

m_educ_2026_067

**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**

**ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ
КОМУНІКАТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ДІТЕЙ ІЗ ДИЗАРТРІЄЮ ПРИ ДЦП**

Кваліфікаційна робота

Рівень вищої освіти – другий (магістерський)

Виконав: студент 2 курсу, 227м групи
спеціальності 016 Спеціальна освіта

Ілько Віктор Васильович

Керівник: доц. Костик Л.Б.

До захисту допущено:

Протокол засідання кафедри № _____

від « » _____ 2025 р.

зав. кафедри _____ проф. Олійник М.І.

Чернівці - 2025

АНОТАЦІЯ

Ілько В.В. Психолого - педагогічні особливості формування комунікативної поведінки дітей із дизартрією при ДЦП. – Рукопис. Кваліфікаційна робота на здобуття ступеня вищої освіти «магістр» зі спеціальності 016 Спеціальна освіта. Чернівецький нац. ун-т імені Юрія Федьковича. Чернівці, 2025.

У кваліфікаційній роботі розглянуто поняття граматично правильної будови мовлення та особливості мовленнєвого розвитку дітей із дизартрією при ДЦП і загальним недорозвиненням мовлення (ЗНМ); описано характерні прояви граматичних порушень у дошкільників із ЗНМ та їх вплив на мовленнєву діяльність; визначено можливості використання дидактичних ігор як ефективного засобу корекційної роботи; доведено доцільність і результативність застосування ігрової діяльності для формування граматичних навичок; розроблено комплекс дидактичних ігор, спрямованих на розвиток граматично правильної будови мовлення у дітей дошкільного віку із ЗНМ.

Ключові слова: дошкільники, дизартрія при ДЦП і загальне недорозвинення мовлення (ЗНМ), граматично правильна будова мовлення, формування мовлення, дидактичні ігри, розвиток мовлення, корекційна робота.

ABSTRACT

Ilko V. Psychological and pedagogical features of the formation of communicative behavior of children with disarthria in cerebral palsy – Manuscript. Qualification work for obtaining the degree of Master of Higher Education in the specialty 016 Special Education. Yuriy Fedkovych Chernivtsi National University. Chernivtsi, 2025 .

The qualification work examines the concept of grammatically correct speech structure and the features of speech development in children with general speech underdevelopment (GSU); describes the characteristic manifestations of grammatical disorders in preschool children with disarthria in cerebral palsy, GSU and their impact on speech activity; identifies the potential of using didactic games as an effective means of corrective work; proves the feasibility and effectiveness of using play activities to develop grammatical skills; and develops a set of didactic games aimed at fostering grammatically correct speech structure in preschool children with GSU.

Keywords: preschoolers, disarthria in cerebral palsy and general underdevelopment of speech (GUS), grammatically correct speech structure, speech formation, didactic games, speech development, corrective work.

Кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів наукових досліджень інших авторів мають посилання на відповідне джерело. _____ В. Ілько

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
Розділ 1. Теоретичні засади формування комунікативної поведінки у дітей дошкільного віку з дизартрією при ДЦП.....	6
1.1. Психолого-педагогічна характеристика дітей із ДЦП.....	6
1.2. Особливості мовленнєвих порушень при дизартрії.....	10
1.3. Поняття та структура комунікативної поведінки.....	18
1.4. Аналіз педагогічних підходів до розвитку комунікативної діяльності.....	23
Розділ 2. Діагностика стану комунікативної поведінки дітей із дизартрією при ДЦП.....	33
2.1. Організація та етапи дослідження.....	33
2.2. Методики вивчення мовленнєвої та комунікативної діяльності.....	34
2.3. Аналіз результатів констатувального етапу.....	50
ВИСНОВКИ.....	59
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	66

ВСТУП

Актуальність теми. Одним із найважливіших завдань сучасної логопедії є формування комунікативної поведінки дітей із порушеннями мовлення, зокрема у дітей із дизартрією при дитячому церебральному паралічі (ДЦП). У таких дітей комунікативна діяльність значно ускладнена через поєднання рухових, мовленнєвих та емоційно-вольових порушень. Нерідко вони відчують труднощі у встановленні контактів із дорослими та однолітками, виявляють мовленнєву пасивність, невпевненість, страх перед спілкуванням. Це зумовлює необхідність пошуку ефективних педагогічних заходів, спрямованих на стимулювання мовленнєвої активності, розвиток емоційної виразності та соціальної поведінки.

Актуальність проблеми посилюється тим, що в умовах інклюзивної освіти діти з ДЦП потребують не лише корекції мовлення, а й цілеспрямованого формування навичок соціальної взаємодії та комунікації. Саме тому питання розроблення педагогічних підходів до формування комунікативної поведінки набуває особливої значущості для сучасної логопедичної практики.

Дитячий церебральний параліч (ДЦП) є складним поліетіологічним захворюванням, що призводить до порушень рухових, сенсорних, когнітивних та мовленнєвих функцій. Одним із найпоширеніших мовленнєвих порушень у дітей із ДЦП є дизартрія, що обумовлює труднощі у формуванні комунікативної поведінки. З огляду на те, що мовлення є провідним засобом соціалізації та пізнання світу, особливого значення набуває розроблення педагогічних заходів, спрямованих на розвиток комунікативної компетентності таких дітей.

Об'єкт дослідження – комунікативна поведінка дітей із дизартрією при ДЦП.

Предмет дослідження – психолого-педагогічні особливості формування комунікативної поведінки дітей із дизартрією при ДЦП

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та експериментально перевірити ефективність розроблених методик вивчення мовленнєвої та комунікативної діяльності дітей із дизартрією при ДЦП.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати психолого-педагогічні та логопедичні аспекти проблеми комунікативної поведінки дітей із дизартрією при ДЦП.
2. Визначити сутність і структуру комунікативної поведінки в логопедичному аспекті.
3. Розробити методики вивчення мовленнєвої та комунікативної діяльності дошкільників із дизартрією при ДЦП.
4. Дослідити та проаналізувати стан сформованості комунікативної поведінки дітей із дизартрією при ДЦП.

Методи дослідження: теоретичні (аналіз, синтез, узагальнення, систематизація наукових джерел), емпіричні (спостереження, анкетування, тестування, експеримент), методи кількісного й якісного аналізу результатів.

У дослідженні взяли участь 12 дошкільників ЗДО №37 «МовоЗнайко» м. Чернівці та 5 дітей старшого дошкільного віку з ДЦП з Буковинського центру комплексної реабілітації для дітей з інвалідністю «Особлива дитина».

Практичне значення роботи полягає у розробці методик вивчення мовленнєвої та комунікативної діяльності дошкільників із дизартрією при ДЦП.

