

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЧЕРНІВЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ЮРІЯ ФЕДЬКОВИЧА**

**Факультет педагогіки, психології та соціальної роботи
Кафедра педагогіки і психології дошкільної та спеціальної освіти**

**Раннє виявлення мовленнєвих порушень і
логопедична інтервенція як чинники
оптимізації психофізичного розвитку дитини**

**Кваліфікаційна робота
Рівень вищої освіти — другий (магістерський)**

Виконала:
студентка 2 курсу, 202-м групи
Гнідко Даніела Олександрівна
Керівник: проф. Олійник М.І.

***До захисту допущено
на засіданні кафедри
протокол № _____ від «_____» _____ 2025 р.
Зав. кафедрою _____ проф. Олійник М.І.***

Чернівці – 2025

АНОТАЦІЯ

Гнідко Д. О. Раннє виявлення мовленнєвих порушень і логопедична інтервенція як чинники оптимізації психофізичного розвитку дитини.

Рукопис. Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістра зі спеціальності 016 «Спеціальна освіта». Чернівецький нац. ун-т імені Юрія Федьковича. Чернівці, 2025. 74 с.

Магістерська робота присвячена вивченню впливу раннього виявлення мовленнєвих порушень та логопедичної інтервенції на психофізичний розвиток дітей раннього віку. У дослідженні обґрунтовано актуальність проблеми у контексті міждисциплінарного підходу до раннього втручання, що передбачає поєднання педагогічних, психологічних і медико-біологічних засад. Проаналізовано сучасні теоретичні підходи до мовленнєвого розвитку, класифікацію мовленнєвих порушень, а також чинники ризику їх виникнення. Особливу увагу приділено вітчизняному та зарубіжному досвіду ранньої діагностики, вивчено ефективність логопедичних втручань на основі емпіричних даних. Результати експериментального дослідження засвідчили статистично значущий позитивний вплив своєчасної логопедичної допомоги на мовленнєві, когнітивні та емоційно-вольові показники розвитку дитини. Практична значущість роботи полягає у можливості використання отриманих висновків у розробці програм раннього втручання, методичних рекомендацій для фахівців, а також у формуванні системи підтримки дітей із мовленнєвими труднощами в умовах сучасної української освіти.

Ключові слова: раннє виявлення мовленнєвих порушень, логопедична інтервенція, психофізичний розвиток дітей, раннє втручання, мовленнєві порушення, чинники ризику, ефективність логопедичної допомоги

ABSTRACT

Hnidko D. O. Early Detection of Speech Disorders and Speech Therapy Intervention as Factors in Optimizing the Psychophysical Development of a Child. Manuscript. Master's Qualification Thesis for the Degree of Master in Special Education (Specialty 016 "Special Education"). Yuriy Fedkovych Chernivtsi National University. Chernivtsi, 2025. 74 p.

The master's thesis is devoted to studying the impact of early detection of speech disorders and speech therapy intervention on the psychophysical development of young children. The research substantiates the relevance of the issue within the context of an interdisciplinary approach to early intervention, which combines pedagogical, psychological, and biomedical foundations. The study analyzes modern theoretical approaches to speech development, the classification of speech disorders, and risk factors contributing to their occurrence. Particular attention is paid to domestic and international experience in early diagnosis, as well as the effectiveness of speech therapy interventions based on empirical data. The results of the experimental study demonstrated a statistically significant positive effect of timely speech therapy support on the speech, cognitive, and emotional-volitional indicators of child development. The practical significance of the work lies in the potential application of the findings for developing early intervention programs, methodological guidelines for specialists, and establishing a support system for children with speech difficulties within the modern Ukrainian educational context.

Keywords: early detection of speech disorders, speech therapy intervention, psychophysical development of children, early intervention, speech disorders, risk factors, effectiveness of speech therapy support

Кваліфікаційна робота не містить результатів власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів наукових досліджень інших авторів мають посилання на відповідне джерело _____ Д.О.Гнідко

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ РАНЬОГО ВИЯВЛЕННЯ МОВЛЕННЄВИХ ПОРУШЕНЬ ТА ІНТЕРВЕНЦІЇ В ДИТИНСТВІ.....	8
1.1. Психофізичний розвиток дитини раннього віку: норма та відхилення....	8
1.2. Основні типи мовленнєвих порушень у дітей раннього віку.....	18
1.3. Теоретичні основи раннього виявлення мовленнєвих порушень.....	22
1.4. Зарубіжний і вітчизняний досвід ранньої логопедичної діагностики.....	27
Висновки до розділу 1.....	35
РОЗДІЛ 2. ЛОГОПЕДИЧНА ІНТЕРВЕНЦІЯ ЯК ФАКТОР ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ДИТИНИ.....	39
2.1. Теоретичне визначення понять «рання діагностика» та «логопедична інтервенція».....	39
2.2. Вплив ранньої діагностики та логопедичної інтервенції на психофізичний розвиток дітей раннього віку.....	41
2.3. Роль родини у процесі ранньої логопедичної допомоги.....	45
2.4. Емпіричне дослідження значення ранньої діагностики та логопедичної інтервенції у контексті психофізичного розвитку дитини.....	48
2.4.1. Обґрунтування методики.....	48
2.4.2. Результати дослідження та їх аналіз.....	52
Висновки до розділу 2	56
ВИСНОВКИ.....	60
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	64
ДОДАТКИ.....	72

Вступ

Психофізичний стан дитини становить собою фундаментальний аспект її повноцінного розвитку, що зумовлює важливість формування мовленнєвих навичок як засобу комунікації та адаптації у соціальному середовищі. Порушення мовленнєвого розвитку справляють істотний вплив не лише на загальний стан дитини, але й на її соціальну, емоційну та когнітивну сфери як у підлітковому, так і в дорослому віці.

Емпіричні дані свідчать, що своєчасне виявлення мовленнєвих порушень у ранньому віці, а також відповідна логопедична інтервенція, корелюють із покращенням мовленнєвих здібностей та загального психофізичного розвитку дитини. Дослідження підтверджують, що розпочаті до 3–5 років корекційні втручання мають позитивний вплив не лише на мовлення й комунікативні функції, але й на когнітивні, моторні та соціально-емоційні навички. Так, зокрема, поєднання логопедичної роботи із сенсорною інтеграцією призвело до підвищення кількості дітей, які досягли належного рівня мовленнєвого розвитку, на 75% [10], а застосування адаптивного фізичного виховання з елементами корекційної педагогіки дало змогу покращити мовленнєвий розвиток у порівнянні з традиційними методами.

Сучасна логопедична практика ґрунтується на структурованій діагностичній моделі виявлення порушень мовленнєвого розвитку, що пройшла багатоетапну апробацію в науково-практичній площині. Основне завдання логопедичної діагностики полягає у всебічному вивченні мовленнєвих та комунікативних здібностей дитини, а також у виявленні наявних порушень. Водночас під час логопедичного обстеження можуть виявлятися супутні розлади голосу, артикуляції, ковтання, порушення інтелектуального розвитку тощо.

Таким чином, дослідження впливу ранньої діагностики та логопедичної інтервенції на психофізичний стан дитини набуває особливої практичної значущості у контексті розбудови системи ранньої допомоги та формування

засад гармонійного дитинства. Науково-методичне обґрунтування цієї проблематики здійснювалося такими дослідниками, як: Лещенко О., Прохватилова А., Шевчук О., Грищенко С., Шурубенко О., Склянська О., Слосанська Г., Горішня Н. та іншими. Актуальність проблеми безпосередньо визначає значущість дослідження на тему:

«Раннє виявлення мовленнєвих порушень і логопедична інтервенція як чинники оптимізації психофізичного розвитку дитини».

Мета дослідження

Метою наукової роботи є з'ясування механізмів та оцінка ефективності впливу ранньої діагностики й логопедичної інтервенції на загальний психофізичний розвиток дітей раннього віку.

Завдання дослідження

1. Провести аналіз науково-методичної літератури з обраної тематики.
2. Визначити змістовні характеристики понять «рання діагностика» та «логопедична інтервенція».
3. Оцінити вплив логопедичного втручання на психофізичний стан дитини, зокрема мовленнєвий і психомоторний розвиток.
4. Провести експериментальне дослідження впливу ранньої діагностики та логопедичної інтервенції на психофізичний стан дитини в умовах українського контексту.
5. Проаналізувати та узагальнити дані щодо ефективних методів ранньої діагностики й логопедичної інтервенції, спрямованих на покращення загального психофізичного розвитку.

Об'єкт дослідження

Процес організації ранньої діагностики дітей віком від 0 до 3 років, які потребують логопедичної допомоги.

Предмет дослідження

Вплив ранньої діагностики та логопедичної інтервенції на психофізичний стан дітей раннього віку.

Методи дослідження

У дослідженні були застосовані такі методи: аналіз, систематизація, узагальнення наукової літератури, вивчення документації; експеримент, спостереження;

Теоретична значимість

Теоретичний внесок дослідження полягає у поглибленні знань про сутність та роль ранньої діагностики й логопедичної інтервенції, а також у розширенні наукових уявлень щодо причин, механізмів і шляхів корекції мовленнєвих порушень у дітей.

Практична значимість

Практичне значення дослідження полягає в можливості використання отриманих результатів у подальших наукових розвідках, у створенні методичних матеріалів з питань раннього втручання, при розробці робочих програм, спецкурсів, практикумів для майбутніх фахівців, а також у підготовці до педагогічної практики.

Структура роботи: робота складається зі вступу, двох розділів, висновків і списку використаних джерел.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ РАННЬОГО ВИЯВЛЕННЯ МОВЛЕННЄВИХ ПОРУШЕНЬ ТА ІНТЕРВЕНЦІЇ В ДИТИНСТВІ

1.1. Психофізичний розвиток дитини раннього віку: норма та відхилення

Мовленнєвий розвиток дитини є складним, багаторівневим процесом, що формується під впливом як ендогенних (вроджених), так і екзогенних (соціокультурних та освітніх) чинників. Актуальні дослідження у сфері психології розвитку, лінгвістики та нейронаук підтверджують, що ізольовані, однопарадигмальні пояснення не відображають повноти та складності цього явища. Натомість продуктивним є інтегративний, міждисциплінарний підхід, який ураховує когнітивні, фізіологічні, психологічні, соціальні та культурні чинники розвитку мовлення [18; 34; 60].

Фундаментальні теоретичні підходи до вивчення мовленнєвого розвитку були закладені Ж. Піаже та Л. С. Виготським. Так, згідно з інтерпретацією І. Радул (2019), Ж. Піаже розглядав мовлення як похідне від когнітивного розвитку. Центральним компонентом його теорії є егоцентричне мовлення, що розглядається як перехідний етап між соціальним мовленням та формуванням логічного мислення. У свою чергу, Л. С. Виготський трактував егоцентричне мовлення як перехідну форму до внутрішнього мовлення, що виконує регулятивну функцію у поведінці та мисленні дитини. У межах його концепції мовлення постає не лише засобом комунікації, а й інструментом пізнавальної діяльності, що розвивається у процесі соціальної взаємодії.

Сучасне бачення мовленнєвого розвитку представлено, зокрема, в працях О. Чекан, яка інтегрує підходи Ж. Піаже, В. Стерна та Ф. де Соссюра. У її трактуванні мовлення є результатом взаємодії фізіологічних, психологічних і соціокультурних факторів. Особливу увагу дослідниця приділяє соціальному контексту як провідному чиннику формування мовленнєвої діяльності у дитини [60]. Такий підхід узгоджується з ідеями сучасної соціолінгвістики, яка розглядає мовлення як практику, що

формується та змінюється під впливом соціальних норм, очікувань і моделей поведінки.

Значний внесок у розробку теоретико-практичної моделі мовленнєвого розвитку зроблено в межах української психолінгвістики. Так, Л. Калмикова та співавтори запропонували 14-модульну модель розвитку мовлення, яка охоплює когнітивні, емоційно-мотиваційні, металінгвістичні та комунікативно-прагматичні аспекти [15]. Ця модель розглядає мовлення як складну структурно-функціональну систему, що формується в умовах навчання, активної взаємодії з навколишнім середовищем, а також за умови розвитку рефлексивного мислення.

Крім того, варто відзначити значущість нейролінгвістичних досліджень, які підтверджують вплив нейропластичності мозку на мовленнєві здібності дитини. Сканування мозкової активності вказує на тісний взаємозв'язок між розвитком мовлення та іншими когнітивними процесами — зокрема, увагою, пам'яттю, емоційною регуляцією.

У роботі І. Товкач також простежується когнітивно-лінгвістична орієнтація: мовна обізнаність трактується як індикатор індивідуального прогресу у мовленнєвому розвитку. Авторка звертає увагу на потребу індивідуалізації педагогічного впливу, орієнтації на психолінгвістичні особливості дитини [49].

Подібно, С. Михальська та Ю. Михальська підкреслюють, що мовленнєва поведінка пов'язана з ціннісними орієнтаціями та емоційними структурами особистості. Вони застосовують психосемантичний підхід для дослідження зв'язку між комунікативною поведінкою та світоглядом дитини [31].

Одним із найпереконливіших сучасних підходів є інтегративна теорія А. Король, яка синтезує біхевіористську, нативістську та інтеракціоністську парадигми. Авторка доводить, що мовлення дитини формується як у результаті вроджених мовних механізмів, так і через соціальну взаємодію, а

також завдяки екологічному контексту, в якому відбувається мовленнєве навчання [18].

Цей підхід поєднує лінгвістичну компетенцію з контекстними факторами розвитку. Таким чином, створюється цілісна картина, яка дозволяє не лише описати мовленнєвий розвиток, а й передбачити варіанти його порушення за умови дефіциту в одній з компонентних сфер.

Педагогічні теорії пропонують прикладні рамки, які транслують наукові засади у практику мовленнєвого стимулювання. Зокрема, у дослідженні М.Словачека простежується вплив принципів Монтессорі-педагогіки, які акцентують увагу на сенситивних періодах розвитку, підготовленому середовищі, а також на ролі незалежності дитини у формуванні мовлення [42].

Інші педагогічні моделі (О. Ковшар, Л. Древняк, [17], О. Табака, [46]) підкреслюють важливість діяльнісного підходу, де мовлення розвивається через комунікативну активність, мовленнєві ігри, і формується в емоційно-мотиваційному контексті.

В. Федяєва та М. Пентилюк акцентують на ролі родинного середовища та культури у формуванні мовної особистості дитини. Вони наголошують, що мовлення не є ізольованим когнітивним феноменом, а натомість — вбудоване в систему міжособистісних і культурних взаємодій [52].

Порівняльний аналіз десяти теоретичних джерел дозволяє виділити тенденцію до конвергенції різних підходів у межах сучасної науки про мовлення. Найбільш повним є підхід, який поєднує:

- психолінгвістичну точність у моделюванні процесів мовлення (Л. Калмикова та ін., [15]);
- соціокультурну значущість взаємодії (І. Радул, [34]; О. Чекан, [60]);
- педагогічну орієнтацію на середовище розвитку (М. Словачек, [42]; О. Ковшар, Л. Древняк, [17]);

- когнітивні механізми та індивідуальні особливості (С. Михальська та ін., [31]; І. Товкач, [49]);
- інтеграцію класичних і сучасних теорій (А. Король, [18]).

Ці моделі узгоджуються в розумінні мовлення як контекстно-залежного, динамічного процесу, що формується в результаті постійної взаємодії внутрішніх здібностей дитини та зовнішнього середовища.

1. Теоретичні підходи до мовленнєвого розвитку мають різні концептуальні витoki, однак сучасна тенденція полягає в інтеграції парадигм: психолінгвістичної, соціокультурної, когнітивної та педагогічної.

2. Мовлення розглядається як частина загального розвитку дитини, нерозривно пов'язана з пізнавальною, соціальною та емоційною сферами.

3. Суттєву роль у поясненні механізмів мовленнєвого розвитку відіграють такі поняття як інтерналізація, сенситивні періоди, комунікативне середовище, мовна свідомість, культурний контекст.

4. Сучасна наука підтримує міждисциплінарний підхід, який є найбільш адекватним для аналізу мовленнєвого розвитку у дітей та розробки ефективних корекційних і педагогічних програм.

Психофізичні показники розвитку дітей раннього віку при типовому та затриманому розвитку

Психофізичний розвиток у ранньому дитинстві розглядається як інтегрований процес, що поєднує соматичні, нейромоторні, когнітивні, мовленнєві та емоційно-вольові компоненти. У цей період формуються базові механізми руху, сприймання, мислення й мовлення, які визначають подальші траєкторії розвитку дитини (Л. Черніченко, [61]).

