворення множини іменників, утворення наказового способу дієслів).

Слід відзначити, що на фоні появи елементарних вербальних засобів в активному мовленні призвело до покращення поведінки дітей, зменшення проявів негативізму та підвищення їх активності в колективній ігровій діяльності, під час взаємодії з дорослими (педагогами, дорослими) та однолітками.

Результати контрольного експерименту підтвердили наші прогнози щодо динаміки опанування мовленнєвою функцією дітьми третього року життя із затримкою мовленнєвого розвитку під час співвіднесення результатів логопедичного обстеження з анамнестичними даними дітей. Оскільки мовленнєвий дизонтогенез у 90% малюків ймовірно зумовлений впливом комплексу патогенних чинників у пренатальному та натальному періодах розвитку (перинатальні), що призводять до дизонтогенетично-енцефалопатичного пошкодження центральної нервової системи, тому він має стійкий характер. Зазначена категорія дітей потребує тривалої абілітаційної та корекційно-розвиткової логопедичної роботи не тільки в ранньому віці, а й на подальших етапах навчання.

Отже, виявлена динаміка у розвитку показників імпресивного та експресивного мовлення, а також у загальних рівнях мовленнєвого розвитку дітей третього року життя експериментальної групи підтвердила ефективність розроблених нами напрямів логопедичної абілітації.

ВИСНОВКИ

1. Аналіз нейропсихологічної, клінічної логопедичної літератури з проблеми дослідження засвідчив, що Відхилення у мовленнєвому розвитку у перші роки життя від повної відсутності вербальних засобів спілкування до затриманого формування активного мовлення за спостереженнями педагогів, медиків, дитячих психологів та логопедів на сьогодні є досить поширеним явищем. Мовленнєвий дизонтогенез у ранньому віці не тільки негативно впливає на здатність малюка до спілкування з оточуючими, а й призводить до відхилень у психоемоційному й когнітивному розвитку.

Категорія дітей раннього віку з відхиленням мовленнєвим розвитком характеризується неоднорідністю. Психоневрологічний аналіз видів затримки мовленнєвого розвитку у дітей раннього віку включає в себе не тільки характеристику різних аспектів порушення мовленнєвої та психічної діяльності, але й інтерпретацію провідних механізмів цих порушень в динаміці мовленнєвого і психічного розвитку, що триває. Важливим у цьому аспекті є надання дитині комплексної допомоги у сенситивний для становлення вищих психічних функцій, у тому числі і мовленнєвої, період. Система раннього втручання здійснюється на основі міждисциплінарного підходу і спрямована на створення умов задоволення потреб соціально-емоційного розвитку та психолого-педагогічного розвитку немовлят і дітей раннього віку, важливого значення для дітей із відхиленнями в опануванні мовленнєвої функції набуває логопедична абілітація.

2. У результаті вивчення етіології та видів мовленнєвого дизонтогенезу у дітей раннього віку нами виокремлено групи патогенних факторів, зокрема: медико-біологічні, соціально-економічні, психологічні, наслідком впливу яких може виникнути ЗМР. Відповідно характеру порушень опанування функціональною системою мови та мовлення на три види: загальна (первинна), системна (вторинна) та специфічна (у дітей зі збереженим інтелектом, аналізаторнами та без обтяжливого анамнезу).

3. Теоретично досліджуючи значення логопедичної абілітації в системі раннього втручання нами зроблено висновок про те, що логопедична абілітація створює широкі можливості для надання допомоги дитині в найбільш сприятливий момент її розвитку. У перші роки життя у малюка починають формуватися мовленнєві вміння та навички, створюються умови для накопичення мовленнєвого досвіду. Це може позитивно вплинути на мовленнєвий розвиток та опанування мовленнєво-комунікативною функцією на подальших етапах життя. Своєчасна та правильно організована рання діагностика та комплексне медико-психолого-педагогічне втручання допомагають усунути відхилення в розвитку психологічної бази мовлення, навчити дитину та її батьків (зокрема матір) формам комунікативної та соціальної взаємодії, що дозволяє досягти можливого рівня розвитку мовлення для кожної дитини. Якщо не проводити логопедичну абілітацію і всю систему раннього втручання, то надалі можуть виникнути більш важкі мовленнєві, емоційні та психічні порушення.