Структура магістерської роботи. Магістерська робота складається зі вступу, двох розділів, висновків та списку використаних джерел.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ КОМУНІКАТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ДИЗАРТРІЄЮ ПРИ ДЦП

1.1. Психолого-педагогічна характеристика дітей з ДЦП

Дитячий церебральний параліч (ДЦП) – це непрогресуюче органічне ураження головного мозку, що спричинює рухові порушення і комплексні зміни розвитку дитини[1]. Основним проявом є моторна дисфункція: паралічі, парези, патологічний м'язовий тонус, порушення координації рухів та постурального контролю. Нерідко ДЦП супроводжується сенсорними порушеннями (дефіцит зору, слуху), а також розладами мовлення, сприймання і пізнання. Попри статичний характер ураження мозку, ступінь тяжкості може варіювати від легкої (дитина ходить самостійно, має незначні порушення моторики) до важкої (повна залежність від сторонньої допомоги в рухах і самообслуговуванні). В Україні спостерігається тенденція до зростання кількості дітей з ураженнями ЦНС, зокрема через вплив несприятливих факторів воєнного часу та стресогенних чинників. Це обумовлює актуальність проблеми всебічного розвитку дітей з ДЦП, включаючи їхню комунікативну сферу.

Когнітивна сфера. Значна частина дітей з церебральним паралічем має порушення пізнавальної діяльності різного ступеня. За даними системного огляду, понад 50% дітей з ДЦП мають інтелектуальні порушення або затримку розвитку. Найчастіше відзначається нерівномірність пізнавального профілю: вибіркоче відставання в розвитку просторових уявлень, уваги, пам'яті та виконавчих функцій. Діти з ДЦП нерідко демонструють низьку пізнавальну активність і уповільненість переробки інформації, частково обумовлені обмеженістю їхніх комунікаційних можливостей. Навіть за достатнього інтелекту спостерігається своєрідна дисгармонія психічного розвитку:

обмежений запас уявлень про довкілля через малий досвід взаємодії, епізодичні труднощі розуміння складних інструкцій, зниження темпу мисленнєвих операцій. Мовна функція у цих дітей тісно пов'язана з когнітивними процесами: оскільки опанування мовним спілкуванням створює передумови для формування вищих форм мислення, дефекти мовлення при ДЦП негативно відбиваються на пам'яті, увазі та інших процесах. Науковці підкреслюють, що мовленнєві порушення часто спричиняють вторинні відхилення, які формують картину аномального розвитку дитини в цілому. Отже, особливості пізнавальної діяльності дітей з ДЦП характеризуються уповільненим темпом обробки інформації та зниженням обсягу оперативної пам'яті; це зумовлює потребу в адаптації навчальних методів до їх можливостей сприйняття.

Емоційно-вольова сфера. Діти з церебральним паралічем мають підвищений ризик емоційних і поведінкових труднощів. Дослідження показують, що у порівнянні з однолітками такі діти частіше страждають на тривожність, емоційну нестабільність, замкнутість або навпаки імпульсивність. У старшому дошкільному віці може формуватися усвідомлення своєї “неподібності” до інших, що нерідко призводить до появи комплексів меншовартості та уникання соціальних ситуацій. За спостереженнями, навіть діти з відносно збереженим інтелектом часто невпевнені у собі, несамостійні, легко піддаються навіюванню. Це пов'язано як з особливостями нервової системи, так і з виховними чинниками (гіперопіка або, навпаки, фрустрація у сім'ї). Вольова саморегуляція в дітей з ДЦП часто є “слабким місцем”: їм притаманне уникання складних завдань, небажання докладати додаткових зусиль у разі невдачі, уповільненість у пошуку власних помилок. Для виконання діяльності таким дітям потрібна стимуляція і підтримка дорослих – заохочення, схвалення кожного кроку. Зниження самоконтролю проявляється у труднощах дотримання інструкцій та регуляції поведінки: швидка виснажуваність нервових процесів обмежує довільну увагу і наполегливість у досягненні мети. Водночас, за належного педагогічного підходу

емоційно-вольова сфера піддається корекції: зокрема, через спеціальні ігри на розвиток самоконтролю та методи арт-терапії можна навчити дитину керувати емоціями і долати невпевненість.

Моторно-локомоторна сфера. Рухові порушення при ДЦП визначають специфіку всього розвитку дитини. Ураження рухового аналізатора може мати різні форми: спастична диплегія (найпоширеніша; уражено переважно ноги, спостерігається м'язова спастичність), геміпарез (однобічне ураження руки і ноги), гіперкінетична форма (атетоїдні мимовільні рухи), атаксична форма (порушення рівноваги та координованості) тощо. Спільним для всіх форм є обмеження моторики та труднощі виконання точних рухів. Діти з тяжкими руховими розладами не можуть самотійно пересуватися; навіть при легких формах у них відзначаються особливості ходи, порушення постави, знижена спритність дрібних рухів рук. Це впливає і на засвоєння навичок самообслуговування, і на ігрову діяльність: наприклад, дітям складно маніпулювати дрібними предметами, тримати олівець чи ложку, вони швидко стомлюються від фізичних зусиль. Часто спостерігаються порушення функції кистей і пальців – так звані мікромоторні проблеми, які тісно корелюють із розвитком мовлення та мислення. За відсутності цілеспрямованої реабілітації можливі вторинні ортопедичні ускладнення (контрактури суглобів, деформації кінцівок). Важливо зазначити, що рухові розлади заважають дітям з ДЦП активно пізнавати навколишній світ: обмежена мобільність звужує їхній сенсорний досвід, що, у свою чергу, гальмує когнітивний розвиток. Тому програми допомоги обов'язково включають фізичну реабілітацію, розвиток дрібної моторики паралельно з інтелектуальним навчанням.

Комунікативна сфера. Мовленнєвий розвиток дітей з ДЦП тісно пов'язаний із переліченими вище сенсорно-руховими та когнітивними особливостями. Понад 60% дітей з церебральним паралічем мають ті чи інші мовленнєві вади – від незначної артикуляційної нечіткості до повної відсутності мовлення

(анартрії). Найпоширенішим мовленнєвим порушенням при ДЦП є дизартрія – порушення звуковимови, голосоутворення та просодики, обумовлене недостатньою іннервацією м'язів мовленнєвого апарату. Дизартрія проявляється нечіткою артикуляцією майже всіх груп звуків і розладом просодичної сторони мовлення (монотонність, неправильний темп, ритм). У дітей зі спастичними формами ДЦП (псевдобульбарна дизартрія) спостерігається гіпертонус артикуляційних м'язів, що утруднює вимову особливо складних звуків (шиплячих, свистячих); нерідко бувають напади поперхування під час мовлення через спастичність язика та глотки. При гіперкінетичній формі (атетоїдний синдром) мимовільні рухи призводять до раптових змін сили голосу та тембру: мовлення то ледь чутише шепотом, то раптово гучне та зірване. Якщо уражено мозочок (атаксічна форма), мовлення набуває скандованого, розірваного характеру, темп уповільнений з неочікуваними паузами[2]. У багатьох дітей з ДЦП також відзначаються порушення мовленнєвого дихання: вони швидко вичерпують видихальний потік, вимовляючи лише короткі фрази, через що розмова уривчаста, з частими паузами[3]. Таким чином, сама можливість ефективної мовної комунікації виявляється обмеженою як фізично (артикуляційно), так і функціонально (прагматично). Ці діти часто зустрічаються з комунікативними бар'єрами: співбесідники не завжди розуміють їхню вимову, або ж, навпаки, сторонні можуть несвідомо недооцінювати інтелект дитини через її мовленнєві вади. Як наслідок, малюки з тяжкою дизартрією менше ініціюють контакти і рідше беруть участь у діалогах з однолітками. Вже в ранньому віці спостерігаються труднощі встановлення спільної уваги з батьками, скорочення гукань і лепету; якщо мовлення не зрозуміле, дитина може виявляти фрустрацію, плачучи або відходячи від взаємодії. У підлітковому віці фізичні та мовленнєві дефекти перешкоджають повноцінному спілкуванню з однолітками, що посилює соціальну ізоляцію. Отже, комунікативний розвиток дітей з ДЦП потребує

створення спеціальних умов, за яких мовленнєві бар'єри мінімізуються, а кожна дитина відчуває себе прийнятою в колективі.