Порівняння дітей з типовим розвитком і дітей із затримками розвитку дає змогу виокремити ключові психофізичні параметри, що суттєво відрізняються між цими групами. До таких показників належать:

- фізичні характеристики (індекс маси тіла, життєва ємність легень, сила, координація);

- нейромоторні та психомоторні реакції (м'язовий тонус, симетричність рефлексів, рухливість суглобів, рівновага);
- когнітивні функції (увага, пам'ять, пізнавальні стратегії);
- мовленнєві показники (експресивна й рецептивна мова, артикуляція, розуміння);
- емоційно-вольова регуляція.

Фізичний розвиток виступає базовим індикатором загального дозрівання організму дитини. У дослідженні Н. Лещій [22] встановлено, що діти з типовим розвитком мали індекс маси тіла (ІМТ) на 1,49 кг/м² вищий, екскурсію грудної клітки на 2,9 см більшу, життєву ємність легень на 120,4 мл більшу, а також індекс сили на 22,5% вищий порівняно з дітьми із затримкою розвитку ($p < 0,05$).

Ці показники свідчать про більш зрілу соматичну конституцію, кращий стан дихальної та серцево-судинної системи, а також про вищу витривалість і тонус м'язів. Аналогічні закономірності простежуються в роботі В. Бєсєди [6], де підкреслено, що порушення постави, координації та рівноваги є типовими для дітей із психомоторними розладами.

Таким чином, у дітей із затриманим розвитком простежується комплексне відставання у фізичній сфері, яке проявляється у менш розвинених показниках сили, дихальної ємності та рухової координації.

За результатами клініко-функціональних обстежень (І. Брушневська [8]; В. Бєсєда, [6]), у дітей із затримкою розвитку спостерігаються:

- спастичність і гіпертонус, що свідчить про дисфункцію центральної нервової системи;
- асиметричні рефлекси, які вказують на порушення міжпівкульної взаємодії;
- знижену координацію та рівновагу, що утруднює опанування складних моторних дій.

У той час як у дітей із типовим розвитком переважають симетричні рефлекси, рівномірний м'язовий тонус і пропорційна моторна активність, діти

із затримкою розвитку демонструють відхилення в нейромоторній організації рухів.

В.Бєседа [6] вказує, що порушення координації та м'язового тонусу тісно корелюють з аномаліями у формуванні постави. Подібні висновки роблять З. Маматова та Л. Арнаутова [25], які відзначають прояви церебрастенічного синдрому, гіпердинамічних реакцій і дисфункцій ЦНС серед дітей із когнітивними порушеннями.

Когнітивний розвиток дітей із затримкою розвитку характеризується зниженим рівнем зорово-просторового розпізнавання, повільністю мисленнєвих операцій і меншою продуктивністю пам'яті (Л. Прохоренко, О. Романенко, [33]).

Так, у порівняльному аналізі встановлено, що діти з типовим розвитком продемонстрували 84,5% рівень самостійного розпізнавання об'єктів і 16,5% помилок, тоді як серед дітей із затримкою розвитку ці показники становили 54% та 47,5% відповідно.

У дітей із когнітивними порушеннями (З. Маматова, Л. Арнаутова, [25]) спостерігаються емоційно-вольова незрілість, недостатній розвиток виконавчих функцій і труднощі у формуванні цілісних когнітивних стратегій. Ці відмінності підтверджують взаємозалежність між нейропсихічним дозріванням та розвитком інтелектуальних здібностей.

Мовлення виступає провідним показником інтегрованості психофізичного розвитку дитини. Дослідження Л. Черніченко свідчить, що у дітей із типовим розвитком мовлення відповідає віковим нормам — сформовані базові експресивні та рецептивні навички, адекватна артикуляція, розуміння мовних конструкцій [61].

Натомість серед дітей із затримкою розвитку спостерігається затримка мовленнєвого старту, труднощі з артикуляцією, обмежений словниковий запас, порушення розуміння зверненого мовлення. У роботі З. Маматової та Л. Арнаутової наведено дані, що поширеність затримки мовлення серед дітей із

когнітивними розладами сягає 23%, що підтверджує тісний зв'язок між когнітивною сферою й мовленнєвим функціонуванням [25].

Психоемоційні показники у дітей із затримкою розвитку характеризуються емоційною нестійкістю, труднощами саморегуляції та соціальної адаптації. З. Маматова та Л. Арнаутова описують такі прояви, як емоційно-вольова незрілість, підвищена тривожність та схильність до імпульсивних реакцій.

Ці риси ускладнюють процес навчання та соціальної взаємодії, знижуючи ефективність психолого-педагогічних інтервенцій. У дітей із типовим розвитком, навпаки, відзначається сформованість базових емоційних реакцій, здатність до наслідування, емпатії та контролю поведінки у відповідь на соціальні стимули.

Психофізичний профіль дітей із типовим розвитком характеризується гармонійним співвідношенням фізичних, нейромоторних, когнітивних і мовленнєвих параметрів, тоді як при затримці розвитку спостерігаються системні дисбаланси в усіх сферах.

1. Найбільш виражені кількісні відмінності зафіксовано у фізичних (ІМТ, сила, ємність легень) і когнітивних (ідентифікація об'єктів, рівень помилок) показниках.
2. Нейромоторні та емоційно-вольові відмінності мають переважно якісний характер і потребують глибшої клінічної верифікації.
3. Мовленнєвий розвиток є інтегративним індикатором загального психофізичного стану дитини, тому раннє виявлення затримок у мовленні може слугувати маркером ширших нейропсихічних порушень.
4. Подальші дослідження потребують стандартизації методик оцінки та збільшення вибірок для підвищення валідності результатів [25].

Мовлення виступає одним із провідних компонентів загального розвитку дитини, слугуючи основним засобом сприйняття навколишньої дійсності та побудови соціальної взаємодії. У дітей з типовим (нормотиповим) розвитком становлення мовлення, як правило, відбувається послідовно та без

істотних відхилень. Водночас у певної категорії дітей спостерігаються порушення, що значно впливають на темп, якість та повноту мовленнєвого розвитку.

Розгляд особливостей мовленнєвого розвитку дітей з різними нозологічними формами дає змогу глибше осмислити вплив специфічних порушень на мовленнєву функцію, а також виявити закономірності, що можуть бути враховані при організації ефективного корекційно-розвивального впливу.

Аналіз порівняльних характеристик дітей з типовим розвитком, дітей з інтелектуальними порушеннями та дітей з тяжкими мовленнєвими порушеннями дозволяє розширити уявлення про специфіку їхнього мовленнєвого функціонування. Такий підхід створює передумови для розробки цілеспрямованих методик логопедичної інтервенції та систем підтримки, орієнтованих на індивідуальні потреби дитини.

Узагальнені результати такого аналізу представлені в таблиці 1.1, де висвітлено ключові відмінності у мовленнєвому розвитку дітей зазначених категорій.

Таблиця 1.1

Порівняльна характеристика мовленнєвого розвитку дітей з нормотиповим розвитком, інтелектуальними порушеннями та тяжкими порушеннями мовлення

Особливості розвитку мовлення	Діти з нормотиповим розвитком	Діти з інтелектуальними порушеннями	Діти з тяжкими порушеннями мовлення
Темп розвитку мовлення	Відповідає віковим нормам	Уповільнений, нерівномірний	Уповільнений, з труднощами на всіх етапах

Розуміння зверненого мовлення	Добре сформоване відповідно до віку	Частково знижене, особливо при складних інструкціях	В межах норми або незначно знижене
Активний словник	Швидке збагачення словникового запасу	Обмежений, мізерний словниковий запас	Словник обмежений через труднощі артикуляції або фонетики
Формування звуків (артикуляція)	Звукопоставка за віковими нормами	Часті фонетико-фонематичні помилки	Вимова значно порушена, спостерігаються складні порушення звуковимови
Граматична правильність мовлення	Сформована відповідно до віку	Порушене узгодження слів, спрощені конструкції	Значні порушення граматичної структури речення
Зв'язне мовлення	Послідовне, логічне, змістовне	Уповільнене, спрощене, часто нелогічне	Затруднене через мовленнєву реалізацію, навіть при збереженому мисленні
Комунікативні навички	Активна взаємодія з оточенням	Знижений інтерес до спілкування	Намір до спілкування є, але реалізація ускладнена

Наявні сть супутніх порушень	Відсутні	Часто супроводжуються моторними, сенсорними, поведінковими порушеннями	Можуть супроводжуватись моторними чи нейрологічними труднощами
Потреб а в логопедичній підтримці	Мінімальна або відсутня	Постійна, тривала	Необхідна інтенсивна та спеціалізована логопедична допомога

- Нормотиповий розвиток: передбачає природне, вікове становлення мовлення без значних відхилень.
- Інтелектуальні порушення: мовленнєві труднощі пов'язані з обмеженням загального пізнавального розвитку.
- Тяжкі порушення мовлення (ТПМ): мовленнєва сфера уражена більш виражено, при цьому інтелект може бути збереженим (наприклад, при дизартрії, ринолалії, алалії).

Отже, розуміння різниці розвитку формування мовленнєвої системи у дітей раннього віку з нормотиповим розвитком порівняно з дітьми з інтелектуальними порушеннями та тяжкими порушеннями мовлення, допомагає вдосконалити підходи до ранньої діагностики, інтервенції допоможе здійснити профілактику та корекцію порушень. Також це дасть змогу легше перенести соціальну адаптацію та інтеграцію в освітній простір в подальшому.

1.2. Основні типи мовленнєвих порушень у дітей раннього віку

Мовленнєвий розвиток є одним із базових показників психофізичного дозрівання дитини та важливим компонентом її когнітивного, соціального й емоційного становлення. У ранньому дитинстві мовлення формується внаслідок складної взаємодії біологічних, генетичних, нейрофізіологічних і середовищних чинників. Порушення в будь-якій із цих сфер можуть зумовити відхилення у мовленнєвому розвитку, що, своєю чергою, впливає на комунікативні, пізнавальні та соціальні функції (Л. Черніченко, [61]; Н. Лопатинська, [23]).

Сучасні дослідження вказують, що етіологія мовленнєвих розладів у дітей раннього віку має багатофакторний характер: до неї входять неврологічні, генетичні, перинатальні, структурно-анатомічні, розвиткові та соціально-психологічні впливи. Найчастіше ці чинники взаємодіють між собою, утворюючи складну систему ризиків, у якій біологічні передумови поєднуються з несприятливими умовами довкілля (О. Белова, [5]).

Вагому роль у розвитку мовленнєвих порушень відіграють органічні ураження центральної нервової системи (ЦНС), що формують стійкі дефіцити у сприйнятті, відтворенні та регуляції мовлення. За даними О. Романенко, Л. Руденко та А. Шевцова, при дитячому церебральному паралічі спостерігається порушення зв'язків між півкулями головного мозку і дифузне ураження коркових центрів, що ускладнює розвиток мовленнєвого мислення [59]. Л. Черніченко підкреслює, що у дітей із неврологічною симптоматикою спостерігаються вторинні затримки розвитку артикуляційної моторики, зниження темпу мовлення та труднощі фонематичного сприймання [61].

Дослідження О. Белової підтверджує, що діти з інтелектуальними вадами, які часто мають нейродинамічну незрілість, демонструють комплексні мовленнєві труднощі: дизартричні прояви, порушення звуковимови, фонематичного аналізу та граматичної будови мовлення. Таким чином, ураження ЦНС та порушення нейродинамічних процесів визначають ступінь тяжкості мовленнєвих розладів і впливають на тривалість логопедичної корекції [6].

Більшість емпіричних досліджень не встановлюють прямого причинно-наслідкового зв'язку між типом неврологічного ураження та конкретною формою мовленнєвого порушення, однак виявляють чітку асоціацію між тяжкістю симптомів і глибиною порушення мовлення (О. Romanenko; Л. Черніченко,). Це свідчить про необхідність ранньої нейродіагностики та комплексного підходу в логопедичній практиці [6], [59].

Численні публікації (Лопатинська, 2019; Рібцун і Долженко, 2024; Герасимова і Герасимова, 2023) підтверджують, що спадковість є одним із провідних факторів ризику розвитку мовленнєвих розладів. Н. Лопатинська наводить дані, за якими генетичні аномалії виявлено у 54,3% дітей з порушеннями мовлення. Йдеться про спадкові синдроми, хромосомні аберації, генетичну обтяженість по лінії батьків або близьких родичів [23].

Н. Герасимова та І. Герасимова відзначають, що генетична схильність часто реалізується у взаємодії з факторами середовища, такими як стреси під час вагітності, перинатальні ускладнення, низький соціально-економічний статус сім'ї [11].

Водночас дослідження заїкання Ю. Рібцун і С. Долженко свідчать про поєднання генетичного ризику з нейропсихічною чутливістю, що формує індивідуальний профіль темпо-ритмічних розладів мовлення [36].

Таким чином, генетичні чинники виступають не єдиною, але важливою умовою формування мовленнєвих патологій, посилюючи вразливість дитини до інших впливів середовища.

Перинатальні порушення, такі як гіпоксія, лейкомаляція, передчасні пологи, інтранатальні травми мозку, розглядаються як критичні чинники ризику мовленнєвої затримки (І. Жевнеронок, О. Шаркевич та ін.). Дослідження доводять, що навіть легкі ступені гіпоксично-ішемічних уражень можуть порушувати формування нейронних зв'язків у мовленнєвих центрах мозку [14], [55].

На думку Ю. Галецької, ранній постнатальний період також виявляється надзвичайно чутливим до будь-яких соматичних і неврологічних відхилень. Недоношеність, соматична ослабленість і низький рівень сенсомоторної стимуляції у цей час знижують мовленнєву активність дитини [10].

Окрім того, Г. Грибань зауважує, що структурні аномалії артикуляційного апарату (розщеплення піднебіння, дефекти прикусу, коротка вуздечка язика) часто поєднуються з фонетико-фонематичними порушеннями, що призводить до дислалії або ринолалії. У таких випадках мовленнєві труднощі мають як органічну, так і функціональну природу, що вимагає комплексного логопедичного й медичного втручання [12].

Поряд із біологічними передумовами, важливу роль у розвитку мовлення відіграють соціальні та психологічні умови. Як зазначає Н. Лопатинська, несприятливе сімейне середовище, психоемоційна депривація, брак мовленнєвої стимуляції та неадекватні моделі комунікації між дорослими і дитиною є істотними факторами ризику. За її даними, у 79,2% випадків порушення мовленнєвого розвитку спостерігається при поєднанні біологічних і соціальних детермінант [23].

Дослідження І. Жевнеронок та ін. показує, що соціальні ризики мають адитивний або модифікуючий ефект: вони можуть як посилювати біологічну вразливість, так і компенсувати її за умови позитивного сімейного клімату [14]. Зокрема, тепла емоційна взаємодія з батьками, достатня сенсорна стимуляція та участь у спільній діяльності сприяють підвищенню компенсаторних можливостей дитини.

Однак у більшості робіт психосоціальні фактори розглядаються описово, без чітких кількісних показників, що створює потребу у подальших емпіричних дослідженнях із використанням стандартизованих шкал сімейної взаємодії та соціального середовища.

Усі розглянуті автори сходяться на тому, що мовленнєві розлади рідко мають одну причину. У більшості випадків спостерігається багатофакторна взаємодія — поєднання неврологічних, генетичних і середовищних чинників, які діють у різні критичні періоди розвитку [5], [23].

На основі результатів дослідження О.Ревуцької та М. Пархоменко, можна стверджувати, що комбінована патологія виявлена у понад 70% дітей, при цьому часто спостерігається співіснування порушень інтелекту, сенсорних систем або рухових функцій. Такі супутні відхилення ускладнюють діагностику, маскують основне порушення та потребують мультидисциплінарного підходу [35].

Водночас частина дітей, навіть за наявності виражених органічних факторів, демонструють компенсаторну пластичність — здатність використовувати альтернативні засоби комунікації (жести, невербальні сигнали), що свідчить про важливість стимулюючого середовища (за результатами досліджень Ю. Галецькою [10]).

На основі аналізу наукових джерел було виявлено такі тенденції:

- провідними біологічними факторами є ураження ЦНС, перинатальні порушення, генетична схильність та анатомічні дефекти артикуляційного апарату;
- серед соціальних чинників домінують емоційна депривація, нестача мовленнєвої стимуляції та негативне сімейне середовище;
- критичними періодами для формування мовлення визначаються пренатальний, перинатальний і ранній постнатальний етапи (до 3–4 років);
- переважна більшість випадків має комбіновану природу, коли біологічні ризики взаємодіють із соціальними.