4. У процесі проведеного експериментального дослідження виявлено переважно низький рівень сформованості мовленнєвої функції у дітей третього року життя із ЗМР, результатами експерименту підтверджено наявність дисоціації між розвитком імпресивного та експресивного мовлення у зазначеній категорії дітей, а також взаємозв'язок їх емоційного розвитку наявності негативних поведінкових проявів з відсутністю вербальних засобів спілкування та низькою мовленнєвою активністю.

5. На підставі результатів констатувального експерименту теоретично обґрунтовано, розроблено напрями та зміст логопедичної абілітації в комплексній системі раннього втручання (у взаємодії з фахівцями та батьками дитини). Абілітація мовленнєвої функції у дітей третього року життя із ЗМР передбачала такі напрями, як: 1) розвиток слухового сприйняття; 2) розвиток здатності до використання невербальних компонентів комунікації; 3) розвиток зорово-моторної координації; 4) розвиток дрібної моторики рук та пальцевого праксису; 5) розвиток артикуляційної моторики, 6) розвиток сенсорно-

перцептивної діяльності; 7) розвиток фізіологічного та мовленнєвого дихання, координації дихальної та голосової функції; 8) розвиток почуття ритму, темпу; 9) розвиток імпресивного та експресивного мовлення. Ефективність розроблених напрямів підтверджено результатами контрольного експерименту.

Отже, абілітація мовленнєвої функції у дітей раннього віку є важливим напрямом в комплексній системі раннього втручання. В умовах комплексної моделі раннього втручання ефективність логопедичної абілітації значно підвищується за умови впливу не тільки на мовленнєву сферу дитини раннього віку, а на інші сфери її розвитку, що є можливим на основі міждисциплінарної взаємодії фахівців та залученості батьків дитини.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 57

1. Андрусишина Л. Є. До питання про диференційну діагностику в логопсихології. *Дефектологія. Особлива дитина: навчання і виховання*. 2013. №4. С. 23-27. URL: <http://www.irbis-nbuv.gov.ua/publ/REF-0000507758> (дата звернення: 1.08.2023).
2. Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Всеволожская Н.М.. Руководство по неврологии раннего детского возраста. Киев: Здоров'я, 1980. С. 125-246.
3. Богуш А.М. Витоки мовленнєвого розвитку дітей дошкільного віку. К.: ІЗМН, 1997. С. 22-84. URL: 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&S21P03=FILA=&S21STR=Nvmdup_2015_4_7 (дата звернення: 21.07.2023).
4. Богуш А.М. Теорія і методика розвитку мовлення дітей раннього віку. Київ.: Видавничий Дім „Слово”, 2003. 344 с. URL: <http://194.44.152.155/elib/local/r/r840.pdf> (дата звернення: 12.07.2023).
5. Бурма Г.В., Холтобіна О.У. Організація освітньої роботи з дітьми раннього віку: Навч.-метод. посібник для студентів факультету дошкільного виховання ХДПУ ім. Г.С. Сковороди. К.: Науковий світ, 1999. 44 с.
6. Валлон А. Психическое развитие ребенка. М.: Медицина, 1967. 195 с.
7. Вікові особливості мовленнєвого розвитку дитини. URL: <http://www.logopedia.com.ua/batkam/v-kov-osoblivost-movlenn-vogorozvitku-ditini> (дата звернення: 16.08.2023).
8. Гвоздев А.Н. Вопросы изучения детской речи. М.: АПН РСФСР, 1961. 471 с.
9. Головченко О.В., Лук'янова І.С., Дзюба О.М., Медведко Г.Ф. Особливості морфофункціонального стану та гемодинаміки головного мозку у новонароджених з гострою та хронічною внутрішньоутробною гіпоксією. *Перинатологія та педіатрія*. 2003. № 1. С. 8-11.
10. Засекіна, Л. В. Засекін С. В. Психолінгвістична діагностика: навч. посіб.