Таким чином, психолого-педагогічний портрет дитини з ДЦП характеризується складним поєднанням моторних, когнітивних та емоційних особливостей, що взаємно впливають одне на одне[4]. Рухові обмеження гальмують сенсорний досвід і мовленнєву практику, пізнавальні труднощі ускладнюють навчання навичкам спілкування, а емоційні проблеми (тривожність, невпевненість) можуть посилювати соціальні бар'єри. Водночас, досвід корекційної роботи свідчить, що за умови раннього втручання, індивідуального підходу та підтримуючого середовища ці діти здатні до прогресу. Необхідно забезпечити комплексну реабілітацію: поєднання медичних, фізичних, психологічних і педагогічних заходів. Особливе місце займає розвиток комунікативної сфери, адже успішне спілкування відкриває дітям шлях до навчання, дружби і самореалізації. Сучасна спеціальна освіта намагається зруйнувати комунікативні бар'єри, забезпечивши безбар'єрність для дітей з ДЦП у всіх аспектах життя. В наступних підрозділах розглядається мовленнєвий компонент цього профілю та підходи до формування комунікативної поведінки дошкільників з мовленнєвими порушеннями.

1.2. Особливості мовленнєвих порушень при дизартрії

Дизартрія у дітей дошкільного віку є одним з найбільш складних для подолання мовленнєвих розладів, пов'язаних із органічним ураженням центральної нервової системи. Під цим терміном розуміють порушення усієї вимовної сторони мовлення – звуковимови, голосу, інтонаційно-ритмічних компонентів – обумовлене дефіцитом іннервації мовленнєво-рухових м'язів. На відміну від афазії чи алалії, при дизартрії не страждає мовна компетенція на рівні розуміння чи побудови фраз; натомість основний дефект – моторна реалізація мовлення, тобто здійснення мовленнєвої діяльності на фізичному рівні

(артикуляція, фонація, дихання). Клінічна картина дизартрії була вперше описана понад століття тому і досі доповнюється дослідженнями, що уточнюють неврологічні механізми цього розладу. В дошкільному віці дизартрія найчастіше виступає як синдром у структурі ДЦП (за статистикою, у 65–85% дітей з ДЦП спостерігається дизартричне порушення мовлення). Також можливі випадки “ізолюваної” дизартрії, пов’язані з іншими ураженнями ЦНС – наприклад, наслідками нейроінфекцій, черепно-мозкових травм, генетичних синдромів.

Механізми мовленнєвого дефекту. Основу дизартрії становить недостатність іннервації мовленнєвого апарату – дихального, голосового, артикуляційного. Це означає, що імпульси з мозку не доходять у потрібному обсязі чи з потрібною координацією до м’язів гортані, язика, губ, піднебіння, глотки, грудної клітки тощо. У результаті порушується кінетична основа мовлення: дитина не здатна виконувати точні, диференційовані та швидкі рухи органів артикуляції, необхідні для чіткої вимови звуків. Наприклад, щоб правильно вимовити звук [р], потрібна тонка координація швидких коливальних рухів язика; при дизартрії такий рух може бути неможливим через парез під’язикового нерва або загальну спастичність язика. Аналогічно, для звуків [с], [з], [ш] потрібна певна форма язика і контроль повітряного струменя – але гіпертонус м’язів може призвести до надмірного напруження та перекриття струменя. Таким чином, артикуляційні порушення є провідним дефектом при дизартрії. Вони проявляються нечіткістю, “розмитістю” звуків, спотвореннями їхнього звучання. Дитина може замінювати складні звуки простішими (наприклад, [ш]→[с] або пропускати приголосні кластери), хоча це не стільки фонологічна помилка, як наслідок неможливості фізично вимовити звук правильно.

Другим важливим механізмом є порушення мовленнєвого дихання. Через слабкість або некоординованість дихальних м’язів (діафрагми, міжреберних) діти з дизартрією не забезпечують тривалого і рівномірного видиху під час фрази[3].

Як наслідок, мовлення набуває характеру уривчастого: дитина говорить короткими відрізками, часто перериваючись для вдиху. До кінця фрази голос затихає, останні слова вимовляються ледве чуто[3]. Також можливе невідповідне чергування вдих/видих (дитина починає говорити ще на вдиху або занадто пізно на видиху), що погіршує звучання фрази. У тяжких випадках мовленнєве дихання настільки слабе, що голос звучить лише пошепки, без належної сили.

Третім компонентом дизартричного синдрому є голосові розлади. Вони пов'язані з ураженням іннервації м'язів гортані (наприклад, парезом поворотного нерва). У дітей із булбарними формами дизартрії часто відзначають дисфонію – голос слабкий, хриплий, з відтінком гугнявості. Назалізація голосу виникає через недостатнє підняття м'якого піднебіння (парез язикоглоткового нерва) і призводить до “носового” відтінку навіть за відсутності нежитю. При спастичній (псевдобулбарній) дизартрії, навпаки, може спостерігатися “спастичний” голос – надмірно гучний, напружений, з різкими видиховими поштовхами звуку. Будь-які відхилення голосу (тихий, хрипкий чи надто різкий) знижують виразність мовлення та утруднюють його сприйняття оточуючими.

Нарешті, дизартрія охоплює просодичні порушення – тобто ненормальну інтонаційну і ритмічну організацію мовлення. Через описані вище порушення дихання і координації рухів у дітей часто порушений темп мовлення: він або надто повільний, з подовженням звуків і паузами, або прискорений і “змазаний”[3][5]. Інтонація зазвичай бідна, монотонна – мова видається “немелодійною”, позбавленою емоційного забарвлення. Дитині важко змінювати висоту тону і наголошувати ключові слова, тому її висловлювання можуть сприйматися як одноманітні або неправильно розставлені за змістом акценти. Порушений ритм і мелодика мовлення впливає на розуміння комунікативних намірів: співрозмовникам важче зрозуміти, чи це питання, чи твердження, чи яку

емоцію хоче виразити дитина. Все це знову ж таки знижує ефективність комунікації.

Наведені компоненти дефекту – артикуляційний, дихально-фонаційний, просодичний – утворюють єдиний симптомокомплекс дизартрії. У конкретної дитини їх вираженість залежить від форми та тяжкості порушення. Прийнято розрізняти кілька клінічних форм дизартрії за локалізацією ураження нервової системи. Зокрема:

- Булбарна форма. Ураження ядер або корінців черепних нервів (людиновидного нервового стовбура). Характеризується в'ялими парезами м'язів язика, губ, гортані. Спостерігаються порушені рефлекси смоктання і ковтання, гіперсаливація (надмірне слиновиділення). Мовлення практично незрозуміле: анартрія або важка дизартрія з повною відсутністю звуків, окрім вокалізацій. Голос дуже тихий, гугнявий, часто осиплий. Дитина не може нормально жувати і ковтати – потребує годування через зонд чи спеціальну дієту. Булбарна форма рідко зустрічається у чистому вигляді в дошкільників, частіше – як елемент тяжкої подвійної геміплегії при ДЦП.