Отже, етіологія мовленнєвих порушень у дітей раннього віку є поліфакторною. Центральну роль відіграють неврологічні та генетичні впливи, які ускладнюються розвитковими, структурними й соціальними детермінантами.

Вчасне раннє виявлення біологічних ризиків, діагностика нейродинамічних порушень та логопедична інтервенція у перші три роки життя є ключовими умовами попередження стійких мовленнєвих і когнітивних дефіцитів.

Отримані узагальнення підтверджують потребу у створенні інтегрованої системи міждисциплінарної діагностики, що включає невролога, логопеда, психолога, дефектолога та сімейного консультанта, а також у розвитку програм профілактичного моніторингу ризиків у дітей з групи біологічного чи соціального ризику.

1.3. Теоретичні основи раннього виявлення мовленнєвих порушень

Раннє виявлення мовленнєвих порушень є однією з ключових передумов ефективної логопедичної допомоги, оскільки своєчасна діагностика забезпечує можливість корекційного впливу в сенситивні періоди розвитку мовлення. Дослідження класиків логопедичної науки (Шеремет М., Кондукова С., Рібцун Ю.та ін.) засвідчують, що мовленнєвий розвиток у дітей є результатом складної взаємодії нейрофізіологічних, психолінгвістичних та соціальних факторів, а тому порушення будь-якого компонента цієї системи неминуче відбивається на формуванні мовлення.

У європейській логопедії рання діагностика розглядається як багаторівневий процес, що включає скринінгове обстеження, глибинну логопедичну діагностику та міждисциплінарне оцінювання. Дослідники наголошують, що вже у дошкільному віці можливо встановити не лише симптоматику порушень, але й їх механізм, що є необхідним для формування ефективної індивідуальної траєкторії терапії.

Українські вчені (Черніченко Л., Шеремет М., І. Трофименко Л.) зазначають, що діагностика мовленнєвих порушень у дітей раннього віку має ґрунтуватися не лише на аналізі сформованих мовленнєвих навичок, але й на оцінці передумов мовленнєвого розвитку: психомоторики, емоційно-комунікативних реакцій, просодичної чутливості, форм ранньої символізації. Такий підхід відповідає сучасним тенденціям нейропсихології дитячого віку, які підкреслюють значення раннього виявлення зон слабкості у функціональних системах мозку, що обслуговують мовлення.

Наукові роботи Сохи Н. доводять, що перші три роки життя є найбільш чутливими для становлення фонетико-фонематичних та лексико-граматичних структур. У цей період порушення нейродинамічних процесів, слухового сприймання, мовленнєвої моторики проявляються найбільш виразно, що дає змогу логопеду вчасно встановити ризики розвитку дизартричних, фонологічних чи комплексних мовленнєвих порушень [43]. Манько Н. та Соха Н. підкреслюють, що раннє виявлення є ефективним лише за умови аналізу не окремих мовленнєвих симптомів, а цілісного мовленнєвого профілю дитини, який відображає стан комунікативної активності, мовленнєвого розуміння та активного мовлення [26, 43].

Проблема факторів ризику мовленнєвих порушень у дітей посідає центральне місце в сучасній українській логопедії та дитячій нейропсихології, оскільки саме їх своєчасне виявлення дає змогу організувати раннє втручання і запобігти формуванню стійких дефектів мовлення. Українські науковці наголошують на необхідності розглядати етіологію мовленнєвих розладів не як ізольований вплив однієї причини, а як сукупну дію біологічних, психофізіологічних, психосоціальних і соціокультурних чинників, що взаємодіють у критичні періоди розвитку дитини (Хоменко С., Наволокова О., Боряк О., Черніченко Л. та ін.).

У роботах Хоменко С., присвячених етіології мовленнєвих порушень у дітей раннього віку, показано, що одним із провідних блоків факторів ризику є біологічні фактори, насамперед пов'язані з перинатальною патологією та

ураженнями центральної нервової системи. До них належать внутрішньоутробна гіпоксія, пологові травми, інфекційні захворювання матері під час вагітності, ускладнені пологи, недоношеність, перенесені дитиною у перші роки життя тяжкі соматичні та інфекційні захворювання. Автор підкреслює, що ці фактори не лише безпосередньо впливають на стан мовленнєвих центрів, але й опосередковано зумовлюють затримку формування психомоторики, що в подальшому стає базою для мовленнєвої недостатності. Також Хоменко С. наголошує, що поряд із суто органічними ураженнями мозку, важливу роль відіграють функціональні порушення нейродинаміки – дисбаланс процесів збудження і гальмування, недостатня зрілість міжпівкульних взаємозв'язків, порушення сенсорної інтеграції. Такі порушення можуть проявлятися у вигляді нестійкості уваги, імпульсивності, підвищеної втомлюваності, труднощів у переробці слухової мовленнєвої інформації, що створює несприятливий фон для оволодіння мовленням [54].

Наволокова О. та Боряк О, досліджуючи дітей з мінімальною мозковою дисфункцією (ММД), виокремлюють серед чинників ризику пре- та постнатальну патологію нервової системи, інтоксикації, тривалі соматичні захворювання, що супроводжуються гіпоксією, а також органічні мікропошкодження мозку. Вони доводять, що у безмовленнєвих дітей дошкільного віку з ММД спостерігається поєднання моторної незрілості, порушень регуляції поведінки, зниженого рівня довільної уваги та емоційної нестабільності, які суттєво підвищують ризик формування складних мовленнєвих розладів [32].

У навчально-методичних матеріалах з курсу «Рання логопедична корекція» Черніченко Л. підкреслює, що діти з порушеннями мовлення часто мають комплекс поєднаних психофізіологічних особливостей: порушення загальної та дрібної моторики, знижену мовленнєву працездатність, ослаблені регуляторні механізми, порушення темпоритмічної організації діяльності. Вона розглядає ці параметри як маркери ризику, які необхідно враховувати вже на етапі первинного логопедичного обстеження дітей раннього віку [61].

У методичних матеріалах з проблеми раннього виявлення порушень мовлення вказується, що до соціальних факторів ризику належать: педагогічна занедбаність, відсутність цілеспрямованої мовленнєвої стимуляції, недостатня кількість емоційно насичених контактів дорослого з дитиною, агресивний або авторитарний стиль виховання, невідповідність мовлення дорослих віковим можливостям дитини (надмірно спрощена або, навпаки, перевантажена форма мовлення) [10].

До психосоціальних чинників українські автори відносять також військові дії та хронічний стрес сім'ї, які в умовах сучасної України стають потужним ризиком для психоемоційного та мовленнєвого розвитку дітей. О. О. Наволокова та О. В. Боряк описують специфіку дітей із мовленнєвими порушеннями, що зростають у прифронтових регіонах: у них частіше спостерігаються симптоми тривоги, емоційної нестійкості, порушення сну, що ускладнює формування комунікативних навичок і засвоєння мовлення [32].

У межах психолінгвістичного підходу українські дослідники (Рібцун Ю., Шеремет М. ін.) підкреслюють важливість фонематичного слуху, мовленнєвої пам'яті, уваги та здібності до програмування висловлювання як базових когнітивно-мовленнєвих передумов. Порушення цих процесів розглядаються як фактори ризику формування фонетико-фонематичного недорозвитку, дизлексії і дизорфографії у подальшому онтогенезі [36,58].

Дослідження когнітивних аспектів мовленнєвого розвитку підкреслюють, що дітям з нерівномірністю розвитку уваги, робочої пам'яті та мислення властиві труднощі у засвоєнні граматичних структур, побудові зв'язного висловлювання, засвоєнні складних інструкцій — що також розглядається як когнітивний фактор ризику мовленнєвих порушень.

Узагальнюючи позиції українських авторів, можна стверджувати, що фактори ризику мовленнєвих порушень розглядаються ними як система взаємопов'язаних чинників:

- біологічні та перинатальні (органічні ураження ЦНС, ММД, недоношеність, тяжкі соматичні захворювання);

- психофізіологічні (нейродинамічні порушення, моторна незрілість, сенсорна дезінтеграція);
- психосоціальні (емоційна депривація, неблагополучне сімейне середовище, хронічний стрес, наслідки війни);
- психолінгвістичні й когнітивні (дефіцити уваги, пам'яті, фонематичного сприймання, мовленнєвого програмування).

Таке інтегративне бачення, представлене в роботах українських логопедів і психологів, задає наукове підґрунтя для побудови скринінгових протоколів раннього виявлення: під час обстеження дитини враховуються не лише наявні мовленнєві симптоми, але й повний комплекс біографічних, медичних, психофізіологічних та соціальних даних. Саме це, на думку дослідників, дає можливість переходити від формального констатування мовленнєвого дефекту до прогностичного аналізу ризиків і ранньої профілактики мовленнєвих порушень.

В останні роки зростає інтерес до вивчення впливу стресу та емоційної дисрегуляції на мовленнєвий розвиток. Дослідження науковців демонструють, що емоційне напруження та хронічний стрес можуть маскувати або посилювати мовленнєву симптоматику, ускладнюючи її інтерпретацію. Особливо це стосується дітей із невротичними реакціями та підвищеною тривожністю, де стресові фактори впливають на темп мовлення, голосоутворення й моторний контроль.

У логопедичній практиці, відповідно до рекомендацій Лещенко О., Прохватило А., важливо поєднувати діагностику мовленнєвих навичок з оцінкою рівня емоційної стабільності та реакцій на стрес, що сприяє більш точному визначенню природи мовленнєвих порушень [21].

Раннє виявлення мовленнєвих порушень є інтегративним процесом, що базується на аналізі мовленнєвих, нейропсихологічних та емоційно-поведінкових особливостей дитини. Позиції провідних дослідників (Кузенко О., Котлова Л., Лізунова В., Туренко Н., Баскакова О. та ін.) свідчать, що ефективність діагностики визначається її комплексністю,

міждисциплінарністю та урахуванням сенситивних періодів розвитку. Значну роль відіграють також емоційні та стресові фактори, які можуть як провокувати мовленнєві порушення, так і ускладнювати їх виявлення.

Таким чином, теоретичні основи раннього виявлення мовленнєвих порушень формують наукове підґрунтя для розроблення ефективних діагностичних інструментів, створення індивідуальних програм раннього втручання та підвищення результативності логопедичної допомоги.

1.4. Зарубіжний і вітчизняний досвід ранньої логопедичної діагностики

У сучасному науково-практичному дискурсі провідних країн світу відзначається посилена увага до систем ранньої допомоги, які охоплюють ранню діагностику та інтервенцію для дітей із ризиком затримки мовленнєвого розвитку. Ці напрямки розглядаються як ключові детермінанти сприятливих умов для когнітивного, мовленнєвого та соціального становлення дитини. Осмислення раннього втручання відбувається у міждисциплінарній парадигмі, що передбачає інтеграцію медичних, педагогічних, психологічних та соціальних складників.

В основі таких підходів лежить Developmental Systems Approach (DSA) – модель системного супроводу, що поєднує різні рівні впливу: від індивідуального розвитку дитини до участі сім'ї та спільноти. Значна роль надається доведеним діагностичним алгоритмам, а також протоколам логопедичної інтервенції, розробленим відповідно до принципів доказової практики.

На наднаціональному рівні рамкова модель Nurturing Care for Early Childhood Development, розроблена ВООЗ та ЮНІСЕФ, визначає ключові компоненти сприятливого середовища для розвитку дитини з народження. Вона включає раннє виявлення ризиків розвитку, своєчасну інтервенцію, залучення батьків, міжвідомчу співпрацю та інклюзивність. Модель пропонує

дорожні карти для національних систем, інтегруючи скринінг, діагностику та терапевтичну підтримку у медичну та освітню практику.

У таких країнах, як Велика Британія, Швеція, Норвегія, Австралія, США, усталеною практикою є інтегровані оцінки розвитку дітей у віці 2–2,5 років, що дозволяє вчасно маршрутизувати дітей до фахівців. У Великій Британії, наприклад, відповідні дії регламентуються клінічними рекомендаціями NICE (QS128), які передбачають перевірку мовленнєвих, когнітивних та поведінкових маркерів розвитку, з подальшим скеруванням до логопеда або мультидисциплінарної команди.

У 2024 році на європейському рівні були затверджені мультидисциплінарні клінічні рекомендації щодо підтримки дітей із затримкою мовленнєвого розвитку (DLD). Вони акцентують увагу на важливості мовленнєвої стимуляції, сімейної участі та раннього залучення дитини до спеціалізованих послуг у віці від 2 років.

Аналіз міжнародної літератури, зокрема систематичних оглядів та рандомізованих контрольованих досліджень, підтверджує ефективність ранньої логопедичної допомоги. Зокрема, стабільні результати досягаються у фонологічній сфері (як експресивній, так і рецептивній). Помірний ефект спостерігається при роботі з морфосинтаксичними конструкціями, особливо у частині активного мовлення, натомість вплив на лексичний запас є більш варіативним і потребує подальших досліджень.

Суттєвими факторами, що впливають на результативність втручання, є:

- вік дитини (оптимально 3–4 роки);
- інтенсивність впливу (тривалість і частота занять);
- залучення родини;
- наявність міждисциплінарного супроводу.

Наукові огляди також зазначають, що найкращі результати спостерігаються при інтервенціях, орієнтованих на природне середовище дитини: гру, побутові ситуації, взаємодію з батьками, що повністю відповідає підходам сімейноцентрованої терапії.

Скандинавські та англо-саксонські країни демонструють високий рівень інституційного закріплення маршрутів допомоги — від скринінгу у сімейного лікаря або патронажної медсестри до логопедичних та психолого-педагогічних служб. Значна роль належить спільнотам раннього розвитку, які працюють у тісній взаємодії з родинами та органами соціального захисту.

Європейські системи дошкільної освіти поступово переходять від фрагментарних логопедичних послуг до інтегрованих моделей раннього виявлення (screening) та сімейноорієнтованої логопедичної інтервенції, що функціонують у зв'язці з охороною здоров'я та соціальною підтримкою сім'ї. Це спрямовано на створення ефективної міждисциплінарної взаємодії фахівців і забезпечення комплексної підтримки дитини в найчутливіші періоди її розвитку. Німеччина, Польща та Румунія належать до країн, де нормативно закріплено інституції та процедури, що дозволяють починати допомогу ще у дошкільному віці, із маршрутизацією сімей до спеціалізованих сервісів та обов'язковим моніторингом результатів [73], [74].

У Німеччині, незважаючи на високий рівень розвитку системи діагностики, спостерігається регіональна варіативність. У різних федеральних землях практикуються різні підходи до виявлення та підтримки дітей з порушеннями мовлення. Водночас, завдяки широкому спектру доступних інструментів діагностики, спеціалісти мають змогу здійснювати точну оцінку мовленнєвого розвитку, за умови належної підготовки педагогів та логопедів.

Дошкільні освітні заклади є важливим осередком виявлення ранніх мовленнєвих порушень у дітей. У Німеччині ця функція є одним із пріоритетів освітньої системи, і більшість випадків порушень виявляються саме під час перебування дітей у дитячих садках.

Згідно з дослідженням німецької вченої Judith Flender, ключовими перевагами такого підходу є: охоплення значної кількості дітей, спостереження за ними в природних умовах, а також можливість

безпосереднього втручання через міждисциплінарну співпрацю між педагогами, логопедами, психологами та іншими фахівцями [74],

Педагог в умовах німецького дитячого садка відіграє роль не лише вихователя, а й спостерігача за розвитком дитини в різноманітних соціальних ситуаціях. Це дозволяє сформувати цілісне уявлення про сильні та слабкі сторони розвитку дитини, що підкреслюють Duhm & Althaus.

У закладах дошкільної освіти Німеччини активно застосовуються мультидисциплінарні моделі, які передбачають залучення не лише вихователів, а й медичних працівників, логопедів, дефектологів. Така модель забезпечує комплексний підхід до виявлення та корекції порушень мовленнєвого розвитку.

Timm Albers у своїй роботі підкреслює, що сучасні освітні програми потребують адаптації до індивідуальних потреб дітей і системної роботи з розвитку мовлення на основі надійної та достовірної інформації про мовленнєві здібності [75].

Однак існує ризик недостатньої точності оцінювання, якщо педагогічне спостереження не супроводжується об'єктивною діагностикою. На це звертає увагу Timm Albers, наголошуючи на необхідності уникати патологізації дітей з соціально-економічно вразливих груп або дітей, чий мовленнєвий розвиток відбувається у мультикультурному середовищі [75].