Луцьк : РВВ «Вежа» ВНУ ім. Лесі Українки, 2008. 188 с. URL: <https://evnuir.vnu.edu.ua/handle/123456789/503> (дата звернення: 14.07.2023).

11.Калмикова Л. О. Розвиток мовленнєвої діяльності дітей дошкільного віку: діагностико-розвивальна програма : монографія. Переяслав : ПП «СКД», 2010. 212 с.

12.Канарова О.В., Нікіренкова А.Ю. Органічна патологія нервової системи у дітей дошкільного віку як передумова затримки мовленнєвого розвитку. *Інноваційна педагогіка*. Вип.21. Т.2, 2020. С 57-60. URL: http://www.innovpedagogy.od.ua/archives/2020/21/part_2/14.pdf (дата звернення: 19.08.2023).

13.Конопляста С. Ю., Сак Т. В. Логопсихологія: навч. посіб. / за ред. М. К. Шеремет. Київ : Знання, 2010. 239 с

14.Крутий К. Л. Діагностика мовленнєвого розвитку дітей дошкільного віку. Запоріжжя : ЛПС, 2005. 208 с.

15.Кулема Є. Рання діагностика як основа корекційної роботи з дітьми, які мають відхилення у психофізичному розвитку. *Дефектологія*. 2000. № 1. С. 27-29.

16.Леонтьев А.А. Язык, речь, речевая деятельность. М.: Просвещение, 1969. 211 с.

17.Лепеха Л.П., Городиська М.Б Логопедичні ігри в корекційній роботі з дітьми із загальним недорозвиненням мовлення. Львів-Дрогобич: Посвіт, 2014. 76 с.

18. Логопедія. Підручник / за ред. М.К. Шеремет. К. : Видавничий Дім «Слово», 2014. 672 с. URL: <https://studfile.net/preview/2041266/> (дата звернення: 4.07.2023).

19. Луценко І. Організаційні та нормативно-правові аспекти діяльності різнопрофільних фахівців в інклюзивному навчальному закладі. *Особлива дитина: навчання та виховання*. 2015. № 2 (74). С.35-44. URL:<https://mon.gov.ua/storage/app/media/inkluzyvne-navchannya/posibniki/inklyuziyavnz.pdf> (дата звернення: 14.08.2023).

20. Манова-Томова В. Психологічна діагностика раннього віку. К.: Вища школа, 1978. 167 с.

21. Манько Н.В. Діагностика та корекція мовленнєвого розвитку дітей раннього віку: Навчальний посібник. К.: КНТ, 2008. 256с.

22. Марченко І. С. Особливості мовленнєвої активності дітей молодшого дошкільного віку із загальним недорозвиненням мовлення. *Логопедія*. 2015. №6. С.51- 58. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/logoped_2015_6_9 (дата звернення: 11.08.2023).

23. Мельник І., Реснянська У. Розвиток мовлення дітей раннього віку із затримкою мовленнєвого розвитку. URL: <https://evnuir.vnu.edu.ua/bitstream/123456789/9280/1/The%20Development%20of%20Early-Aged%20Children.pdf> (дата звернення: 12.08.2023).

24. Павелків Р.В., Цигипало О.П. Дитяча психологія: навч. посіб. К.: Академвидав, 2008. 432 с. URL: https://www.studmed.ru/pavelk-v-r-v-cigipalo-o-p-dityacha-psiolog-ya_81201df1640.html (дата звернення: 27.08.2023).

25. Палій А. А. Дитяча психодіагностика. К. : Академвидав. 2010. 432 с URL: <https://symboldrama.if.ua/wp-content/uploads/2020/03/a.a.-palij-dyfyrencziana-psyhologiya.pdf> (дата звернення: 8.08.2023).