- Псевдобульбарна форма. Найпоширеніший варіант дизартрії у дітей з ДЦП (при двосторонньому ураженні кірково-ядерних шляхів). Характеризується спастичним паралічем мовних м'язів: нижня щелепа, язик, губи – у підвищеному тонусі. Дитині важко тонко диференціювати рухи: язик ніби “дерев'яний”, губи напружені. Через це порушена вимова всіх приголосних звуків: особливо страждають звуки, що вимагають точного положення язика (звук [р] відсутній або дуже спотворений, [л] зміщується до [в], шиплячі і свистячі важко розрізнити). Мова малозрозуміла. Голос часто напружений, можливі судомні повтори звуків (як елементи заїкання на спастичному ґрунті). Характерний симптом – емоційно лабільний сміх і плач (так званий псевдобульбарний симптом): дитина може раптово плакати чи сміятися без причини внаслідок порушення іннервації. Псевдобульбарна дизартрія може мати

варіанти: спастико-паретичний (переважає слабкість рухів) або спастико-ригідний (переважає тугорухомість, “закляклість” пози). В усіх випадках необхідно тривале логопедичне втручання для покращення вимови.

- Екстрапірамідна (гіперкінетична) форма. Виникає при ураженні підкоркових ядер, зокрема блідої кулі, стріатума. Проявляється мимовільними рухами (гіперкінезами) у м'язах обличчя, артикуляційної мускулатури, гортані. Наприклад, при спробі вимовити звук можуть виникати посмикування щоки або раптове судомне закривання гортані. Мовлення дуже неритмічне і непослідовне: то дитина говорить відносно нормально, то раптом звуки “зриваються”, голос то тихий, то надмірно гучний. Інтонація і наголоси хаотичні. Спостерігається порушення тембру – голос може мати відтінок стогнання, кряхтіння через мимовільні скорочення дихальних м'язів. На відміну від псевдобульбарної форми, при гіперкінетичній дизартрії м'язовий тонус може коливатися від гіпо- до гіпертонусу, тому артикуляція то надто розслаблена, то переривається спазмами. Це дуже утруднює автоматизацію звуків: дитина може вивчити окремо правильну вимову звуку, але в спонтанному мовленні через гіперкінези він знов спотворюється. Така форма дизартрії також часто поєднується з загальною гіперкінетичною формою ДЦП (атетоїдним), тож у дітей зберігається нормальна сила м'язів, але рухи недоречно “включаються” і заважають мовленню.

- Мозочкова (атаксічна) форма. Пов'язана з ураженням мозочка або його провідних шляхів. Характерна атонічно-астатична дизартрія: знижений тонус м'язів артикуляції (атонія) і порушення їх координованості (астазія). Язик може бути млявим, “розпластаним”, обсяг рухів малий. При спробі вимовити довший вислів виникають збиваючі рухи – наче дитина не може вчасно зупинити чи змінити артикуляцію. Мовлення скандоване: нагадує вимову по складах із ненормальними паузами. Інтонація сплюснена, наголоси неправильні. Проте голос зазвичай не тихий (м'язова слабкість компенсується дещо), і розуміння оточуючими може бути кращим, ніж при спастичній чи гіперкінетичній формах.

Мозочкова дизартрія часто зустрічається при атаксичному ДЦП; у частини дітей вона може пом'якшуватися з віком завдяки компенсації з боку кори головного мозку.

Окрім зазначених основних форм, у клініці виділяють також коркову дизартрію (пов'язану з ураженням мовленнєвих зон кори) та стерту (мікросимптоматичну) дизартрію. Стерта форма дизартрії особливо цікавить логопедів, оскільки вона трапляється навіть у дітей без ДЦП – це легкий ступінь порушення іннервації, коли немає явних паралічів, але спостерігаються незначні порушення артикуляторної моторики і просодики. У групах дітей із загальним недорозвитком мовлення (ЗНМ) частка стертої дизартрії, за деякими даними, досягає 50%. Такі діти виглядають нібито з дислалією (просто неправильно вимовляють звуки), але корекція в них іде значно повільніше і важче. Стерта дизартрія характеризується, зокрема, порушенням просодичних компонентів: сила голосу, темп, ритм і інтонація в них відхиляються від норми. Часто є і легкі порушення рухової сфери, тону м'язів. Вчасне виявлення стертої дизартрії дуже важливе, щоб надати дитині адекватну допомогу.

Для логопедичної практики важливо не лише класифікувати дизартрію за формами, а й оцінити ступінь тяжкості. Прийнята орієнтовна градація: легка (стерта) – мовлення зрозуміле, дефекти виявляє тільки спеціаліст; середньої тяжкості – мовлення розбірливе частково, для сторонніх малозрозуміле; тяжка – мовлення практично нерозбірливе, дитина використовує жести і окремі звуки для спілкування. Від ступеня залежить тактика допомоги: при легких формах акцент на виправленні звуковимови і темпу, при середніх – потрібен тривалий курс корекції всіх компонентів мовлення, при тяжких – навчання альтернативної комунікації (жестової мови, картинок) паралельно з логопедичною роботою.

Симптоматика дизартрії у дошкільників. У поведінці дітей 3–6 років ознаки дизартрії досить помітні уважному фахівцю чи батькам. Основний зовнішній симптом – нечітка, “каша” в роті мовленнєва продукція. Дитина розмовляє

невиразно, оточуючим важко зрозуміти навіть прості слова. Часто спостерігається гіперсалівація – постійне підтікання слини, оскільки порушена функція ковтання зайвої слини. Міміка може бути маловиразною: рот привідкритий (через слабкість губ), або навпаки губи надто зціплені спастично. Язик нерідко займає неправильне положення – випадає з рота мляво чи відхилений набік. У немовлят із ранніми проявами дизартрії відзначають відсутність нормального гуління і лепету в віці 6–9 місяців; перші слова з’являються із великим запізненням (після 2 років). Такі дітки видають лише окремі звуки, можуть звучати “ніби у носі”. В дошкільному віці помітні артикуляційні труднощі: дитина не може висунути язик далеко чи підняти його вгору, їй важко надути щоки чи свиснути. Під час їжі спостерігається розлиття рідкої їжі з рота, часте поперхування – це ознаки бульбарних розладів.

Сукупність вказаних розладів зумовлює зниження зрозумілості мовлення (інтелігібільності). Оточуючі, не звикши до манери мовлення дитини, часто не спроможні розібрати її слова або розуміють їх лише в контексті ситуації. За дослідженнями, неінтелігібельне мовлення (менше 20% зрозумілого для незнайомих слухачів) спостерігається у значної частини дітей з ДЦП та дизартрією середнього і тяжкого ступеня. Це означає, що без спеціальних заходів комунікація такої дитини з зовнішнім світом буде вкрай обмеженою. Окрім соціальних наслідків, тривале існування дизартрії негативно впливає на формування особистості: у дитини можуть розвинутися комунікативна сором’язливість, звичка мовчати в присутності сторонніх, психологічні бар’єри. В подальшому це веде до порушень адаптації: зокрема, складнощів при навчанні грамоти (через нерозвинену фонематичну основу) та при соціалізації в школі.