Реалізація моделі ранньої допомоги в Польщі

Польща має розвинену систему нормативного забезпечення раннього втручання у мовленнєвий розвиток дитини. Основним документом, який регулює організацію підтримки, є Розпорядження Міністра національної освіти від 24.08.2017 року, що визначає склад міждисциплінарної команди (логопед, психолог, реабілітолог, спеціальний педагог тощо), порядок надання послуг і координацію в дошкільних установах (ISAP, 2017). У межах цієї рамки діє програма *Wczesne Wspomaganie Rozwoju (WWR)* — «рання підтримка розвитку», що передбачає систематичну логопедичну допомогу дітям із ризиком мовленнєвих порушень.

Паралельно впроваджено механізм психологічно-педагогічної підтримки у закладах освіти відповідно до розпорядження від 09.08.2017 року. Це зобов'язує дитячі садки надавати індивідуальну допомогу дітям з особливими освітніми потребами, у тому числі логопедичну, через розроблення індивідуальних програм розвитку та залучення додаткових фахівців [66].

Окремої уваги заслуговує державна програма «Za ȳusiem», яка з 2017 року спрямована на прискорення доступу сімей до спеціалізованих сервісів підтримки. Вона дозволяє зменшити час очікування на послуги логопеда та реалізує принцип «маршрутизації» сімей — від виявлення ризику до системної допомоги в закладі освіти або спеціалізованому центрі [65].

Система логопедичної підтримки в Румунії

У Румунії ключовим інституційним елементом логопедичної допомоги є Центри ресурсів і психолого-педагогічної допомоги (CJRAE), які координують діяльність Кабінетів логопедичної інтершкільної служби (CLI). Ці структури працюють безпосередньо з дітьми дошкільного і молодшого шкільного віку, організовуючи скринінг, діагностику та логопедичну терапію на базі дитячих садків або у спеціалізованих кабінетах, наближених до місця проживання [67].

Законодавчою основою функціонування мережі CJRAE/CLI є Закон №198/2023 про передуніверситетську освіту та Наказ МОН №5701/2024, який регламентує організацію логопедичних послуг, кваліфікаційні вимоги до фахівців, механізми взаємодії з родинами та дошкільними установами [67].

Діяльність логопедів CLI охоплює широкий спектр порушень: артикуляційні труднощі, дизартрії, порушення ритму, флюенції, голосу, розвиткові розлади мовлення, складнощі з опануванням письма й читання. Значна увага приділяється консультуванню батьків і супроводу педагогів дитсадків, що відповідає принципам інклюзивної освіти (CJRAE-Valcea, 2024).

Важливою складовою є розвиток цифрових інструментів для логопедичної діагностики — зокрема, технологій автоматичного розпізнавання звукових порушень у дітей із дизлалією. Ці інновації дозволяють значно підвищити точність скринінгу, персоналізувати терапевтичні плани та ефективно відслідковувати динаміку мовленнєвого розвитку [70].

Якщо порівняти системи Польщі та Румунії, то варто зауважити, що обидві країни демонструють схожість у фундаментальних підходах до організації ранньої логопедичної допомоги:

- Нормативне забезпечення. У Польщі та Румунії логопедична допомога регулюється підзаконними актами, що визначають чіткі ролі фахівців і алгоритми взаємодії із сім'ями та закладами освіти (ISAP, 2017; CJRAE-MH, 2024).
- Маршрутизація та доступ. Польща впроваджує державні програми прискореного доступу до спеціалістів, натомість Румунія покладається на широку мережу CLI, що територіально наближені до дитсадків [65], [70].
- Сімейна орієнтація. У обох країнах наголошується на участі сім'ї у процесі корекції та підтримки, що відповідає сучасним засадам раннього втручання [65, 67].
- Інноваційність. У Румунії активно впроваджуються цифрові технології в діагностику та логопедичну терапію, що посилює доказовість підходів і дозволяє проводити глибокий моніторинг ефективності втручання.

Імплікації для науково-практичної політики України

Вивчення досвіду Німеччини, Польщі та Румунії засвідчує, що ефективна система ранньої логопедичної інтервенції ґрунтується на наступних засадах:

1. Чітка нормативна база з регламентацією ролей, процедур, механізмів взаємодії.
2. Мережева інфраструктура, що забезпечує доступність послуг у закладах дошкільної освіти.

3. Міждисциплінарні команди, що включають логопедів, психологів, педагогів, медиків.
4. Систематичний скринінг і моніторинг, заснований на стандартизованих інструментах.
5. Технологічне підсилення (цифрові рішення для оцінювання та терапії).
6. Сімейноцентрований підхід, що забезпечує активну участь батьків у логопедичній роботі.

Застосування вказаних принципів у вітчизняній системі дошкільної освіти дозволить модернізувати логопедичну допомогу відповідно до європейських стандартів. Подальші дослідження в Україні доцільно спрямувати на вивчення впливу «дози» логопедичної інтервенції, відстеження довготривалих результатів у динаміці та економічну оцінку масштабованості моделей, подібних до тих, що функціонують у Польщі та Румунії.

В Україні упродовж останніх років спостерігається активізація зусиль у напрямку розбудови системи раннього виявлення та логопедичної допомоги. Ряд нормативно-правових актів, зокрема Постанова Кабінету Міністрів України № 1392 від 27 грудня 2023 року, затверджує порядок раннього виявлення порушень розвитку у дітей віком до 4 років та визначає алгоритми направлення сімей до надавачів послуг раннього втручання.

Пілотні проекти, реалізовані в містах Харків, Одеса, Ужгород, Львів, засвідчили ефективність моделі мультидисциплінарної співпраці та взаємодії медичних, освітніх та соціальних служб. У 2025 році Уряд України оголосив про масштабування сервісів раннього втручання шляхом створення міжвідомчих команд і розширення мережі доступу до послуг.

Однак, як вказують українські дослідники (зокрема Слосанська Г. та Горішня Н.), подальший розвиток цієї системи потребує:

- стандартизації інструментів скринінгу;
- запровадження єдиної електронної системи моніторингу результатів;

- розвитку кадрового потенціалу;
- міжсекторальної координації на національному рівні [40].

Порівняльний аналіз демонструє, що Україна поступово адаптує ключові принципи міжнародної практики:

Напрямок	Міжнародний стандарт	Українська практика
Часовий інтервал скринінгу	Оцінка в 2–2,5 роки (NICE, DLD Впровадження оцінки у віці guidelines)	0–4 років
Участь родини	Сімейноцентроване втручання (WHO, DSA)	Пріоритет залучення батьків, партнерські моделі
Доказовість втручань	Методи з верифікованим ефектом (phonology, syntax)	Орієнтація на результативність і моніторинг
Міжвідомча взаємодія	Злагоджена система охорони здоров'я, освіти, соціального захисту	Початок створення міждисциплінарних команд

Для успішного функціонування системи раннього втручання в Україні необхідно зосередити зусилля на наступних напрямках:

1. Стандартизація результатів – впровадження чітких критеріїв ефективності інтервенції, уніфікованих протоколів оцінки та систематизація даних.
2. Довгостроковий моніторинг – проведення когортних досліджень, що дозволять оцінити сталість ефектів втручання.
3. Розширення доступу – формування розгалуженої мережі служб раннього втручання, особливо у сільській місцевості.
4. Підвищення професійної підготовки кадрів – регулярне навчання логопедів, педагогів, лікарів щодо новітніх методик ранньої діагностики.

5. Інтеграція цифрових інструментів – створення електронного маршруту дитини з моменту першого звернення до супроводу у закладах освіти.

Світовий досвід та результати доказових досліджень підтверджують, що своєчасне виявлення мовленнєвих порушень і логопедична інтервенція у віці до 4 років сприяють значному покращенню мовленнєвих, когнітивних і соціальних навичок. Моделі, орієнтовані на сім'ю, природне середовище дитини, міждисциплінарний підхід і доказовість втручань, визнані найбільш ефективними у попередженні вторинних порушень. Цей досвід є цінним для української практики, особливо в умовах зростання кількості дітей із труднощами психофізичного розвитку.

Україна наразі знаходиться на етапі активного впровадження цих підходів. Прийняті нормативні документи, запроваджені пілотні програми та урядові ініціативи свідчать про намір сформувати інституціоналізовану систему раннього втручання, однак для її повноцінного функціонування потрібні послідовні кроки у напрямках стандартизації, кадрового забезпечення, фінансування та наукового супроводу.

Висновки до розділу 1.

На основі проведеного теоретико-емпіричного аналізу можна сформулювати такі висновки:

1. Психофізичний розвиток дитини раннього віку є результатом складної взаємодії біологічних, когнітивних, моторних, емоційних і соціальних факторів, які формують цілісну систему дозрівання. Мовлення у цьому контексті виконує не лише комунікативну, а й інтегративну функцію, слугуючи ключовим маркером якості розвитку. Становлення мовленнєвої функції залежить від дозрівання центральної нервової системи, сенсорної інтеграції, моторної координації та активної участі дитини у соціальних взаємодіях.

2. Мовленнєві порушення у дітей раннього віку мають поліетіологічний характер. Серед основних чинників ризику виокремлено: органічні ураження ЦНС, генетичну схильність, перинатальні патології, структурні дефекти мовленнєвого апарату, соціальну депривацію, педагогічну занедбаність, стресові впливи, зокрема в умовах війни. Більшість випадків порушень мовлення є результатом комбінованої дії цих чинників, що ускладнює діагностику та потребує міждисциплінарного підходу до корекції.

3. Раннє виявлення мовленнєвих порушень є передумовою ефективного втручання, оскільки дозволяє реалізувати потенціал нейропсихологічної пластичності в сенситивні періоди розвитку. Своєчасна діагностика мовленнєвих та супутніх нейропсихічних відхилень створює умови для індивідуалізації логопедичного супроводу, попередження вторинних труднощів у когнітивній і соціально-емоційній сферах.

4. Логопедична інтервенція, розпочата до досягнення дитиною 4-річного віку, має доведену ефективність у стимулюванні експресивного й рецептивного мовлення, граматичних і фонематичних компонентів, а також позитивно впливає на психомоторний і когнітивний розвиток. Інтеграція логопедичної роботи з методами сенсорно-моторної інтеграції, адаптивного фізичного виховання, психоемоційної стабілізації значно підвищує результативність втручань.

5. Порівняльний аналіз міжнародного досвіду (зокрема практик Німеччини, Польщі, Румунії, Великої Британії, Скандинавських країн) виявив універсальні характеристики ефективних систем раннього втручання: наявність законодавчого регулювання, стандартизованих інструментів скринінгу, міждисциплінарної взаємодії, залучення родин, а також використання технологічних засобів для діагностики й терапії. Застосування таких підходів забезпечує виявлення порушень на ранніх етапах, індивідуалізацію втручань і стале покращення мовленнєвих та комунікативних навичок дітей.

6. Вітчизняна практика демонструє позитивну динаміку у формуванні системи ранньої допомоги, що підтверджується нормативними ініціативами (зокрема Постанова КМУ №1392), реалізацією пілотних проєктів у регіонах України, формуванням мультидисциплінарних команд і міжсекторальної співпраці. Проте повноцінне функціонування цієї системи потребує подальшої стандартизації інструментів, розширення географії послуг, особливо у сільських громадах, підготовки кадрів та інституційної інтеграції національного рівня.

7. Дослідження підтверджує, що мовлення є чутливим маркером загального психофізичного розвитку. Затримка або порушення його формування не лише ускладнює комунікацію, а й може бути індикатором ширших порушень у нейропсихічному розвитку. Тому діагностика мовлення має розглядатися не ізольовано, а в системному контексті з оцінкою когнітивних, моторних, емоційно-вольових і соціальних показників.

8. Сімейноцентрований підхід визнається одним із провідних принципів логопедичної інтервенції. Включення батьків у процес корекції, навчання їх методам стимулювання мовлення у побутовому середовищі, формування партнерських моделей взаємодії між родиною та фахівцями є необхідною умовою підвищення ефективності терапії та стійкості її результатів.

9. Технологізація логопедичної допомоги, включно з цифровими діагностичними платформами, автоматизованими скринінговими системами, логопедичними аплікаціями та програмами дистанційної підтримки, відкриває нові можливості для охоплення більшої кількості дітей і забезпечення якісного моніторингу прогресу. Українська практика поступово починає інтегрувати ці інструменти, що потребує нормативного супроводу та інвестицій у підготовку кадрів.

10. Таким чином, результати дослідження підтверджують гіпотезу про те, що рання діагностика та логопедична інтервенція є критично важливими факторами, які сприяють оптимізації психофізичного розвитку

дитини, забезпечуючи умови для її успішної соціальної адаптації, навчання й повноцінного включення в освітнє та соціальне середовище. Це підкреслює потребу в подальшій науковій розробці моделей раннього втручання, а також у політичній підтримці розбудови інституційно забезпеченої системи логопедичної допомоги в Україні.

РОЗДІЛ 2. ЛОГОПЕДИЧНА ІНТЕРВЕНЦІЯ ЯК ФАКТОР ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ДИТИНИ

2.1. Теоретичне визначення понять «рання діагностика» та «логопедична інтервенція».

Результативність корекційної роботи визначається не лише глибиною порушення, а й природою його виникнення. На думку Лещенко О. та Прохватило А., ранній вік є критичним періодом для формування психофізичного розвитку, упродовж якого дитина є особливо вразливою до зовнішніх впливів. Саме в цей період з'являється можливість виявити атиповий розвиток та своєчасно розпочати відповідне втручання [21].

Кузенко О. зазначає, що рання діагностика має сімейноцентрований характер, оскільки вона здійснюється за активної участі батьків і охоплює медичне, психолого-педагогічне обстеження, лікувальні заходи та навчання дітей з особливостями психофізичного розвитку [20, с. 46].

Ураховуючи складність психофізичного розвитку дітей, розробка науково обґрунтованих методів ранньої діагностики й логопедичної інтервенції є надзвичайно актуальною у сучасній логопедичній науці та практиці.

За даними досліджень, ефективність раннього втручання суттєво зростає за таких умов: 1) активна участь батьків, 2) своєчасне зарахування дитини до програми втручання, 3) достатня тривалість корекційного впливу (Слозанська Г. та ін.,) [41]. Відомо, що найбільш інтенсивний розвиток мовлення відбувається у перші роки життя, в період найвищої активності нейропластичності мозку.

До головних переваг раннього втручання належать: профілактика комунікативних бар'єрів, стимулювання когнітивного розвитку, формування навичок соціальної взаємодії (Лисенко О. та ін.,) [22]. На думку А. Король,

комплексний підхід передбачає залучення логопедів, психологів, педагогів з метою створення сприятливого середовища для розвитку мовлення [18].

Близько 6% дітей мають мовленнєві труднощі, при цьому у більшості з них не спостерігається інших порушень розвитку. У тих випадках, коли мовленнєві труднощі зберігаються до шкільного віку, вони можуть призводити до проблем у галузі читання, письма, соціалізації, поведінки та навчальної успішності.

Фізичне та психічне дозрівання у перші роки життя визначає подальший розвиток особистості. Як вказують Лещенко О. та Прохватило А., рання діагностика – це системна допомога дітям з ризиком порушень розвитку, яка дозволяє ідентифікувати наявні особливості та організувати ефективну корекцію [21].

Значний внесок у розробку проблематики раннього втручання здійснили також Шевчук О., Виготський Л., Доброва-Крол Л., Савінова Н., Шурубенко О., Грищенко С. та ін.

Рання діагностика передбачає ідентифікацію як первинних, так і вторинних порушень розвитку, зокрема у фізичній, емоційній та інтелектуальній сферах, до того, як вони почнуть негативно впливати на навчання та соціальну адаптацію.

Шевчук О. підкреслює, що основне завдання раннього втручання полягає у формуванні функціональних навичок, необхідних дитині для виконання повсякденних завдань і участі у соціальному житті [56]. Грищенко С. та Штрубенко О. додають, що цілями втручання є: раннє виявлення порушень, надання послуг, запобігання затримці розвитку та підтримка здатності дитини до інтеграції в суспільство [13].

Реалізація діагностики відбувається за участі мультидисциплінарної команди: логопедів, психологів, дефектологів, неврологів, педіатрів, реабілітологів. Такі фахівці надають підтримку батькам у вихованні та корекційній роботі з дитиною.

Логопедична інтервенція, яка реалізується після діагностики, є системою заходів, спрямованих на усунення порушень мовлення та комунікації. Савінова Н. визначає логопедичну інтервенцію як цілісну систему методів, форм і засобів, що забезпечують створення спеціального освітнього середовища [37]. Вона має базуватися на знанні особливостей психічного розвитку дитини, природи мовленнєвих порушень та функціонального стану сенсорних систем.

Грищенко С. та Шурубенко О. вказують, що програми раннього втручання мають низку ключових характеристик: охоплення дітей з народження до 6 років, профілактична спрямованість, підтримка сім'ї [13]. Ефективність втручання залежить від своєчасності — оптимальним є початок до трирічного віку.