26. Піроженко Т. О. Комунікативно-мовленнєвий розвиток дошкільника. Тернопіль : Мандрівець, 2010. 152 с. URL: https://www.studmed.ru/p-rozhenko-t-o-komun-kativno-movlenn-viy-rozvitok-doshk-lnika_d933285937b.html (дата звернення: 17.09.2023).

27. Планування роботи з дітьми раннього віку / під ред. Т. Науменко. К.: Редакції загальнопедагогічних газет, 2003. 128 с.

28. Рібцун Ю. В. Вивчення моторної функції молодших дошкільників із ЗНМ. *Дефектологія*. 2006. № 1. С. 44-48. URL: <http://www.irbis-nbuv.gov.ua/publ/REF-0000416305> (дата звернення: 15.09.2023).

29. Рібцун Ю. В. Корекційне навчання з розвитку мовлення дітей молодшого дошкільного віку із ЗНМ : програмно-методичний комплекс. Київ : Освіта України, 2011. 292 с. URL: <https://logoped.in.ua/wp->

content/uploads/2018/02/ZNM_Ribtsun.pdf (дата звернення: 6.09.2023).

30. Рібцун Ю. В. Методичні рекомендації щодо формування фонетико-фонематичної складової експресивного мовлення молодших дошкільників із ЗНМ. *Український логопедичний вісник*. Вип. 1. 2010. С.72–81. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/5820/1/%D0%A4%D0%BE%D0%BD%D0%B5%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%BE-%D1%84%D0%BE%D0%BD%D0%B5%D0%AE.pdf> (дата звернення: 16.08.2023)

31. Рібцун Ю.В. Дитина з порушеннями мовленнєвого розвитку. Харків : Вид-во «Ранок», ВГ «Кенгуру», 2018. 40 с. (Інклюзивне навчання) URL: <https://lib.iitta.gov.ua/711352/1/%D0%94%D0%B8%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0%20%D0%B7%20%D0%BF%D0%BE%D1%80%D1%83.pdf> (дата звернення: 11.08.2023).

32. Розвиток мовлення та його порушення у дітей від народження до 3 років (клініко-синдромологічний та корекційний аспекти). К.: Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи МОЗ України, 2002. 54 с. URL: <https://ioanivcenter.com/news/48-osoblivosti-movlenniyevogo-rozvitku-u-ditej-z-nevrologichnimi-porushennjami.html> (дата звернення: 9.08.2023).

33. Розенгарт-Пупко Г.Л. Формирование речи у детей раннего возраста. М.: АПН РСФСР, 1963. 95 с.

34. Соботович Є. Критерії оцінювання мовленнєвого розвитку дитини (у його лексичній ланці) на різних вікових етапах. *Дефектологія*. 2003. № 2. С. 2-7.

35. Соботович Є. Нормативні показники мовленнєвого розвитку (в його граматичній ланці) дитини дошкільного віку. *Дефектологія*. 2003. № 2. С. 7-11.

36. Соботович Є. Нормативні показники мовленнєвого розвитку (в його фонетико-фонематичній ланці) дітей дошкільного віку. *Дефектологія*. 2002. №3. С. 2-4.

37.Соботович Є. Психолінгвістична періодизація мовленнєвого розвитку дитини. *Дефектологія*. 1999. № 1. С. 11-14.

38.Технологія раннього втручання: принципи, алгоритм, зміст (методичні рекомендації) / укл. Кукуруза Г.В. та ін. URL: https://iozdp.org.ua/Downloads/Methodichki/kukuruza_2017.pdf (дата звернення: 21.08.2023).

39.Томич Л. Концептуальні основи проектування корекційно-розвивального середовища для дітей з порушеннями психофізичного розвитку в умовах дошкільного навчального закладу. *Пріоритети нової особистісно-орієнтованої парадигми дошкільної освіти в Україні* : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф., (м. Умань, 7-8 жовтня 2010 р.). Умань, 2010. С.22-24.