Структура мовленнєвого дефекту і корекційна робота. Логопеди розглядають дизартрію як багаторівневий розлад, що вимагає системного підходу до подолання. Відповідно виділяють такі напрями корекційної роботи: (1) розвиток артикуляційної моторики – зняття патологічного тону, вироблення

нових координованих рухів; (2) нормалізація мовленнєвого дихання та голосу – дихальні вправи, фонопедичні прийоми для покращення звучності голосу; (3) формування правильної звуковимови – постановка звуків, автоматизація в словах і фразах; (4) розвиток просодичної виразності – інтонаційні вправи, логоритміка; (5) розвиток мовленнєвої активності – стимуляція вживання мови у різних ситуаціях, подолання мовленнєвих бар'єрів. Ці компоненти тісно взаємопов'язані. Наприклад, без достатнього мовленнєвого дихання дитина не зможе говорити фразами; без базових артикуляційних умінь неможливо поставити чисті звуки. Тому корекційна програма має будуватися на урахуванні структури дефекту – своєрідної архітектури мовленнєвих і немовленнєвих порушень у кожної дитини. Дослідження підтверджують, що у дітей з дизартрією зазвичай страждають і суміжні функції: зорово-просторова орієнтація, слухова пам'ять, темп психічних реакцій. Тому логопедична робота потребує командного підходу: участі психолога, дефектолога, фізичного реабілітолога. Лише комплексний вплив – одночасно на моторику, сенсорику, мовлення – забезпечує суттєвий прогрес. У наступних розділах буде розглянуто, яким чином сучасні психолого-педагогічні підходи сприяють формуванню комунікативної поведінки дітей з дизартрією, та які спеціальні методики можуть компенсувати їхні мовленнєві вади.

Схема 1.2. Структура мовленнєвого дефекту при дизартрії та його вплив на комунікативний результат (артикуляційний компонент → фонетико-фонематичний → просодичний → комунікативна ефективність).

(Примітка: Схема 1.2 умовно показує, що первинні артикуляційно-моторні порушення призводять до викривлення звуків і бідності фонематичного розвитку; разом ці дефекти зумовлюють монотонність і порушення ритму мовлення (просодика), а в кінцевому підсумку – ускладнюють розуміння мовлення співрозмовниками та знижують ініціативність дитини у спілкуванні.)

1.3. Поняття та структура комунікативної поведінки

Термін “комунікативна поведінка” вживається на позначення сукупності дій і реакцій індивіда в процесі спілкування з іншими людьми. Це поняття охоплює як вербальні висловлювання, так і невербальні сигнали (жести, міміку, поставу, тон голосу), а також стилі, стратегії взаємодії, яких людина дотримується відповідно до соціальних норм та власних цілей. Іншими словами, комунікативна поведінка – це *стратегія і тактика реального спілкування* в конкретних ситуаціях. У дітей дошкільного віку комунікативна поведінка тільки формується, відображаючи розвиток мовлення, емоційної сфери та соціального досвіду дитини. В сучасній психолого-педагогічній літературі наголошується, що успішне оволодіння засобами спілкування є однією з базових характеристик готовності до життя в суспільстві. Через спілкування дитина задовольняє потребу у взаємодії, пізнає світ людей, розвиває самосвідомість. Так, оволодіння мовним спілкуванням створює передумови для специфічно людських соціальних контактів та збагачує образ світу дитини.

Комунікація має динамічний характер і розглядається як *інтерактивний процес обміну повідомленнями*. У спрощеному вигляді його можна описати так: виникнення наміру → кодування його в повідомлення (словами чи жестами) → передача партнеру та сприйняття ним → реакція партнера (вербальна чи невербальна) → оцінка реакції та за потреби корекція власної поведінки. Отриманий від співрозмовника зворотний зв'язок дає змогу людині орієнтуватися, наскільки правильно її зрозуміли, і відповідно змінити тактику спілкування. У дорослих цей цикл відбувається здебільшого автоматично. Дошкільник же ще вчиться “налагоджувати” його: опановує формулювання зрозумілих повідомлень, інтерпретацію реакцій іншого, гнучку зміну своїх висловлювань. Таким чином, комунікативна поведінка дитини – це цілеспрямована активність у ситуації спілкування, що включає вміння ініціювати контакт, підтримувати діалог і досягати взаєморозуміння.

З точки зору структури, можна виділити кілька основних компонентів комунікативної поведінки дошкільника. Аналіз літератури дозволяє визначити такі компоненти (деякі автори пропонують схожі структури, наприклад виділяючи мотиваційний, когнітивний, емоційний та поведінковий блоки):

- Мотиваційний компонент – це *потреба і спонукання до спілкування*. Він охоплює комунікативні мотиви, цікавість до взаємодії, прагнення привернути увагу дорослого чи однолітка, бажання обмінятися інформацією або отримати схвалення. У нормі дошкільники дуже соціально орієнтовані: вони шукають компанії, ставлять багато запитань, діляться враженнями. Формування мотиваційної сторони комунікації пов'язане з емоційним благополуччям: дитина, яка відчуває успіх у спілкуванні, зазвичай більш ініціативна. Натомість діти з частими комунікативними невдачами можуть втрачати інтерес до взаємодії, уникаючи її. При дизартрії мотиваційний компонент часто страждає: не завжди через відсутність потреби, а через негативний досвід нерозуміння. Наприклад, якщо дитину погано розуміють, вона поступово зменшує мовні ініціативи, воліє грати мовчки або діяти самотійно. Дослідження показують, що діти з тяжкими порушеннями мовлення значно рідше ініціюють комунікацію, ніж їхні більш благополучні в мовному плані однолітки. Таким чином, для роботи з такими дітьми важливо стимулювати комунікативні мотиви – через ігрові ситуації, де мовлення необхідне для досягнення мети, через емоційно насичені взаємодії, що приносять дитині радість і відчуття успіху.

- Когнітивний компонент – це *розуміння комунікативних сигналів та ситуацій*. Він включає як мовленнєве розуміння (дітей навчають розуміти звернене мовлення, інструкції, зміст почутого тексту), так і соціально-перцептивні навички (вміння “читати” міміку, жести, інтонацію співрозмовника). Дошкільник має усвідомлювати елементарні правила спілкування – наприклад, що слід чекати черги у розмові, дивитися на того, до кого звертаєшся, говорити *по темі* тощо. Когнітивна складова також охоплює словниковий запас і кругозір,

які дозволяють дитині будувати змістовні висловлювання. У дітей з дизартрією когнітивний компонент комунікації може бути відносно збереженим або порушеним залежно від рівня інтелекту. Якщо інтелект неушкоджений, дитина розуміє звернену мову адекватно; однак їй все одно складніше інтерпретувати невербальні сигнали інших людей через обмежений досвід (наприклад, вона може не розпізнати швидко вираз обличчя гніву або сарказм в інтонації). Також через дефекти вимови у дітей часто *звужений активний словник*: вони уникають слів, які важко вимовити, а отже концептуальна картина світу може бідніти. Крім того, відмічаються труднощі концентрації уваги в процесі сприйняття мовлення – дитині з порушеннями моторики важче, наприклад, одночасно слухати і дивитися, вона легко відволікається. Корекційна робота над когнітивним компонентом включає розвиток слухового сприймання (ігри “Хто що сказав?”, “Впізнай за голосом”), тренування розуміння міміки (гратися з емоційними картками, дзеркалом), розширення словника, навчання основ етикету (коли і як вітатися, прощатися, дякувати). Важливо також навчити дітей з особливими потребами користуватися *контекстом* для розуміння: наприклад, якщо вони не розібрали слова співрозмовника, то дивитися на ситуацію, предмети, що можуть підказати зміст.