На початкових етапах логопедична інтервенція враховує індивідуальні потреби дитини, її рівень розвитку, а також створює інструктивну базу для включення корекційних стратегій у гру та повсякденну діяльність дитини.

Згідно з точкою зору Котлової Л. та Лізунової В., однією з основних переваг ранньої діагностики є можливість втручання у період максимальної нейропластичності мозку, що сприяє швидшому формуванню мовленнєвих навичок. Також відзначаються підвищення якості життя дитини, поліпшення комунікації, соціальної адаптації та зменшення необхідності у дороговартісній терапії в подальшому [19].

Таким чином, можна дійти висновку, що рання діагностика у поєднанні з логопедичною інтервенцією виступає ключовим чинником своєчасної ідентифікації та подолання мовленнєвих порушень, що істотно підвищує шанси дитини на гармонійний психофізичний розвиток.

2.2. Вплив ранньої діагностики та логопедичної інтервенції на психофізичний розвиток дітей раннього віку

Психічний розвиток дитини є тісно взаємопов'язаним із її фізичним становленням, що свідчить про взаємозалежність цих сфер у процесі онтогенезу. Часто психічні симптоми можуть бути першими ознаками порушень у фізичному розвитку, а іноді – навпаки. У своїй науковій роботі Шаркевич О. зазначає, що розвиток дитини відбувається поетапно згідно з віковими періодами, кожен з яких має характерні норми і можливі відхилення. У кожному віковому періоді можливі явища ретардації (стійкої або тимчасової зупинки психічного розвитку), прискорення, виникнення нехарактерних ознак, а також типові психосоматичні реакції та взаємовпливи [55].

Відповідно до підходів нейропсихології розвитку, рання діагностика розглядається не лише як початок терапевтичного втручання після отриманої дитиною травми чи встановленого захворювання, але як своєчасний старт діагностично-терапевтичного процесу ще до виникнення ускладнень. Німецькі дослідники Такке У. та Вайганд-Бруннхольцль Х. акцентують на тому, що своєчасність діагностики передбачає якнайраніше виявлення відхилень, ще до появи очевидної симптоматики [63]. Методи сучасної ранньої діагностики дозволяють з урахуванням психосоціального контексту сформувати комплексну картину розвитку дитини та розробити індивідуальні шляхи її підтримки.

Основним завданням логопедичного втручання у ранньому віці є формування умов, які сприятимуть розвитку когнітивних, комунікативних, соціально-емоційних навичок та мотиваційної сфери. Раннє втручання орієнтоване не лише на дитину, але й на її найближче оточення, передусім – родину. Створення ефективної моделі взаємодії «дитина – дорослий» забезпечує умови для нормального становлення психомовленнєвих функцій.

Як зазначає Брушневська І., мовленнєвий розвиток дитини починається вже з моменту народження – перший крик є основою функціонування мовленнєвої системи. Її активне формування припадає на перші три роки життя, коли відбувається критичне становлення структур центральної нервової системи, пов'язаних із мовленням [8]. Саме в цьому періоді необхідно здійснювати спостереження за первинними рефlekсами: актами ссання, ковтання, характером плачу, тембром голосу, – адже будь-які атипові прояви можуть свідчити про наявність або ризик фізіологічних та неврологічних порушень.

Зокрема, у дітей з дитячим церебральним паралічем спостерігаються системні зміни м'язового тону, що зачіпають також артикуляційний апарат. У таких випадках прояви дистонії, спастичності або парезу можуть утруднювати природні функції (ссання, ковтання), які в подальшому переростають у дизартричні розлади. Рання інтервенція, що включає масажі, лікувальну фізкультуру, логопедичні вправи, здатна істотно зменшити ризики виникнення важких мовленнєвих ускладнень.

Брушневська І. підкреслює, що своєчасне виявлення психологічних, неврологічних та мовленнєвих порушень і відповідна терапія дозволяють значно розширити адаптаційні та комунікативні можливості дитини, знижуючи ризик розвитку вторинних порушень [8].

Важливим фактором у механізмах компенсації функцій при наявності органічних уражень є пластичність нервової системи дитини. Як зазначає Баскакова О., одним із ключових умов стимуляції компенсаторних механізмів є розширення спектру сенсорних подразників (слухових, зорових, тактильних, смакових, нюхових), що тісно пов'язані з повсякденними ситуаціями (сон, годування, купання, прогулянки). Такі дії створюють базу для формування асоціативних зв'язків, необхідних для подальшого розвитку [4].

Проте для ефективного втручання необхідною передумовою є оцінка рівня функціонування аналізаторних систем: дрібної моторики, тактильної та зорової чутливості, слухового гнозису, м'язового тону. Таке комплексне

обстеження дозволяє своєчасно визначити потенціал розвитку та сформувати індивідуальну програму корекційно-розвивального супроводу.

Усі вищезазначені параметри мають принципове значення, оскільки закладають основу для формування психофізичного здоров'я в майбутньому. Надання фахової допомоги в перші місяці життя дитини має вирішальне значення для її подальшого розвитку. Ігнорування сигналів, які дитина подає про свої потреби, зокрема у сфері комунікації, може призвести до хибного трактування цих сигналів або їх повної відсутності, що, своєю чергою, негативно вплине на темпи психічного розвитку.

Склянська О. акцентує увагу на тому, що неврологічні та психічні порушення можуть зумовлювати суттєві комунікативні бар'єри. Зокрема, у дітей із розладами аутистичного спектра часто спостерігаються труднощі в інтеграції зовнішніх сигналів, що призводить до спотворення мотивацій та реакцій [39]. В таких випадках взаємодія з дорослими не виконує своєї регулятивної функції, що призводить до фрустрації та емоційної дезорганізації дитини.

Важливим фактором розвитку у ранньому віці є емоційний контакт із матір'ю. Задоволення базових емоційних потреб можливе лише за умови емоційної стабільності дорослого, його здатності до концентрації уваги на дитині, чутливості до її сигналів та гнучкості поведінкових реакцій. Якщо ж мати перебуває у стані хронічного стресу через наявність у дитини психофізичних порушень, виникає загроза формування деструктивних моделей взаємодії. Це проявляється у внутрішньому напруженні, обмеженій емоційній віддачі, порушеному сприйнятті поведінки дитини. Склянська О. зазначає, що «...при взаємодії з матерями в пригніченому, депресивному стані, рівень збудження та активності дитини часто є низьким, ніби дитина відображає депресивний стан матері» [39].

Таким чином, ефективні програми раннього втручання мають передбачати не лише роботу з дитиною, але й із родиною як системною одиницею, яка визначає соціальний контекст розвитку.

На основі культурно-історичної теорії розвитку Л. С. Виготського, Чопик І. виокремила основні принципи ефективної системи ранньої діагностики:

1. врахування сензитивних періодів розвитку;
2. сімейноцентрований підхід;
3. міждисциплінарність і командна взаємодія фахівців;
4. комплексність психолого-педагогічного супроводу;
5. функціональний підхід до оцінки дитини;
6. реалізація допомоги в природному середовищі (у грі, побуті, спонтанній взаємодії);
7. сприяння соціальній інтеграції та інклюзії [62].

Крім того, зарубіжні дослідження, зокрема у США в межах програм Early Intervention Services, демонструють, що надання логопедичних послуг дітям віком до трьох років сприяє значному покращенню як мовленнєвих, так і соціально-комунікативних навичок, зменшуючи потребу у спеціалізованому супроводі в майбутньому шкільному віці.

Таким чином, можна зробити висновок, що рання логопедична інтервенція у поєднанні з якісною діагностикою є надзвичайно важливою умовою для гармонійного психофізичного розвитку дитини. Вчасне виявлення та корекція мовленнєвих порушень не лише сприяє покращенню якості життя дитини, а й запобігає виникненню вторинних ускладнень, які можуть негативно позначитись на її особистісному, емоційному та когнітивному становленні.

2.3. Роль родини у процесі ранньої логопедичної допомоги

Роль батьків у логопедичному супроводі дітей з мовленнєвими порушеннями є ключовою, особливо на етапі раннього дитинства, коли відбувається активне формування мовленнєвих і комунікативних навичок. Раннє втручання, що базується на співпраці фахівців і родини, має значно вищу ефективність

порівняно з ізольованими клінічними підходами (Слозанська Г, Горішна Н.) [40, 41]. .

На думку Боряк О., Чобанян А, Карпової Н. та інших науковців, залучення батьків до корекційного процесу дозволяє:

- підвищити мотивацію дитини до спілкування;
- перенести здобуті в клініці навички у природне середовище;
- зменшити залежність від тривалого терапевтичного супроводу в майбутньому;
- підвищити стабільність досягнутих результатів [7], [16].

Актуальність вивчення даної проблематики зумовлена необхідністю системної організації логопедичної допомоги, в якій батьки виступають не просто як спостерігачі, а як активні учасники терапевтичного процесу.

У сучасній практиці логопедичної допомоги дітям раннього віку виділяють кілька моделей батьківської участі:

- активна співпраця з фахівцями (відвідування консультацій, супровід дитини під час занять);
- освітні програми для батьків (інформування про особливості мовленнєвого розвитку, тренінги);
- виконання домашніх завдань і логопедичних вправ;
- моделювання сприятливого сімейного комунікативного середовища.

Як зазначають Слозанська Г. та Горішна Н. у систематичному огляді 12 досліджень було виявлено, що активна участь батьків була обов'язковим компонентом у 7 дослідженнях, і саме вона була пов'язана з кращими результатами у формуванні мовлення та соціальних навичок [41].

Також підкреслюється важливість цілеспрямованого навчання батьків, яке дозволяє їм не тільки виконувати інструкції логопеда, але й самостійно виявляти та коригувати недоліки у мовленнєвій поведінці дитини вдома.

Низка джерел вказує, що брак логопедичної та педагогічної обізнаності батьків може значно ускладнювати процес корекції. У своєму

експериментальному дослідженні Боряк О. та Чобанян А. проаналізували участь 25 сімей із дітьми віком від 2 до 5 років, які мали різні форми затримки мовленнєвого розвитку. Дослідження показало, що недостатній рівень батьківської компетентності є однією з основних перешкод до успішного втручання [7].

Разом з тим, саме цілеспрямоване навчання батьків (у формі семінарів, тренінгів, індивідуальних консультацій) сприяє зростанню ефективності логопедичного впливу. У таких випадках батьки стають повноцінними партнерами фахівців, а не лише виконавцями вказівок.

Карпова Н, Кузнецова К. та Поприк Ю. описують сімейну групову логопсихотерапію, яка включає навчальні компоненти для родичів дитини, акцентуючи увагу на необхідності розуміння батьками своєї ролі у мовленнєвому розвитку дитини [16].

Комунікативна атмосфера в сім'ї має визначальний вплив на закріплення результатів логопедичної терапії. Як зазначають Слезанська Г. та Горішна Н., позитивне сімейне середовище сприяє переносу мовленнєвих навичок із клінічного простору в реальне повсякденне життя дитини [41].

Боряк О. і Чобанян А. підкреслюють, що репресивне, холодне або незацікавлене середовище ускладнює розвиток мовлення, незалежно від професійних зусиль логопеда. Навпаки, емоційно підтримувальна, доброзичлива комунікація стимулює мовну активність і сприяє формуванню зв'язного мовлення [7].

Карпова Н. та ін. звертають увагу на можливі ризики впливу патологічних сімейних моделей поведінки, які можуть інтерферувати з терапевтичними зусиллями. У таких випадках необхідна психотерапевтична або соціально-психологічна підтримка всієї родини [16].

Аналіз результатів трьох досліджень (Слезанська Г., Горішна Н., Боряк О., Чобанян А, Карпова Н. та ін. дозволяє зробити висновок, що рання, активна та освічена участь батьків має довготривалі позитивні ефекти. Зокрема, спостерігаються:

- зменшення потреби в подальшій логопедичній терапії;
- стійкіші результати корекції;
- підвищення мовленнєвої впевненості дитини;
- краще соціальне функціонування в дошкільному віці.

Особливо важливо, що батьки, які були не лише поінформовані, а й отримали практичні навички, демонстрували вищий рівень підтримки мовлення дитини вдома, що корелювало з покращенням результатів [41].

Узагальнюючи результати аналізу, можна виокремити три ключові чинники, які забезпечують ефективність логопедичної терапії за активної участі батьків:

1. Обов’язкова та активна участь – включає не лише присутність на заняттях, а й постійне залучення до домашньої роботи, підтримки мовлення та спільного аналізу результатів з фахівцем.

2. Цілеспрямована освіта батьків – сприяє підвищенню їхньої компетентності у підтримці мовленнєвого розвитку та забезпечує розуміння ролі родини у терапевтичному процесі.

3. Сприятливе сімейне середовище – відіграє роль платформи для закріплення нових мовленнєвих навичок, їх автоматизації та подальшої комунікативної активності дитини.

Усі дослідження, включені до аналізу, однозначно демонструють тісний зв’язок між батьківською участю та позитивною динамікою мовленнєвого розвитку, що свідчить про необхідність інтеграції родини у систему ранньої допомоги.

2.4. Емпіричне дослідження значення ранньої діагностики та логопедичної інтервенції у контексті психофізичного розвитку дитини

2.4.1. Обґрунтування методики

Одним із критичних етапів у розвитку дитини є раннє виявлення мовленнєвих порушень, що дозволяє своєчасно розпочати логопедичну підтримку та запобігти подальшим ускладненням у психофізичному становленні. Недостатньо сформоване або порушене мовлення в ранньому віці

може стати фактором ризику для загального розвитку, впливаючи на пізнавальну, соціальну та емоційну сфери функціонування дитини.

Практика свідчить, що своєчасна діагностика сприяє реалізації навчального потенціалу, розвитку комунікативних умінь та успішній соціалізації. Як зазначає Баскакова О., ігнорування мовленнєвих дефектів у ранньому віці, зокрема їх виявлення лише під час шкільного навчання, знижує ефективність корекції через втрату сенситивного періоду. Натомість діагностика у ясельному та дошкільному віці значно підвищує шанси на повноцінне опанування освітніх програм [3].

Застосування методів раннього скринінгу мовлення виконує кілька функцій: визначення рівня розвитку мовлення, ідентифікація мовленнєвих порушень, побудова індивідуалізованих маршрутів інтервенції, планування ресурсів (медичних, психолого-педагогічних, соціальних), а також залучення сім'ї до процесу розвитку дитини.

У період до трьох років особливу цінність має вивчення ранніх мовленнєвих реакцій та умов їх формування. Сьогодні доступний широкий спектр діагностичних методик, ефективність яких підтверджено емпіричними дослідженнями, що забезпечують високу надійність і чутливість до ранніх проявів відхилень у мовленнєвому розвитку.

Питання ранньої діагностики висвітлено в роботах багатьох українських дослідників, зокрема Баскакової О., Хоменко С., Сохи Н., Черніченко Л., Арнаутової Л., Крещенко Л., Федорович Л. та ін. Також у літературі широко представлені праці зарубіжних науковців, серед яких D. Schrey-Dern, B. Lindner-Pfleghar, F. Schradt, P. Weydt, J. Guralnick, S. Niebuhr-Siebert.

Значущим внеском є робота Манько Н., де запропоновано етапну побудову дослідження: збирання анамнезу, аналіз загального психофізичного розвитку, а також дослідження мовленнєвих функцій [26].

В умовах сьогодення, особливо з урахуванням впливу воєнного стану на дітей в Україні, потреба в адаптації діагностичних та корекційних процедур набуває нової актуальності. Це зумовлює пошук інноваційних форм і методів

логопедичної роботи. У цьому контексті важливими є спостереження Боряк О., яка акцентує на труднощах діагностики у дітей з мінімальною мозковою дисфункцією (ММД), що безпосередньо впливає на психофізичний розвиток дитини. За визначенням Наволокової О. та Борак О., ММД являє собою непрогресуючі когнітивні, мовленнєві та моторні порушення, що мають різну етіологію [32].

Дослідники виокремлюють критичні періоди психомовленнєвого розвитку дитини: перший — 1–2 роки, коли інтенсивно розвиваються мовленнєві зони кори; другий — до 3 років, третій — 6–7 років. Своєчасне виявлення затримок у ці періоди дозволяє ефективно впливати на подальший розвиток дитини.

Доцільним є врахування результатів зарубіжних досліджень. Наприклад, S. Niebuhr-Siebert окреслює ключові завдання мовленнєвої діагностики, наголошуючи на потребі не лише одноразової оцінки, а постійного моніторингу розвитку. У своїй роботі вона вказує, що більшість помилок у мовленні виникає саме на етапі оволодіння мовою, тому діагностика повинна слугувати не лише для визначення дефіцитів, але й для проєктування цілісної корекційної траєкторії [71].