40.Український дефектологічний словник / за ред. акад. В.І. Бондаря. К.: Милосердя України, 2001. 394 с.

41.Федорович Л. О. Сучасні моделі та підходи до надання освітніх послуг дітям раннього віку з особливими потребами. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П.Драгоманова*. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. 2016. № 32(2). С.191-196. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_019_2016_32%282%29_36 (дата звернення: 19.09.2023).

42.Формування політики раннього втручання : тренінговий модуль / укл : Л. Ю. Байда, Є. Б. Павлова, О. Л. Іванова, Г. В. Кукуруза. К., 2017. 62 с. URL: <https://rvua.com.ua/media/399/887f6cc572ca029233d9533cb90bfa78.pdf> (дата звернення: 21.08.2023).

43.Якименко С.І., Гомен Л.П. Ігрова діяльність. Перша молодша група (3-й рік життя). Тернопіль: Навчальна книга – Богдан.), 2003. 32 с.

44.Якименко С.І., Гомен Л.П. Планування в першій молодшій групі (3-й рік життя). Тернопіль: Навчальна книга – Богдан.), 2003. 96 с.

45. Dunst, C. J., Hamby, D., Trivette, C. M., Raab, M., & Bruder, M. B. (2000). Everyday family and community life and children's naturally occurring learning opportunities. *Journal of Early Intervention*, 23, 151–164. URL:

[https://www.academia.edu/59184059/Everyday Family and Community Life and Childrens Naturally Occurring Learning Opportunities](https://www.academia.edu/59184059/Everyday_Family_and_Community_Life_and_Childrens_Naturally_Occurring_Learning_Opportunities) (дата звернення: 1.08.2023).

46. Meisels, S. J. & Shonkoff, J. P. (2000). Early childhood intervention: A continuing evolution. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), Handbook of early childhood intervention (second edition, pp. 3–31). New York: Cambridge University Press. URL: <https://catdir.loc.gov/catdir/samples/cam032/99025362.pdf> (дата звернення: 1.09.2023).

47. Trivette, C., Dunst, C., & Hamby, D. (2010). Influences of Family-Systems Intervention Practices on Parent-Child Interactions and Child Development. Topics in Early Childhood Special Education, 30(1), pp. 3-19. URL: <https://eric.ed.gov/?id=EJ879017> (дата звернення: 13.09.2023).

ДОДАТКИ 63

Додаток А

Анкета для батьків 63

1. Прізвище, ім'я _____
2. Дата народження _____, вік ____ р. ____ міс.
3. Зазначте відомості про батьків та родичів (вік батьків на момент народження дитини, яка вагітність по рахунку, які по рахунку пологи;), умови виховання дитини в сім'ї (найближче оточення дитини, мова, якою спілкуються в родині, створення предметно-розвивального середовища для дитини тощо), наявність мовленнєвих, неврологічних, психічних відхилень у батьків, родичів _____

4. Чи надавалася рання допомога (медикаментозне лікування, рання стимуляція розвитку, логопедична, психологічна та інша) дитині фахівцями (якими саме, в якому віці?)

5. Підкресліть, які особливості спостерігалися під час вагітності у мами дитини: (без патології, токсикоз, інфекційні захворювання, гіпоксія плоду, асфіксія плоду; багатоплідність (двійня), загроза переривання вагітності, гіпертонія, наявність резус-конфлікту, анемія та інше (зазначити)

6. Підкресліть, які були особливості перебігу пологів : фізіологічні, хірургічні (кесарів розтин), стимуляція пологів, передчасні, затяжні), інше (зазначити) _____
7. В якому стані народилася дитина? Закричала відразу; закричала не відразу; наявність черепно-мозкової травми, в асфіксії внаслідок обвиття пуповини навколо ший; недоношеність; переношеність, інше (зазначити)

8. Чи відразу дитина взяла груди, знаходилася на грудному вигодовуванні до якого віку, причина відмови від грудного вигодовування? _____
9. Зазначте, чи спостерігалось у перші місяці життя дитини посиніння носо-губних складок під час плачу, тремтіння кінцівок, захливання рідиною, підтікання рідини під час смоктання з куточка рота, виникнення судом на фоні високої температури, порушення сну, підвищене зригування, погана адаптація до незнайомої обстановки?