- Вербальний та невербальний компонент – це *сукупність засобів спілкування*, якими володіє дитина. Вербальні засоби – власне мовлення: словниковий запас, граматичні вміння, вимова. Невербальні – жести, міміка, пантоміміка, пози, контакт очей, дистанція спілкування. У нормі дошкільник активно використовує і те, й інше: він говорить фразами, водночас емоційно жестикулює, змінює вираз обличчя відповідно до своїх слів. Вербально-невербальна координація – важлива ознака комунікативної компетентності. У дітей з ДЦП цей компонент страждає суттєво. Вербальні засоби обмежені: як було розглянуто в п.1.2, їхнє спонтанне мовлення бідніше, менш зрозуміле і не таке різноманітне, як у здорових дітей. Невербальні засоби теж зазнають

дефіциту: порушення рухів обмежує жестикуляцію (дитина може не махати на прощання через спастичність руки чи поганий баланс), міміка часто маскоподібна або маловиразна, зоровий контакт може порушуватися через неконтрольовані рухи очей чи шийного відділу. Наприклад, дослідники відзначають, що порушення рухів при ДЦП заважають адекватно використовувати жести та міміку: обличчя відображає не завжди те, що дитина хоче, рухи тіла не співпадають з мовленням. Це створює додаткові бар'єри: навіть коли дитина прагне компенсувати погану вимову жестом, він може виявитися нечитабельним для партнера. Тому завдання педагогів – навчити альтернативним способам вираження. Зокрема, є методики жестового супроводу мовлення: дитину навчають користуватися елементарними жестами (“так”, “ні”, “дай”, “іди сюди”), щоб підкріплювати свої слова. Також застосовують картинки-піктограми: дошкільник може показати картку “пити”, якщо хоче пити, замість того щоб багаторазово повторювати нерозбірливо слово. Вербальний компонент розвивається шляхом логопедичних занять, а невербальний – через спеціальні ігри (“Покажи, який ти злий/радий”, “Відгадай жест”). Формування цього аспекту комунікативної поведінки сприяє тому, що дитина має більше інструментів для донесення думки.

- Регуляційний компонент – це *уміння керувати процесом спілкування*, дотримуватися правил та реагувати на партнера. Він проявляється в навичках ведення діалогу: вмінні почати розмову (звернутися, привернути увагу), підтримати її (ставити питання, відповідати розгорнуто, не переривати), зрозуміти, коли тема змінюється, і переключитися. Також до регуляційного аспекту належить *адекватність реакцій*: коли дитина правильно реагує на зауваження, прохання, жарти, виражає ввічливість. Дошкільники лише опановують ці складні вміння; часто вони ще перебивають, говорять одночасно, не вміють слухати – це нормальні вікові явища. Водночас до 6 років більшість дітей вже розуміє базові правила комунікації. У дітей із дизартрією регуляційний

компонент суттєво відстає. Причини – як у мовленнєвій сфері, так і в загальній неспішності психічного розвитку. Вони можуть невчасно відповісти (бо довго формулюють думку або вимовляють її повільно), через що діти-однолітки втрачають інтерес чекати. Часто такі малюки порушують чергу в розмові не зі злого наміру, а бояться, що їх не вислухають до кінця. Може спостерігатися нерозуміння комунікативних ситуацій – наприклад, дитина з особливими потребами не завжди здатна розпізнати гумор чи сарказм, що призводить до комунікативних збоїв. Також у них відзначають брак навичок саморегуляції в спілкуванні: вони або надто пасивні (мовчать, навіть якщо треба відповісти), або надто активні (нав'язливо повторюють одне і те ж, не відстежуючи реакції співрозмовника). Завдання педагогів – навчити правилам і стратегіям спілкування. З дітьми з дизартрією треба програвати типові ситуації: “Як познайомитися з другом”, “Як попросити про допомогу”, “Як почати гру разом”. Рольові ігри, сюжетно-рольові заняття дуже допомагають: у безпечній атмосфері дитина тренує регуляцію комунікативної поведінки. Крім того, важливо розвивати слухання і розуміння реакцій: тренувати увагу до співрозмовника (наприклад, гра “Вгадай за інтонацією, чи сподобалося товаришу те, що ти сказав”).

Очевидно, що дизартрія опосередковано впливає на всі компоненти комунікативної поведінки дитини. Первинний дефект мовленнєвої артикуляції спричиняє низку вторинних труднощів – зниження мотивації говорити, збіднення словника, відставання у діалогічних навичках. За влучним висловом Л.С. Виготського, первинний дефект “запускає ланцюг” вторинних відхилень, що поширюються і на сферу спілкування. Тому в корекційній роботі з такими дітьми особливий акцент робиться на формуванні комунікативної компетентності – інтегральної здатності ефективно взаємодіяти з іншими. Ця компетентність передбачає і достатній рівень мовленнєвого розвитку, і певні соціальні вміння, і позитивну мотивацію до контакту.

В українській науковій літературі комунікативну компетентність старших дошкільників часто визначають як інтегрований результат оволодіння усіма компонентами – мовними, соціально-психологічними та діяльнісними. Розвиток такої компетентності у дітей з порушеннями мовлення є складним, але досяжним завданням. Необхідно паралельно працювати над мовленнєвими навичками (щоб дитина мала чим спілкуватися) і над соціально-комунікативними (щоб знала, як і навіщо спілкуватися). Вербальні і невербальні засоби комунікації мають розвиватися синхронно. Наступна таблиця ілюструє деякі з цих засобів та типові для дітей з ДЦП їхні обмеження:

В педагогіці дошкільників з ООП застосовуються такі поняття, як комунікативна активність та комунікативна компетентність. Перше означає частоту і продуктивність комунікативних дій дитини – тобто наскільки охоче і успішно вона вступає в контакти. Друге – якісний показник, що відображає рівень сформованості знань, умінь і навичок спілкування. Комунікативна компетентність дошкільників з дизартрією, за визначенням І.В. Баранець, є інтегрованим результатом засвоєння ними комунікативних умінь з урахуванням мовленнєвих можливостей. Практично це проявляється як здатність дитини, незважаючи на фізичні обмеження, встановлювати емоційний і смисловий контакт з іншими людьми, бути зрозумілою для них та розуміти їх. У подальших підрозділах буде розглянуто психолого-педагогічні підходи і методи, що застосовуються для розвитку цієї компетентності у дітей з порушеннями мовлення та моторики.