Згідно з аналізом актуальної літератури, спостерігається тенденція до зростання кількості підходів до опису мовленнєвого онтогенезу, що ускладнює встановлення єдиних критеріїв оцінювання. Дослідники, зокрема Соха Н., вказують на необхідність відмови від жорсткої вікової прив'язки мовленнєвих умінь, пропонуючи орієнтуватися на динаміку мовного розвитку [43].

З огляду на вищезазначене, обрано дві діагностичні методики для реалізації нашого дослідження: SETK-2 та Гейдельберзький тест мовленнєвого розвитку.

Тест SETK-2, призначений для оцінювання дітей віком до 2 років, а також для старших дітей із затримками розвитку, зокрема інтелектуальними порушеннями, аутизмом, порушенням слуху чи сенсорними дисфункціями.

Він є єдиним стандартизованим і нормованим інструментом у німецькомовних країнах, що дозволяє здійснювати прогностично значущу оцінку мовленнєвого рівня дворічної дитини [36].

Гейдельберзький тест мовленнєвого розвитку включає 13 субтестів, що охоплюють широкий спектр мовленнєвих параметрів: граматичні структури, словотворення, лексико-семантичні процеси, пам'ять, синтаксис, зв'язне мовлення тощо. Методика дозволяє здійснити диференційовану оцінку мовленнєвих навичок, виявити сильні й слабкі сторони та розробити індивідуальну траєкторію логопедичної підтримки.

Вивчення наукових джерел демонструє чіткий зв'язок між раннім мовленнєвим розвитком і загальним психофізичним станом дитини. Як зазначають Шеремет М. і Кондукова С., саме в цей період відбувається активне формування психіки, і мовлення виступає провідним чинником її розвитку [57].

У структурі існуючих методик діагностики, як виділяє Хоменко С., виокремлюються клінічні, психометричні, поведінкові та антропометричні інструменти. Серед них: шкала психомоторного розвитку Журби і Мастюкової, шкала CAT/CLAMS, тести Bayley, Griffiths, Prechtl–Beintema, M-CHAT, KID, RCDI-2000, опитувальник Carey, NBAS, Денверський тест, Мюнхенська функціональна діагностика, а також методики Крутій К.Л. і Манько Н.В. [26], [27].

На думку Баскакової О., показники лінгвістичного розвитку, зокрема розвиток імпресивного мовлення, вокалізація, словниковий запас, структура висловлювань, просодика, фонетика, є критично важливими для оцінки мовленнєвих порушень у ранньому віці.

Отже, важливою умовою об'єктивної оцінки мовленнєвого розвитку дітей від 1 до 3 років є використання комплексного підходу, що включає не лише мовленнєві параметри, а й оцінку загального психофізичного розвитку. Такий підхід забезпечує раннє виявлення відхилень і підвищує ефективність логопедичної інтервенції.

2.4. 2. Результати дослідження та їх аналіз

З метою оцінки впливу ранньої діагностики та логопедичної інтервенції на психофізичний стан дітей раннього віку було здійснено емпіричне дослідження на базі Батьківсько-дитячої студії розвитку та корекції мовлення «ЛогоМама» м. Чернівці.

Для аналізу рівня мовленнєвого розвитку учасників використовувалися дві стандартизовані методики, адаптовані до вікових особливостей дітей раннього віку:

- Гейдельберзький тест мовленнєвого розвитку (адаптація Крутій Л. Л.) [Додаток А];
- SETK-2 – німецький діагностичний інструментарій для оцінки мовлення у дітей віком від 0 до 2 років, застосований у межах адаптованої моделі до дітей віком 3 років з особливостями розвитку [Додаток Б].

У дослідженні брали участь 12 дітей віком трьох років, які були випадковим чином поділені на дві рівні групи – експериментальну та контрольну, по 6 осіб у кожній. Усі діти мали підтверджений нормотиповий психофізичний розвиток.

Результати за Гейдельберзьким тестом мовленнєвого розвитку

На етапі констатувального експерименту діти контрольної та експериментальної груп були обстежені за допомогою Гейдельберзького тесту для визначення їхнього початкового рівня сформованості мовлення. Середній результат становив 45 балів із стандартним відхиленням ± 5 у контрольній групі. Початковий середній рівень мовленнєвого розвитку в експериментальній групі за Гейдельберзьким тестом становив 42 бали (± 5).

Протягом шести тижнів контрольна група не отримувала жодного спеціального логопедичного втручання чи іншої корекційної допомоги. Діти продовжували брати участь у стандартному освітньому процесі під керівництвом вихователів і батьків. Повторне тестування після завершення періоду спостереження засвідчило незначне покращення результату – середнє

значення 46 балів (± 5), що свідчить про відсутність статистично значущих змін.

На відміну від контрольної, експериментальна група отримувала індивідуалізовану логопедичну інтервенцію, адаптовану до мовленнєвих потреб кожної дитини. Зміст корекційної програми включав розвиток:

- лексико-граматичних структур;
- артикуляційної моторики;
- фізичної активності з мовленнєвими компонентами;
- комунікативної компетентності;
- зв'язного мовлення.

Після завершення шести тижнів логопедичної інтервенції було зафіксоване істотне підвищення результатів – середній показник досяг 58 балів (± 4). Це свідчить про виражене позитивне зрушення у мовленнєвому розвитку під впливом систематичної індивідуальної корекційної роботи.

Порівняльний аналіз результатів

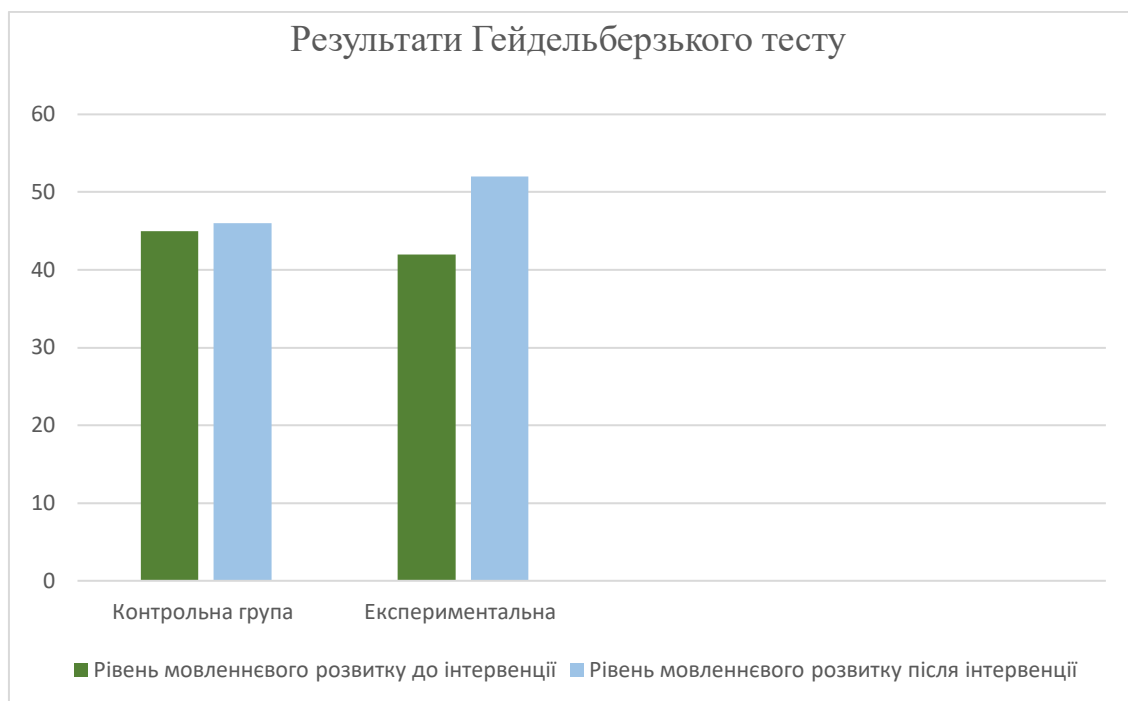
Отримані результати свідчать про наявність значущої різниці у мовленнєвому розвитку між експериментальною та контрольною групами. У той час як діти без логопедичного втручання демонстрували стабільно середній рівень із мінімальними змінами, учасники експериментальної групи досягли значного прогресу, підтверджуючи ефективність ранньої логопедичної інтервенції як засобу підтримки психофізичного розвитку.

На рисунку 1 подано графічне представлення змін у динаміці мовленнєвого розвитку дітей обох груп.

Ці дані підтверджують положення, висловлені в наукових джерелах щодо доцільності та ефективності раннього виявлення мовленнєвих порушень і своєчасного корекційного втручання (Баскакова О. [3]; Хоменко С. [54]; Черніченко Л., [61]).

Отож, за результатами дослідження можна зробити висновок, що своєчасна діагностика та логопедична інтервенція в період раннього дитинства є дієвими інструментами запобігання мовленнєвій та психофізичній

дезадаптації. Отримані дані надають підстави для подальшого впровадження подібних програм у практику роботи з дітьми ясельного віку з метою раннього супроводу мовленнєвого розвитку.



 *Рисунок 1. Порівняння динаміки мовленнєвого розвитку у контрольній та експериментальній групах (до та після втручання)*

Додатково, для забезпечення надійності результатів, використовувався стандартизований тест SETK-2, що дозволяє оцінити рівень мовленнєвого розвитку за низкою показників.

У контрольній групі, яка отримувала лише педагогічну підтримку, середній бал становив 61 з максимальних 100. Половина дітей цієї групи мала результати у діапазоні 62–65 балів, що відповідає середньому рівню розвитку, тоді як інша половина продемонструвала нижчі результати — менше 62 балів, що вказує на потребу в додатковій підтримці. Після завершення періоду спостереження середній результат неістотно зріс до 64–67 балів.

В експериментальній групі, яка отримувала логопедичну підтримку за індивідуальною програмою, початковий середній бал становив 69. Понад 60% дітей показали результати від 70 до 81 балів, що відповідає середньому рівню розвитку, а 40% — менше 70 балів, що свідчить про початкову наявність

мовленнєвих труднощів. Після логопедичної інтервенції результати зросли до середнього значення 83 балів, а в окремих випадках досягали 100 балів.

Таблиця 2.2

Порівняльні результати логопедичної інтервенції (тест SETK-2)

Група	Середній результат до інтервенції	Діапазон результатів до інтервенції	Відсоток рівня до інтервенції	Середній результат після інтервенції	Діапазон результатів після інтервенції	Відсоток рівня після інтервенції
Контрольна	61 бали	62 – 65 балів	50%	64 балів	64 – 67 балів	60 %
Експериментальна	69 бали	70 – 81 бали	60%	83 балів	83 – 100 балів	80%

Результати проведеного дослідження дозволяють зробити висновок про статистично значуще покращення мовленнєвого розвитку в дітей, які пройшли індивідуалізовану логопедичну інтервенцію. Це підтверджує важливість ранньої діагностики як чинника, що впливає на загальний психофізичний розвиток дитини та сприяє її успішній соціальній адаптації.

Порівняльний аналіз застосованих тестів засвідчив, що SETK-2 є більш універсальним інструментом, який дозволяє отримати деталізовану інформацію щодо мовленнєвих навичок та має високу валідність і надійність. У той же час Гейдельберзький тест дає змогу виявити специфічні мовленнєві порушення, такі як дислалія, що робить його корисним у ситуаціях, де потрібна глибша якісна оцінка окремих аспектів мовлення.

Рекомендації для батьків

Важливим чинником розвитку дитини є створення сприятливого розвивального середовища, яке підтримує фізичний, емоційний, когнітивний та соціальний розвиток. Зокрема, для покращення фізичного розвитку доцільно залучати дітей до активних ігор, вправ на координацію, ритміки та моторики. Емоційний розвиток забезпечується через підтримку безпечного простору, де дитина може вільно виражати свої почуття. Когнітивний потенціал дитини стимулюється завдяки ігровим методикам, головоломкам, творчим завданням, що забезпечують новий досвід. Соціальні навички формуються через групові ігри з іншими дітьми та дорослими, що сприяє розвиткові комунікації, навичок співпраці й взаємодії.

Реалізація логопедичної роботи в умовах Батьківсько-дитячої студії розвитку та корекції мовлення супроводжувалася залученням логопеда, проведенням корекційно-розвиткових занять, організацією імітаційних ігор, а також інформаційною роботою з батьками. Акцент на ігрових формах діяльності показав свою ефективність у формуванні мовленнєвих навичок і розвитку психофізичної сфери.

Висновки до розділу 2

Проведений теоретико-емпіричний аналіз у межах другого розділу дозволив здійснити комплексне дослідження механізмів впливу ранньої діагностики та логопедичної інтервенції на психофізичний розвиток дітей раннього віку. Одержані результати підтвердили гіпотезу дослідження про те, що системна та своєчасна логопедична підтримка значною мірою зменшує ймовірність розвитку мовленнєвих, когнітивних і соціальних ускладнень, сприяючи гармонійному становленню особистості дитини.

1. Рання діагностика виступає першоосновою ефективного логопедичного втручання, оскільки саме в перші роки життя (до 3 років) нейропсихологічні механізми розвитку мовлення демонструють найбільшу пластичність. На цьому етапі навіть незначні відхилення у комунікативній поведінці, моторному розвитку, артикуляційній сфері можуть свідчити про потенційні мовленнєві порушення. Раннє виявлення таких проявів дозволяє

уникнути затримки в терапії, що, у свою чергу, мінімізує ризики вторинних психофізичних наслідків.

2. Теоретичне узагальнення наукових джерел (Лещенко О., Брушневська І., Склянська О., Виготський Л. С., Такке У., S. Niebuhr-Siebert та ін.) засвідчило, що логопедична інтервенція має бути не ізольованою корекцією мовлення, а частиною системної підтримки психофізичного розвитку дитини. Ефективна логопедична допомога включає діагностику аналізаторних систем, оцінку рівня сенсомоторного дозрівання, когнітивних функцій, а також враховує психоемоційний стан і рівень соціалізації дитини.

3. Емпіричне дослідження, проведене на базі ЗДО «Мрія», засвідчило високу ефективність цілеспрямованої логопедичної інтервенції. За результатами Гейдельберзького тесту та методики SETK-2 діти експериментальної групи досягли істотного прогресу порівняно з контрольною, яка не отримувала спеціальної підтримки. Це свідчить про безпосередній позитивний вплив логопедичної роботи на динаміку мовленнєвого та загального розвитку дітей.

4. Статистично значуще покращення мовленнєвих показників (понад 25% приросту за SETK-2) у дітей, які проходили індивідуалізовану корекцію, підтверджує доцільність використання комплексних діагностичних інструментів та адаптованих інтервенційних програм. Такий підхід забезпечує високий ступінь об'єктивності в оцінці мовного онтогенезу та дозволяє ефективно індивідуалізувати корекційний маршрут.

5. Результати дослідження довели, що психофізичний розвиток дитини є цілісною інтегративною системою, у якій мовлення відіграє не лише функцію комунікації, а й виступає показником стану нейромоторного, сенсорного, емоційного та когнітивного розвитку. Зокрема, затримка мовлення часто супроводжується порушенням дрібної моторики, зниженою емоційною виразністю, труднощами з концентрацією уваги або розумінням зверненого мовлення.

6. Особливо важливим висновком є встановлення тісного взаємозв'язку між сімейним середовищем та результативністю логопедичної інтервенції. Активна участь батьків, їх психологічна компетентність, емоційна стабільність та готовність до співпраці з фахівцями істотно підвищують ефективність ранньої допомоги. Натомість психоемоційна напруженість у родині, низький рівень інформованості про особливості розвитку дитини та пасивна позиція батьків можуть знижувати ефективність навіть найбільш професійної логопедичної підтримки.

7. Практика довела, що логопедичне втручання, орієнтоване на гру, сенсорну стимуляцію, фізичну активність і емоційний контакт, є найбільш ефективним у роботі з дітьми раннього віку. Такі методики стимулюють не лише мовленнєвий розвиток, але й загальну активність, зацікавленість, емоційну відгукливість та соціальну ініціативу дитини.

8. У процесі аналізу також виявлено необхідність посилення ролі міждисциплінарного підходу до діагностики та інтервенції. Оптимальними є моделі співпраці логопедів, психологів, педіатрів, реабілітологів, дефектологів, що дозволяє комплексно оцінити функціональний стан дитини та сформулювати узгоджену інтервенційну траєкторію.