10. Зазначте перебіг раннього психомоторного розвитку Вашої дитини: голову тримає з _____ міс.; самостійно сидить з _____ міс.; самостійно ходить з _____ міс.; які захворювання дитина перенесла на першому році життя _____

11. Зазначте особливості домовленнєвого та раннього мовленнєвого розвитку Вашої дитини: гуління (відтворення ланцюжка голосних звуків) з _____ міс.; белькотіння (відтворення ланцюжка складів) з _____ міс.; перші слова з'явилися з _____ міс. (які саме) _____; до кінця 1-го року скільки слів вимовляла дитина _____; перші фрази з'явилися у віці _____ міс/років.; чи відбувалася стимуляція мовленнєвого розвитку, як саме?, інші особливості раннього мовленнєвого розвитку, які Ви спостерігали _____

12. Чи проявляє дитина комунікативну активність під час взаємодії з членами родини? В якій формі? _____

13. Як дитина виражає свої потреби, бажання? _____

14. Чи утримує дитина зоровий контакт під час взаємодії з дорослим? _____

Дякуємо за співпрацю!

Додаток Б

ІНДИВІДУАЛЬНА КАРТКА ЛОГОПЕДИЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ДИТИНИ ТРЕТЬОГО РОКУ ЖИТТЯ 65

Дані про дитину:

Прізвище, ім'я _____

Дата народження _____, вік ____ р. ____ міс.

Відомості про батьків, умови виховання дитини

Надання логопедичної допомоги дитині (де, коли?)

Анамнез:

Особливості перебігу вагітності у матері: (без патології, токсикоз, інфекційні захворювання, гіпоксія плоду, асфіксія плоду; багатоплідність, інше _____)

Особливості перебігу пологів (фізіологічні, хірургічні), інше _____

Стан немовляти (закричав відразу; закричав не відразу; черепно-мозкова травма, асфіксія; недоношеність; гідроцефалія),

інше _____

Ранній психомоторний розвиток: голову тримає з _____ міс.; самостійно сидить з _____ міс.; самостійно ходить з _____ міс.; до року переніс захворювання _____

Домовленнєвий та ранній мовленнєвий розвиток: гуління з _____ міс.; белькотіння з _____ міс.; перші слова з _____ міс. (які) _____; активний словник до 1-го року _____ слів; фразове мовлення з _____ міс.; стимуляція мовленнєвого розвитку _____

_____ ; прояви заїкання на момент обстеження

Заключення спеціалістів:

педіатр _____

отоларинголог _____

окуліст _____

психоневролог _____

Обстеження імпресивного мовлення:

1. Розуміння мовлення на рівні діалогу _____

2. Розуміння інструкцій:

а) простих:

Візьми м'яч _____

Дай ляльку _____

Кинь м'яч на підлогу _____

Поклади олівець у відерце _____

Давай пограємо. Візьми кубики і машинку _____

б) складних:

Поклади олівці у коробку і віддай коробку мені _____

Візьми у мене олівці, поклади їх на стіл, потім прибери олівці у
коробку _____

Збери олівці, поклади їх на стіл, потім візьми коробку і склади туди олівці

3. Розуміння слів, що позначають предмети

корова _____

порося _____

качка _____

кішка _____

собака _____

картопля _____

морква _____

банан _____

груша _____

миска _____

каструля _____

дерево _____

квітка _____

автобус _____

машина _____

4. Розуміння слів, що позначають дії

будує _____

будують _____

їде _____

падає _____

п'є _____

забиває _____

з'їла _____

випила _____

гризе _____

тримає _____

п'ють _____

5. Розуміння слів, що позначають ознаки

чистий _____

брудний _____

червоний _____

зелений _____

синій _____

жовтий _____

високо _____

низько _____

близько _____

далеко _____

6. Розрізнення іменників в однині та множині

вагон-вагончик _____

гриб-гриби _____

машина-машини _____

м'яч-м'ячі _____

7. Розуміння іменників із суфіксами зі значенням зменшеності та пестливості

ложка-ложечка _____

сумка-сумочка _____

стіл-столик _____

будинок-будиночок _____

Обстеження експресивного мовлення

1. Діалог:

Як тебе звати? _____

У тебе є братик чи сестричка? _____

Хто тебе сюди привів? _____

Тобі подобається грати? _____

Яка тобі іграшка сподобалася? _____

Хочеш нею погратися? _____

Що ти будеш робити іграшкою? _____

2. Вживання іменників

бабуся _____

дідусь _____

дівчинка _____

хлопчик _____

м'яч _____

кубик _____

пірамідка _____

машина _____

автобус _____

собака _____

курча _____

яблуко _____

ложка _____

чашка _____

стіл _____

ліжко _____

3. Вживання дієслів

їде _____

грається _____

впала _____

розбив _____

спить _____

плаче _____

їсть _____

падає _____

спить _____

малює _____

стукає _____

4. Вживання прикметників

великий _____

маленький _____

червоний _____

синій _____

чистий _____

брудний _____

5. Фразове мовлення. Типи і обсяг речень.

Ведмедик спить. _____

Дівчинка їсть яблуко. _____

Котик грається клубком. _____

Дівчинка біжить до мами. _____

Мама дає дівчинці яблуко. _____

Дідусь копає землю лопатою. _____

Собака лежить у будці. _____

Пташка сидить на дереві. _____

Мишка заховалась за грибком. _____

Хлопчик дарує бабусі квіти. _____

Качата виходять з води. _____

Зайчик кладе морквинку в кошик. _____

6. Граматична будова мовлення:

а) Утворення множини іменників у називному відмінку:

лялька-ляльки _____

кубик-кубики _____

машина-машини _____

вагон-вагони _____

піраміда-піраміди _____

стіл-столи _____

б) Утворення іменників у знахідному відмінку однини (купили):

капусту _____ морквину _____

сік _____ банан _____

яблуко _____

в) Наказовий спосіб дієслів:

іди _____ принеси _____

візьми _____ прибери _____

г) Утворення іменників за допомогою суфіксів зі значенням зменшеності та нестлиивості:

м'яч-м'ячик _____

гриб-грибочок _____

шапка-шапочка _____

квітка-квіточка _____

7. Складова структура слів

кіт _____ слон _____

вода _____ ложка _____

літак _____ собака _____

подушка _____ горішок _____

велосипед _____

ножиці _____

8. Звуковимова

	Ізольована вимова	Вимова в словах		Ізольована вимова	Вимова в словах
А			К'		
О			Х		
У			Х'		
И			М		
І			М'		
Е			Н		
Б			Н'		
Б'			Л		
В			Л'		
В'			Й		
Д			С		
Д'			С'		
П			З		
П'			З'		
Т			Ц		
Т'			Ц'		
Ф			Ш		
Ф'			Ж		
Г			Р		
Г'			Р'		
К					

9. Просодичні компоненти мовлення:

темп _____

ритм _____

інтонаційна виразність _____

голос (сила, висота, тембр) _____

загальна розбірливість мовлення _____

10. Салівація:

а) у спокійному стані _____

б) під час мовлення _____

Особливості будови і рухливості артикуляційного апарату будови артикуляційного апарату

губи _____

зуби _____

піднебіння:

а) тверде _____

б) м'яке _____

язик _____

Логопедичний висновок _____