1.4. Аналіз психолого-педагогічних підходів до розвитку комунікативної діяльності

Розвиток комунікативної діяльності дітей дошкільного віку з мовленнєвими та моторними порушеннями здійснюється на стику кількох наукових підходів. Сучасна корекційна педагогіка застосовує

мультидисциплінарний підхід, що поєднує досягнення психології, лінгвістики, неврології та власне педагогіки. Нижче розглянуто ключові наукові підходи, які зарекомендували себе в роботі з дітьми, що мають дизартрію при ДЦП:

Діяльнісний підхід. Базується на теорії Л.С. Виготського, О.М. Леонтьєва про провідну роль діяльності у розвитку психіки дитини. Суть у тому, щоб комунікативні навички формувалися *в процесі самої діяльності*, а не відокремлено. Для дошкільника провідною діяльністю є гра, тому даний підхід передбачає організацію різноманітних ігрових ситуацій, де спілкування необхідне і природне. Наприклад, у сюжетно-рольовій грі “магазин” дитина мусить говорити (просити товар, дякувати), і це стимулює її до мовленнєвої активності. За діяльнісним підходом, спілкування інтегрується в усі види активності: ігрову, побутову, навчальну. Педагог не просто навчає говорити правильні фрази, а створює умови, де дитина діє й одночасно спілкується. Це відповідає принципу природовідповідності розвитку – мовлення розвивається органічно, коли дитина зайнята цікавим завданням. Для дітей з дизартрією діяльнісний підхід цінний тим, що знімає акцент з їхнього дефекту і дозволяє їм *навчатися спілкуванню ненав’язливо*. Наприклад, граючи в ляльковий театр, дитина тренує вимову, навіть не відчуваючи прямого “уроку”. Ще один аспект – поєднання моторного і мовленнєвого: у рухливих іграх, логоритміці, піснях задіюється і тіло, і слово. Це особливо ефективно при порушеннях рухливості, бо стимулює цілісну активність. Діяльнісний підхід, таким чином, забезпечує принцип природності і включеності: комунікація формується *в дії*, в реальному контексті, що підвищує її практичну значущість для дитини.

Особистісно орієнтований підхід. В центрі уваги цього підходу – *особистість дитини, її унікальні особливості, потреби і потенціал*. Він виріс із гуманістичної психології (К. Роджерс та ін.) та здобув розвиток у працях українських педагогів про виховання дітей з особливими потребами. Сутність полягає в тому, щоб розглядати дитину не як “носія дефекту”, а як активного

суб'єкта з власним темпом розвитку. Спілкування з дитиною будується на засадах прийняття, довіри, партнерства. Конкретно це означає, що педагог підлаштовує програми під інтереси та можливості кожної дитини, надає їй право вибору в діяльності, враховує її емоційний стан. Наприклад, якщо дитині важко промовити слово, особистісно орієнтований підхід не змушує її десятки разів повторювати до сліз, а пропонує альтернативу – сказати інакше чи показати жестом, поступово підводячи до правильного мовлення без травми. Цей підхід передбачає підтримку позитивної самооцінки дитини: завдання даються посильні, кожне досягнення, яким би малим не було, підкріплюється похвалою. У роботі над комунікативною поведінкою це надзвичайно важливо, адже діти з дизартрією часто невпевнені у своїх мовних силах. Особистісно орієнтований педагог створює атмосферу успіху, де помилки не ~~на~~чуються, а долаються спільно. Також враховуються індивідуальні вподобання дитини: якщо вона любить машинки – спілкування розвивається через ігри з машинками тощо. Дослідження підтверджують, що гуманістичний підхід суттєво підвищує ефективність корекції, оскільки дитина залучена і мотивована брати участь. Отже, особистісно орієнтований підхід забезпечує принцип емоційного комфорту і партнерства у навчанні спілкуванню.

Нейропсихологічний підхід. Ґрунтується на використанні знань про мозкову організацію мовлення та інших вищих функцій для побудови корекційної роботи. Його засновниками можна вважати О.Р. Лурія та його послідовників. Суть підходу: діагностувати, які саме мозкові зони та функціональні блоки дають збій, і *цілеспрямовано тренувати* їх шляхом спеціальних вправ. Наприклад, якщо у дитини слабкість лівої півкулі (мовні зони), то акцент робиться на вправи, що стимулюють фонематичний слух, мовну пам'ять. Якщо проблема у підкоркових структурах (координація рухів, тонус) – застосовуються сенсомоторні методики: нейрокорекційна гімнастика, кінезіотерапія, методи прикладного аналізу поведінки з акцентом на сенсорну

інтеграцію. Для розвитку комунікації за цим підходом використовуються прийоми нейропсихологічної корекції: ритмічні вправи, чергування рухів для активації міжпівкульної взаємодії, пальчикова гімнастика для стимуляції мовних зон тощо. Наприклад, відомо, що розвиток мовлення тісно пов'язаний з моторикою пальців – і спеціальні масажі, ігри “сорока-ворона”, перебирання дрібних предметів стимулюють мовленнєві центри мозку. Такі методики входять в арсенал логопеда. Нейропсихологічний підхід також приділяє увагу *когнітивним стратегіям*: вчить дитину користуватися сильнішими каналами (наприклад, більше опиратися на зір, якщо слухова пам'ять слабша). Тобто, якщо дитина не може запам'ятати слово на слух – їй показують картинку, форму слова візуально, залучають моторне проговорювання, тим самим компенсуючи дефіцит. Цей підхід дає розуміння, що комунікативна поведінка – поліфункціональний акт, і корекція має йти як “зверху” (свідоме навчання правилам спілкування), так і “знизу” (поліпшення базових нейро-функцій). В Україні набуває поширення нейропсихологічна реабілітація дітей з ДЦП, зокрема методика динамічної пропріоцептивної корекції, яка впливає і на мозочок, і на кору. У поєднанні з логопедичною роботою це дає позитивні результати: покращується загальна реактивність нервової системи, що сприяє кращому засвоєнню комунікативних навичок.

Логопедично-корекційний підхід. Він є традиційним у вітчизняній дефектології і полягає у систематичній роботі над *усуненням мовленнєвих вад* та розвитком мовлення. Для дітей з дизартрією цей підхід означає комплекс логопедичних занять, спрямованих на поставлення звуків, розвиток мовленнєвого дихання, нормалізацію голосу, інтонування, збагачення словника та формування зв'язного мовлення. Важливими елементами є логопедичний масаж (для зниження спастичності в артикуляційних м'язах), пасивна та активна гімнастика органів мовлення, постановка звуків за допомогою зондів чи механічних пристроїв (наприклад, для підняття язика). Логопедична робота

завжди будується поетапно і системно: спочатку підготовка (масаж, дихальні вправи), потім постановка ізольованих звуків, далі складові, слова, фрази, і нарешті діалогічне мовлення. Принципи цього підходу – систематичність і послідовність впливів. Тобто заняття проводяться регулярно (3–5 разів на тиждень), за програмою, що враховує закономірності мовленнєвого розвитку. Практика показує, що при дизартрії потрібні тривалі корекційні курси (інколи протягом кількох років), але вони дають відчутний прогрес: поліпшується зрозумілість мовлення, дитина опановує навички, необхідні для школи. Важливо, що логопедичний підхід поєднує навчання і виховання мовлення: дитину не тільки навчають вимовляти звуки, а й використовувати їх для спілкування. Логопед завжди включає мовленнєві завдання в ігрові або життєві ситуації, тим самим суміщаючи цей підхід з діяльнісним і особистісним. Новітні технології (комп'ютерні програми для артикуляційних вправ, відеоматеріали) доповнюють арсенал логопеда. Успішність цього підходу залежить також від участі батьків: якщо вони закріплюють вдома навички, набутий прогрес закріплюється швидше. Загалом логопедично-корекційний підхід залишається центральним у формуванні комунікативної поведінки дітей з мовленнєвими порушеннями, оскільки без базових мовних умінь інші компоненти комунікації не можуть реалізуватися повною мірою.