9. Зіставлення національного та зарубіжного досвіду (США, Німеччина, Польща) показало, що успішна система ранньої логопедичної допомоги потребує нормативної підтримки, чіткого протоколювання діагностики, державного фінансування та розвитку освітньо-інформаційних ресурсів для батьків. В Україні такі системні кроки вже розпочато, однак потребують активнішого впровадження в контексті реформ інклюзивної та дошкільної освіти.

10. Отримані дані дозволяють сформулювати ключові критерії ефективності логопедичної допомоги дітям раннього віку:

- своєчасність діагностики (до 3 років);
- індивідуалізація програм втручання;
- активна участь родини;

- мультисенсорність підходу;
- моніторинг динаміки розвитку;
- міждисциплінарна взаємодія фахівців;
- орієнтація на природне середовище дитини (гра, побут, спонтанна взаємодія).

11. Практична цінність проведеного дослідження полягає в апробації дієвих методів ранньої логопедичної підтримки, які можуть бути використані в практиці роботи ЗДО, центрів раннього втручання, інклюзивно-ресурсних центрів, а також у роботі фахівців-практиків із дітьми груп ризику.

12. Таким чином, висновки розділу 2 підтверджують гіпотезу магістерського дослідження про необхідність інтегрованого підходу до раннього виявлення та корекції мовленнєвих порушень як запоруки збереження й розвитку психофізичного здоров'я дитини. Виявлені теоретичні й емпіричні закономірності можуть стати основою для подальших досліджень у галузі логопедії, нейропсихології, педагогіки раннього віку та розробки інноваційних моделей раннього втручання в українському контексті.

Загальні висновки

Проведене магістерське дослідження підтвердило актуальність теми ранньої діагностики та логопедичної інтервенції як важливих чинників гармонійного психофізичного розвитку дитини раннього віку. Теоретичні положення, емпіричні результати та практичні спостереження доводять, що ефективність логопедичної допомоги у цей період зумовлена вчасним виявленням порушень, міждисциплінарною взаємодією фахівців та активною участю родини в корекційно-розвивальному процесі.

1. Теоретичний аналіз вітчизняної та зарубіжної науково-методичної літератури дозволив трактувати ранню діагностику як комплексну систему заходів, спрямованих на виявлення первинних і вторинних мовленнєвих порушень до моменту їх стійкого закріплення. Логопедична інтервенція, у свою чергу, виступає як структурована система впливів, що враховує вікові, індивідуальні та нозологічні особливості дитини і спрямована на відновлення мовленнєвої функції та підтримку її психофізичного потенціалу.

2. Виявлено, що період раннього дитинства є сенситивним для формування мовлення, тому своєчасне логопедичне втручання має значну прогностичну цінність. Воно впливає не лише на мовленнєву сферу, а й на загальну моторну, когнітивну, емоційну та соціальну діяльність дитини, формуючи основу для успішного навчання, комунікації та особистісного розвитку.

3. У результаті дослідження було підтверджено тісний взаємозв'язок між ефективністю логопедичної роботи та індивідуальним підходом до дитини, що враховує її психофізичний стан, сенсорні можливості, тип порушення та особливості розвитку сімейного мікросередовища. Особливо важливу роль у забезпеченні позитивної динаміки розвитку відіграє активна участь батьків, їхня компетентність, мотивація та здатність підтримувати мовлення дитини в природному середовищі.

4. У процесі дослідження було встановлено, що діти з психофізичними порушеннями характеризуються більш повільним темпом

мовленнєвого розвитку, що проявляється у зменшеному словниковому запасі, нерозвиненій граматичній структурі мовлення, низькому рівні мовленнєвої ініціативи та труднощах у комунікації. Це обґрунтовує необхідність цілеспрямованої логопедичної підтримки, адаптованої до специфіки нозологічної групи.

5. Експериментальна частина дослідження підтвердила ефективність використання стандартизованих діагностичних інструментів (Гейдельберзького тесту та SETK-2). Вони забезпечують надійне виявлення рівня мовленнєвого розвитку та дозволяють побудувати індивідуальну траєкторію інтервенції. Учасники експериментальної групи, які отримували індивідуалізовану логопедичну підтримку, продемонстрували статистично достовірне покращення мовленнєвих та психофізичних показників порівняно з контрольною групою.

6. Практичне дослідження показало, що результативність логопедичної інтервенції прямо залежить від її своєчасності, структурованості та включення до терапевтичного процесу таких компонентів, як артикуляційна гімнастика, сенсорна стимуляція, розвиток дрібної моторики, емоційне залучення та взаємодія у грі. Логопедичні заняття, проведені у формі імітаційної або сюжетно-рольової гри, сприяють не лише автоматизації мовних навичок, а й формуванню позитивного емоційного фону дитини.

7. Встановлено, що модель ефективної логопедичної допомоги має базуватися на мультидисциплінарному підході, що передбачає залучення до команди фахівців логопеда, психолога, невролога, педіатра, дефектолога та соціального педагога. Такий підхід дозволяє сформувати цілісну картину розвитку дитини, оптимізувати методи втручання та забезпечити сталу підтримку в умовах закладу освіти та родинного середовища.

8. Вивчення зарубіжного досвіду, зокрема системи раннього втручання в Німеччині та США, засвідчило ефективність державних програм підтримки раннього розвитку. Важливими чинниками їх успішності є стандартизована діагностика, систематичний моніторинг динаміки,

інформаційна підтримка батьків і забезпечення безперервності допомоги в межах освітніх інституцій. Ці принципи мають бути адаптовані до вітчизняного контексту з урахуванням викликів воєнного стану, внутрішнього переміщення дітей, зростання кількості дітей із ПТСР та іншими ризиками.

9. За результатами дослідження запропоновано практичні рекомендації щодо реалізації логопедичної роботи у ЗДО: створення індивідуальних корекційних програм; обов'язкове залучення батьків до корекційного процесу; регулярне оновлення знань фахівців через участь у тренінгах та професійних об'єднаннях; моніторинг мовленнєвої динаміки не рідше ніж один раз на 6 місяців.

10. Таким чином, результати дослідження підтвердили висунуту гіпотезу про те, що ефективна система ранньої логопедичної допомоги має бути комплексною, науково обґрунтованою, чутливою до індивідуальних особливостей дитини та адаптивною до змін соціального контексту. Її впровадження дозволяє своєчасно ідентифікувати мовленнєві порушення, запобігти формуванню вторинних ускладнень і створити умови для повноцінної участі дитини в освітньому процесі та соціальному житті.

На основі проведеного дослідження пропонуються такі практичні рекомендації:

1. Для фахівців (логопедів, дефектологів, педагогів):
 - впроваджувати скринінгові методи оцінки мовлення з першого року життя;
 - системно застосовувати адаптовані діагностичні інструменти (SETK-2, Гейдельберзький тест) у роботі з дітьми раннього віку;
 - здійснювати індивідуалізацію логопедичних програм з урахуванням нозології, рівня розвитку та психоемоційного стану дитини;
 - використовувати ігрові форми як основний метод логопедичного впливу на ранніх етапах розвитку.
2. Для батьків:

- активно брати участь у логопедичному процесі: відвідувати заняття, виконувати домашні завдання, дотримуватися порад фахівців;
- створювати вдома мовленнєво стимулююче середовище – спілкуватися з дитиною, розвивати її мовлення через гру, читання, діалог;
- за наявності тривожних ознак у розвитку мовлення (затримка появи слів, невиразна вимова, проблеми з розумінням мовлення тощо) – невідкладно звертатися до фахівців для первинної діагностики.

3. Для керівників ЗДО та освітніх закладів:

- ініціювати створення логопедичних кабінетів у дитячих садках;
- організовувати навчання педагогів щодо особливостей мовленнєвого розвитку дітей раннього віку;
- забезпечити співпрацю між логопедом, вихователем, психологом і батьками з метою формування індивідуального маршруту допомоги дитині.

4. На рівні державної політики та освітніх програм:

- розробити та впровадити національні стандарти ранньої логопедичної допомоги;
- включити до освітніх програм підготовки фахівців блоки щодо ранньої діагностики та логопедичної інтервенції;
- створити програми психолого-логопедичної підтримки дітей із зони бойових дій, тимчасово переміщених осіб та дітей з високими ризиками психофізичних порушень.

З огляду на актуальні виклики, зокрема війну в Україні, зазначені рекомендації мають особливе значення для забезпечення належного психофізичного розвитку дітей та профілактики освітніх і соціальних труднощів у майбутньому. Рання допомога – це не лише логопедична практика, а й інвестиція в майбутнє дитини та суспільства загалом.

Список використаних джерел

1. Арнаутова Л.В. Корекція заїкання у вітчизняній та зарубіжній практиці / Л.В. Арнаутова // Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки): збірник наукових праць: вип. 9, у 2 т./ за ред. В.М. Синьова, О.В. Гаврилова.– Кам'янець-Подільський: ПП Медобори-2006, 2017. – Т.1. – С. 5-15
2. Базима Н. В. Обстеження стану мовлення у дітей з аутистичними порушеннями дошкільного віку. Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського нац. ун-ту ім. І. Огієнка. Серія: Соціально-педагогічна. 2012. № 19(2). С. 230–237.
3. Баскакова О. Ф. Раннє виявлення і профілактика мовленнєвих порушень у дітей. Таврійський вісник освіти. 2015. № 2(1). С. 70–77.
4. Баскакова О. Ф. Сучасні підходи до логопедичної діагностики дітей раннього віку. Логопедія. 2020. № 2. С. 17–20.
5. Белова О. Б. Особливості розвитку мовлення у дітей з інтелектуальними порушеннями. «Медична освіта», 2021, вип. 1, с.5–10. irbis-nbuv.gov.ua+2ojs.tdmu.edu.ua+2
6. Беседа В. В. Вплив психомоторних порушень на фізичний розвиток дітей. KELM. 2021. № 4. С. 73–79.
7. Боряк О. В., Чобанян А. В. Робота з батьками немовленнєвих дітей. Вісник Запоріж. нац. ун-ту. Педагогічні науки. 2021. № 1. С. 84–90.
8. Брушневська І. Закономірності розвитку дітей дошкільного віку з порушеннями мовлення. Педагогічний часопис Волині. 2016. № 1. С. 70–75.
9. Гаврилова Н.С. Типи порушень артикуляційної моторики та особливості їх корекції / Н.С. Гаврилова // Актуальні питання корекційної освіти (педагогічної науки): зб. наук. пр. / за ред. В.М.Синьова, О.В.Гаврилова – Кам'янець-Подільський : Медобори-2006, 2016. – Вип. VIII. – С. 54-63.

10. Галецька Ю. В. Дослідження сформованості мовленнєвих умінь у дітей з комбінованими порушеннями // Включення та різноманітність. – 2024. – № 1. – С. 55–62.
11. Герасимова І., Герасимова Н. Психологічні аспекти темпоритмічних порушень мовлення у дітей // Наукові інновації та передові технології. – 2023. – № 4(48). – С. 89–94.
12. Грибань Г. В. Особливості формування усного висловлювання у дітей з дислалією // Освіта осіб з особливими потребами. – 2021. – № 20. – С. 112–116.
13. Грищенко С. В., Штрубенко О. С. Послуга раннього втручання в Україні та Іспанії. Інноваційна педагогіка. 2020. Вип. 25. С. 40–43.
14. Жевнеронок І. В. та ін. Фактори ризику порушення мовленнєвого розвитку у дітей до трьох років. Оториноларингологія. Східна Європа. 2021.
15. Калмикова Л., Харченко Н., Кючуков Х. та ін. Теорія володіння L1 і розвитку мовлення дітей в онтогенезі. Психолінгвістика. 2022. № 30(2). С. 15–29.
16. Карпенко В. В., Зелінська-Любченко К. О. Напрями логопедичної роботи з корекції дисграфії у молодших школярів. Сучасні проблеми логопедії та реабілітації : збірник наукових статей. Суми, 2019. С. 71–73.
17. Ковшар О., Древняк Л. П. Основні аспекти формування мовленнєвої особистості дитини дошкільного віку в комунікативній діяльності. Педагогічні науки: теорія і практика. 2024. № 5. С. 33–39.
18. Король А. В. Психолінгвістичні аспекти засвоєння мови дітьми дошкільного віку. Особлива дитина. 2025. № 1. С. 35–41.
19. Котлова Л., Лізунова В. Раннє втручання як ефективна практика. Вісник Центру сімейно-центрованих практик. 2023.
20. Кузенко О. Й. Значення програми раннього втручання в корекції розвитку дітей з глибоким порушенням зору. Київ, 2021. С. 45–50.

21. Лещенко О. Г., Прохватило А. П. Раннє втручання як засіб запобігання ускладнень у дітей з порушеннями психофізичного розвитку. Запоріжжя, 2021. С. 64–66.
22. Лещій Н. П. Діагностика фізичного стану дітей молодшого шкільного віку зі складними порушеннями розвитку. Особлива дитина. 2020. № 2. С. 23–29.
23. Лопатинська Н. Диснейроонтогенетичні *детермінанти порушень* комунікативно-мовленнєвої діяльності у дітей дошкільного віку *на* етапі антенатального розвитку. Світова наука. 2019.т.3. №8. С.4-8.
24. Малікова А. М., Байкіна Н. Г. Рання діагностика типових відхилень / А. М. Малікова, Н. Г. Байкіна. — Київ : НПУ ім. М. Драгоманова, 2015. — № 3(1). — С. 233–237.
25. Маматова З. Р., Арнаутова Л. Патологічний стан дітей з когнітивними порушеннями. Освіта осіб з особливими потребами. 2025. № 1. С. 40–47.
26. Манько Н. В. Методика дослідження мовленнєвого розвитку дітей раннього віку. Педагогічні науки. 2009. № 1(51). С. 181–183.
27. Манько Н. В. Діагностика та корекція мовленнєвого розвитку дітей раннього віку. Київ: Слово, 2020.
28. Мельник О. І. Компетентнісний підхід як педагогічна умова формування життєвих компетентностей підлітків у сім'ї. Педагогічні науки. 2009. № 51. С. 183–187.
29. Максимова О.О. Теоретичні засади виховання толерантності в дітей старшого дошкільного та молодшого шкільного віку / О.О. Максимова // Підготовка фахівців у контексті становлення Нової української школи / за заг. ред. В.Є. Литнєва, Н.Є. Колесник, Т.В. Завязун. – Житомир : ФОП «Н.М. Левковець», 2018. – У 2-х ч. – Ч. І. – С.117 – 124.
30. Малярчук А.Я. Обстеження мовлення дітей: Дидактичний матеріал. К.: Літера ЛТД, 2003. 104 с.

31. Михальська С. А., Михальська Ю. А. Ціннісні параметри мовленнєвої поведінки дошкільників. Молодий вчений. 2021. № 11. С. 72–76.
32. Наволокова О. О., Боряк О. В. Мінімальна мозкова дисфункція та безмовленнві діти дошкільного віку : діагностика та корекція в умовах вонного стану. Inclusion and Diversity. 2023. № 2. С. 31–37.
33. Прохоренко Л. І., Романенко О. В. Класифікація об'єктів інформаційного поля. Психолінгвістика. 2019. № 26(2). С. 58–63.
34. Радул І. Егоцентризм інфантильного мовлення. Інсайт. 2019. № 3. С. 61–66.
35. Ревуцька О., Пархоменко М. Формування у дітей дошкільного віку з недорозвиненням мовлення смислової організації зв'язного мовленнєвого висловлювання // Освіта. Інноватика. Практика. – 2023. – Т. 11, № 2. – С. 59-74.
36. Рібцун Ю. В. Заїкання: підтримка дитини з особливими мовленнєвими потребами в освітньому середовищі. Київ: ФОП Цибульська В. О., 2023. 272 с.
37. Савінова Н. Актуальні проблеми формування компетентності логопедів. Проблеми підготовки сучасного вчителя. 2014. № 9(1). С. 162–169.
38. Савінова Н. В. Логодіагностика та логокорекція мовленнєвої діяльності дошкільників із тяжкими порушеннями мовлення [Текст] : монографія / Н. В. Савінова. - Миколаїв : Іліон, 2017. - 262
39. Скланська О. Соціальна взаємодія *дитини* першого року життя: підходи до вивчення, параметри оцінки та особливості порушень у немовлят групи ризику / О. В. Скланська // Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Психологічні науки. - 2017. - Вип. 3(2). - С. 215-220.
40. Слосанська Г., Горішна Н. Ефективність раннього втручання у роботі з дітьми з мовленнєвими порушеннями раннього віку // Освіта. Інноватика. Практика. – 2023. – Т. 11, № 10. – С. 36–49. DOI: 10.31110/2616-650X-vol11i10-006.

41. Слободяник В. І., Калиняк С. І., Никифорок О. І. *Невідкладна аутопсихотерапія: методичні поради*. Львів: ЛДУВС, 2011. 36 с.
42. Словачек М. Принципи педагогіки Марії Монтессорі // *Теорія та методика навчання та виховання*. – 2022. – № 9. С. 48–52.
43. Синиця А. О. *Клініко-психолого-логопедичне дослідження мовленнєвого розвитку дітей раннього віку з церебральним паралічем* // *Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції «Інтеграція науки і практики в умовах модернізації спеціальної освіти України»*, Херсон, 2023. – С. 212–217.
44. Соха Н. В. Інформаційно-комунікативні технології в інклюзивному освітньому середовищі // *Психолого-педагогічні передумови успішності функціонування особистості в інформаційному суспільстві: Матеріали Всеукраїнської науково-практичної заочної конференції 25-26 листопада 2022 р.* – Дніпро: В.: Журфонд, 2022 – С. 202-204.
45. Синьов В. М., Шеремет М. К., Руденко Л. М., Шульженко Д. І. Освітньо-психологічна інтеграція школярів із психофізичними порушеннями в сучасних умовах України // *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки)*. – 2016. – Вип. 7, т. 2. – С. 323–344.
46. Табака О. Розвиток мовлення дошкільнят. Молодь і ринок. 2022. № 4. С. 20–25.
47. Тіщенко В. А., Красовська Н. В. Оцінка функціональної зрілості ЦНС недоношеної дитини в прогнозуванні подальшого психомоторного розвитку. - 2011. С. 34–38.
48. Ткач О. М. Особливості обстеження мовленнєвого розвитку дітей з ДЦП. 2011. С. 785–794.
49. Товкач І. Теоретичні аспекти усвідомлення дітьми дошкільного віку мовлення як психолінгвістичного феномену. 2022. № 3. С. 49–55.
50. Туренко Н. Проблема ранньої діагностики та корекції відхилень у мовленнєвому розвитку дітей молодшого дошкільного віку. Молодь і ринок. 2015. № 4. С. 102–105.

51. Трофименко Л. І. Особливості розвитку особистості дошкільників з мовленнєвими порушеннями. 2018. Т. 8. С. 224–229.
52. Федяєва В. Л., Пентиліук М. І. Концептуальні засади виховання дитини як мовної особистості в родинному середовищі. Інноватика у вихованні. 2020. № 10. С. 17–21.
53. Хоменко С. О. *Огляд діагностичних методик щодо з'ясування стану розвитку дітей раннього віку*. 2016. № 32(2). С. 213–218.
54. Ханзерук Л.О. Формування досвіду спілкування у дошкільників з церебральним паралічем. Автореферат дис. на здобуття наук. ст. канд. пед. наук. Київ, 2001.
55. Шаркевич О. В. *Особливості протікання періоду раннього віку* дитини та його вплив на подальший розвиток. 2020. № 6(114). С. 67–71.
56. Шевченко Ю.В. Формування соціальних компетенцій у дітей із синдромом Дауна дошкільного та молодшого шкільного віку (теоретичний аспект). Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки). Випуск 17. Київ, 2021. С. 230-239. DOI : <https://doi.org/10.32626/2413-2578.2021-17.230-239>
57. Шеремет М., Кондукова С. Психофізичні особливості дітей... Психологія і педагогіка. 2019. № 6. С. 42–47.
58. Шеремет М. К., Кондукова С. V. Фізіологічні і психологічні передумови мовленнєвого розвитку в нормі та патології // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. — 2014. — № 27. — С. 5–7.
59. Шевцов А., Романенко О., Руденко Л. Діагностика особливостей мовленнєвого мислення у дітей // Психолінгвістика. – 2021. – С. (електронний ресурс). – Режим доступу: psycholing-journal.com.
60. Чекан О. І. Психологічні засади розвитку мовлення дітей дошкільного віку. 2024. № 4. С. 25–30.

61. Черніченко Л. Характеристика та аналіз порушень мовленнєвого розвитку дітей раннього віку. Освіта. Інноватика. Практика. 2023. № 2. С. 45–50.
62. Чопик Л. І. Рання психолого-педагогічна допомога дітям... Вінниця, 2019. С. 218–222.
63. Wendlandt W. Sprachstörungen im Kindesalter. Georg Thieme Verlag. 2006. S. 124–130.
64. Wiebke S. R. The Bilingual Patient's Profile... Forum Logopädie. 2005. Heft 3(19). S. 6–11.
65. Program „Za życiem” – Ustawa z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz.U. 2016 poz. 1860).
66. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz.U. 2017 poz. 1591).
67. Ordinul Ministerului Educației nr. 5701/2024 privind organizarea și funcționarea Centrelor Județene de Resurse și Asistență Educațională (CJRAE).
68. Teisel W., Berg M. Sprachliche Diagnostik in der Primarstufe. 2021. P. 3–45.
69. Tacke U. et al. Entwicklungsneurologie... Der Nervenarzt. 2017. T. 88. № 12. P. 1–7.
70. Strategia Națională pentru Educația Incluzivă 2022–2030, Ministerul Educației, București Niebuhr-Siebert S. Sprachdiagnostik im Kleinkindalter. Heidelberg: Springer, 2021.
71. Niebuhr-Siebert S. Sprachdiagnostik im Kleinkindalter. Heidelberg: Springer, 2021.
72. ДСТУ: Про затвердження Порядку раннього виявлення... URL: <https://ips.ligazakon.net/document/KP231392?an=16> (дата звернення 20.09.2025).

73. Проект: *Sprachentwicklungstest für zweijährige Kinder*. URL: <https://www.testzentrale.de/shop/sprachentwicklungstest-fuer-zweijaehrige-kinder> ... (дата звернення 29.09.2025).

74. Flender J. Früherkennung von Entwicklungsstörungen durch Erzieherinnen: Überprüfung der Gutekriterien des Dortmunder Entwicklungsscreening für den Kindergarten (DESK 3-6). als Dissertation zur Erlangung des Grades einer Doktorin der Philosophie (Dr. phil.) in der Fakultät Rehabilitationswissenschaften der Universität Dortmund. Dortmund, 2005. 126 с.

75. Albers T. Sprachdiagnostik in Kindergarten . Forum Logopädie. THEORIE UND PRAXIS. Hannover 2010. T. 24. №. 5. С.26-31.

ДОДАТОК А

Гейдельберзький тест мовленнєвого розвитку (адаптація Крутій Л. Л.) Адаптований короткий скринінг мовленнєвого розвитку (АКС- МР)

Вік: 3–9 років

1. Фонологічний розвиток

1.1. Співвіднесення звуків

Завдання: Дитині пропонують пару слів — потрібно визначити, чи звучать однаково на початку.

Приклади:

- «кіт – кит»
- «сніг – зміг»
- «рак – мак»

Оцінювання (0–2 бали):

0 — не розрізняє;

1 — розрізняє частково;

2 — упевнено розрізняє.

1.2. Відтворення складових структур

Завдання: Повторити за дорослим слова різної складової будови.

Приклади:

- «мама», «ракета», «сніговик», «автомобіль».

Оцінювання (0–3 бали):

0 — значні спотворення;

1 — багато помилок;

2 — незначні спотворення;

3 — точне повторення.

2. Лексичний розвиток

2.1. Пасивний словник (розуміння)

Завдання: «Покажи, де ...» (картки або предмети).

Категорії:

- тварини
- меблі
- одяг
- транспорт
- частини тіла

20 слів.

Оцінювання:

1 бал за правильну відповідь, максимум — 20.

2.2. Активний словник

Завдання: Назвати зображення або предмети.

Категорії:

- дії (бігти, різати, писати)
- ознаки (високий, солодкий)
- предмети

10 слів.

Оцінювання (0–2 бали) за кожну одиницю:

0 — не називає;

1 — дає опис;

2 — називає точно.

3. Граматичний розвиток

3.1. Словозміна

Завдання: Дитина змінює слова в простих конструкціях.

Приклади:

- «Один будинок — багато...»
- «Мій пес — а це пес ... (чий?)»
- «Я малюю — учора я...» (минулий час)

Оцінювання (0–2 бали) за пункт.

3.2. Побудова фраз

Завдання: Описати картинку 4–6 словами.

Оцінюється:

- наявність присудка
- узгодження слів
- послідовність

Оцінювання: 0–5 балів.

4. Прагматичний розвиток (комунікація)

4.1. Початок та підтримка діалогу

Завдання: Коротка бесіда. Ставляться прості запитання:

- «Як тебе звати?»
- «Що ти любиш робити?»
- «Розкажи про свій день.»

Оцінюється:

- ініціативність
- логічність
- відповідність ситуації
- зрозумілість

Оцінювання: 0–5 балів.

4.2. Використання мовленнєвих актів

Оцінюється у вільній розмові:

- прохання
- відмова
- подяка
- пояснення
- опис

Оцінювання: 0–3 бали.

Підрахунок результатів

Розділ	Максимум балів
Фонологія	5
Лексика	40

Розділ	Максимум балів
Граматика	15
Прагматика	8
Разом	68 балів

Інтерпретація

55–68 балів — Віковою нормою відповідає

Мовленнєві процеси сформовані достатньо.

40–54 бали — Легкі мовленнєві труднощі

Потребує логопедичної консультації, корекційні вправи бажані.

25–39 балів — Помірні порушення

Рекомендована логопедична допомога + додаткова оцінка когнітивних функцій.

0–24 бали — Виражені мовленнєві розлади

Потрібне розширене логопедичне, нейропсихологічне та медичне обстеження.

Бланк для фіксації результатів (короткий)

Ім'я дитини:

Вік:

Дата:

Обстежувач:

Компонент	Бал	
1. Фонологія	/ 5	_____
2. Лексика	/ 40	_____
3. Граматика	/ 15	_____
4. Прагматика	/ 8	_____
Загальний бал	/ 68	_____

Додаток Б**Основні компоненти методики SETK-2:****Оцінка мовленнєвих навичок:**

Вивчаються різні аспекти мовленнєвого розвитку, такі як:

Використання звуків і слів;

Розуміння мовлення;

Вміння застосовувати прості речення.

Діагностичні**завдання:**

Тест складається з кількох підзавдань, орієнтованих на:

Пониження або відсутність лексичного запасу;

Оцінку фонологічних особливостей мовлення;

Визначення рівня артикуляційних навичок.

Адаптація для дітей з особливостями розвитку: при адаптації методу для дітей з особливостями розвитку акцент робиться на індивідуальних затримках або порушеннях розвитку мовлення, таких як затримка мовного розвитку, дизартрія, дислалія тощо. Оцінюється не лише мовленнєва активність, але й здатність до соціальної взаємодії та комунікації, емоційно-виражальні аспекти.

Методика оцінки:

Проводиться серія спостережень, під час яких спеціаліст (логопед, психолог або педіатр) звертає увагу на різноманітні мовленнєві і поведінкові реакції дитини в ситуаціях комунікації, візуальних та вербальних стимулів.

За результатами спостережень заповнюється таблиця з балами, що відповідають рівню розвитку мовлення на різних етапах (наприклад, початковий, середній, високий).

Рекомендації та інтерпретація результатів:

Якщо виявлено порушення мовлення або мовленнєвого розвитку, метод надає рекомендації щодо подальшого розвитку або корекції через інтервенції (логопедичні вправи, заняття з психологом тощо).

Оцінка результатів проводиться з урахуванням вікових стандартів, а також індивідуальних особливостей розвитку кожної дитини.

Підхід до адаптації для дітей до 3 років з особливостями розвитку:

- **Адаптація тесту** включає більш спрощені версії завдань для дітей, які не досягли стандартного рівня розвитку мовлення в 2 роки. Це може включати:

- Підвищену увагу до невербальних форм комунікації (міміка, жести);

- Оцінка розвитку слухових навичок, які можуть бути обмежені у дітей з порушеннями слуху;
- Корекція завдань для дітей з аутистичним спектром розладів, де соціальна взаємодія та мовлення можуть мати різні особливості.

Інструкція для використання методики SETK-2:

1. **Підготовка:** вибір тесту для дітей відповідного віку (від 0 до 2 років, або адаптована версія для дітей до 3 років). Тест проводиться з батьками або іншими особами, які добре знають дитину.

2. **Процес проведення:** тест повинен проводитись у спокійній атмосфері, де дитина не відчуває стресу. Спеціаліст має спостерігати за мовленнєвими та поведінковими реакціями дитини, фіксуючи всі важливі моменти.

3. **Оцінка результатів:** на основі зібраних даних визначаються ключові аспекти мовленнєвого розвитку. Результати можуть бути представлені у вигляді балів або категорій розвитку.

4. **Планування інтервенції:** виходячи з результатів тесту, спеціаліст розробляє план інтервенції, який може включати логопедичні вправи, корекційно-розвивальні заняття та рекомендації для батьків.

Використання результатів:

- **Для оцінки:** використовується для раннього виявлення порушень та своєчасного втручання.

- **Для моніторингу:** проводиться повторне тестування для відстеження прогресу та ефективності корекційних заходів.

- **Для наукових та клінічних досліджень:** SETK-2 може використовуватись як інструмент у клінічних і дослідницьких проектах, що вивчають розвиток мовлення у дітей.

Цей тест є важливим інструментом для ранньої діагностики мовленнєвих порушень і сприяє ефективному плануванню інтервенцій для дітей з різними особливостями розвитку.

Нормативно-правова база Польщі та Румунії щодо ранньої діагностики та логопедичної інтервенції

Польща

Нормативна рамка та реалізація в дошкільних закладах

1. Правове забезпечення раннього втручання (WWR). Ключовим актом є Розпорядження Міністра національної освіти від 24.08.2017 р. щодо організації ранньої підтримки розвитку дитини (Wczesne Wspomaganie Rozwoju, WWR). Документ визначає склад міждисциплінарної команди (логопед, психолог, педагог-спеціаліст, реабілітолог тощо), порядок призначення занять, інтенсивність та координацію в дошкільних закладах і спеціалізованих центрах.

2. Психологічно-педагогічна підтримка у дитсадках. Розпорядження від 09.08.2017 р. про психологічну та педагогічну підтримку у державних дитсадках і школах зобов'язує заклади освіти надавати індивідуалізовану підтримку дітям з особливими освітніми потребами, включно з логопедичною, та розробляти індивідуальні програми.

3. Маршрутизація сімей і розбудова сервісів. Державна програма „Za życiem” (з 2017 р.) посилює доступність ранньої допомоги, скорочуючи час очікування та інтегруючи послуги для дітей із ризиком порушень розвитку, зокрема мовленнєвих.

4. Організаційні моделі. Практика WWR включає комплекс дій від моменту виявлення ризику/порушення до шкільного віку, із залученням дитсадків, психологічно-педагогічних консультацій (PPP) і спеціальних центрів.

1.	Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz.U. 2017 poz. 1591).
2.	Program „Za życiem” – Ustawa z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz.U. 2016 poz. 1860).

3. Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz.U. 2017 poz. 59).
4. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 1994 nr 111 poz. 535).

Румунія

Інфраструктура CJRAE та мережа логопедичних кабінетів

1. Інституційна опора дошкільної логопедії – Centrul Județean de Resurse și Asistență Educațională (CJRAE). Ці центри координують мережу логопедичних кабінетів (CLI), які організують скринінг, оцінювання та терапію для дітей дошкільного віку

2. Нормативно-правова база. CJRAE діють у рамках Закону про передуніверситетську освіту №198/2023 та Наказу МОН №5701/2024, що визначають організацію, кадри та взаємодію з дошкільними закладами.

3. Механізми роботи у дитсадках. CLI пріоритезують дошкільників для запобігання закріпленню порушень мовлення; діапазон навантаження – 15–40 дітей на рік. Обов’язковими є консультування батьків та методичний супровід педагогів.

4. Доказова складова. Розвиваються технологічні рішення для дошкільної логопедії, зокрема автоматичне розпізнавання дизлалії у дітей 4–7 років, що підсилює скринінг і моніторинг.

5. Legea Învățământului Preuniversitar nr. 198/2023 – Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 613/2023.

6. Ordinul Ministerului Educației nr. 5701/2024 privind organizarea și funcționarea Centrelor Județene de Resurse și Asistență Educațională (CJRAE).

7. Hotărârea Guvernului nr. 1251/2012 privind aprobarea Metodologiei-cadru pentru organizarea și funcționarea serviciilor de intervenție timpurie pentru copiii cu risc în dezvoltare.

8. Strategia Națională pentru Educația Incluzivă 2022–2030, Ministerul Educației, București.

9. Ordinul Ministerului Educației nr. 3124/2017 privind normele metodologice de aplicare a prevederilor referitoare la asistența psihopedagogică și logopedică în învățământul preșcolar.