Інклюзивно-адаптивний підхід. Його поява пов'язана з сучасною концепцією інклюзивної освіти, згідно з якою діти з особливими освітніми потребами навчаються спільно з нормотиповими однолітками в умовах масового дошкільного закладу. Цей підхід ставить наголос на *адаптації середовища* до потреб дитини, а не навпаки. Для розвитку комунікації це означає забезпечення безбар'єрного комунікативного простору. Практично – створення таких умов, щоб дитина з дизартрією могла вільно спілкуватися: в групі мають бути наочні матеріали (картинки, жестові підказки), вихователі та діти мають бути обізнані з її особливостями (наприклад, знають, що говорити треба повільно і дивитися на

неї, щоб вона читала з губ). Інклюзивний підхід передбачає командну роботу – спільно працюють вихователь, логопед, асистент дитини, психолог. Вони розробляють *індивідуальну програму розвитку комунікації* для дитини: прописують цілі (скажімо, щоб за рік навчилася звертатися до однолітків по імені, чи користуватися зошитом для спілкування), визначають стратегії (рольові ігри, залучення в свята, використання АДК) і поступово впроваджують їх. Велике значення має соціалізація дитини: інклюзивна група дає більше можливостей для природного спілкування з дітьми, що говорять нормально, і це слугує і моделлю, і мотивацією. Звісно, потрібне відповідне виховання в колективі – формування толерантності, взаємодопомоги. Досвід показує, що у середовищі прийняття діти з особливими потребами почуваються впевненіше і охочіше йдуть на контакт. Наприклад, якщо вихователь заохочує інших дітей слухати товариша з дизартрією уважно, хвалить їх за терплячість, то дитина поступово перестає боятися говорити. Інклюзивно-адаптивний підхід також включає використання технологій АДК (картки, планшети з програмами для комунікації) у звичайному класі, якщо це потрібно. Держава підтримує такий підхід нормативно: розроблені методичні рекомендації щодо впровадження інклюзивного навчання, де підкреслюється необхідність адаптації навчальних матеріалів, середовища та темпу роботи під дитину з ООП. У контексті нашої теми, інклюзивний підхід важливий тим, що переносить акцент з “виправлення дитини” на усунення бар’єрів у середовищі. Комунікативна поведінка формується не ізольовано, а в реальних взаємодіях, де кожному учаснику забезпечені рівні можливості висловитися і бути почутим.

Розглянуті підходи не існують у чистому вигляді відокремлено – в практиці вони переплітаються, доповнюють один одного. Педагогіка дітей з порушеннями мовлення базується на *системі принципів*, що впливають з цих підходів. Узагальнимо кілька провідних принципів:

Стимуляція ініціативи спілкування. Будь-який метод чи вправа повинні містити елемент спонукання дитини самій висловитися. Це може бути через проблемну ситуацію (щоб отримати іграшку, треба попросити), через гру (лялька “не розуміє” жестів – треба сказати), через похвалу за кожну репліку. Вихователь свідомо створює моменти, де дитина проявляє комунікативну активність з власної волі.

Інтерактивність і діалогічність. Формування комунікативних умінь відбувається лише *в реальному спілкуванні*, а не в монологі педагога. Тому на заняттях широко використовують парні та групові форми роботи, ігри-взаємодії, драматизацію, бесіди. Дитина виступає не пасивним слухачем, а рівноправним учасником процесу, її заохочують *впливати* на хід подій спілкування. Це реалізує принцип активності та свідомої участі.

Природовідповідність (натуралістичність). Навчання відбувається в умовах, наближених до природних життєвих ситуацій. Наприклад, вчать вітатися – то реально вітаються щоранку з вихователем і дітьми, а не просто повторюють “добрий день” механічно. Це забезпечує краще перенесення навичок у повсякденне життя, адже дитина одразу розуміє практичний сенс того, чого її навчають.

Систематичність і послідовність. Поступовий перехід від простого до складного, регулярність занять, повторюваність ключових вправ у різних варіаціях. Це запобігає фрагментарності навичок. Наприклад, спочатку дитину навчають називати себе (ім’я), потім – знайомитися з іншими, далі – підтримувати розмову; кожен етап закріплюється, перш ніж рухатися далі. Система також означає неперервність впливу: в садочку, вдома, на майданчику – всюди дорослі дотримуються узгодженої лінії сприяння комунікації.

Індивідуалізація і диференціація. Кожна дитина має свій профіль сильних і слабких сторін, тому завдання добираються індивідуально. Диференційований підхід проявляється, скажімо, у тому, що одна дитина вчиться будувати речення

спочатку з двох слів, а інша – вже з трьох, залежно від її мовленнєвого рівня. Індивідуальний маршрут розвитку комунікації фіксується часто в програмі фахівців (ІПР). Це гарантує, що нікого не залишать позаду і не перевантажать надмірно.

Доказовість і наукова обґрунтованість методів. Сучасна практика спирається на наукові дослідження щодо ефективності певних методик. Наприклад, є докази, що використання ритмічних вправ (логоритміки) покращує просодичну сторону мовлення дітей з дизартрією. Тому логопеди обов'язково включають музично-ритмічні ігри. Так само методика альтернативної комунікації PECS має науково підтверджену результативність у розвитку ініціативи мовлення – і її теж поступово впроваджують. Отже, принцип опори на доказові підходи означає відхід від застарілих або неефективних методів, впровадження новітніх технологій, підтверджених дослідженнями.

На основі наведених принципів розробляються конкретні методи і прийоми формування комунікативної поведінки у дітей з дизартрією. Серед найбільш використовуваних методик: логопедичні ігри (дидактичні мовленнєві ігри, ігри-драматизації), логоритміка (поєднання слова, музики і руху для розвитку ритму та координації), сенсорні ігри для стимуляції відчуттів (що опосередковано впливає на мовлення), методи заохочувальної комунікації (Prompting – підказування жестами або частковим словом, щоб дитина продовжила; Modeling – демонстрація зразка спілкування). Широко застосовується метод “Навчання у співпраці”: дорослий і дитина разом виконують завдання, при цьому дорослий коментує дії, задає питання, тим самим залучаючи дитину до діалогу. Наприклад, малюючи, вихователь каже: “Я намалювала сонце. А ти що малюєш?” – дитина відповідає своїми словами, відбувається природна бесіда. Відзначимо також технології казкотерапії та соціальних історій – через сюжет дитина вчиться комунікативних правил (як подружитися, як попросити пробачення).

Визначаючи оптимальний комплекс підходів для конкретної дитини, фахівці користуються так званим *алгоритмом вибору корекційних заходів*. Він полягає у послідовності: (1) аналіз особливостей дитини (психолого-педагогічна діагностика комунікативного розвитку); (2) добір адекватних методик (на основі діагнозу і сучасних рекомендацій); (3) адаптація методик під дитину (з урахуванням її інтересів, реакцій, коморбідностей); (4) застосування програми на практиці (впродовж певного часу); (5) оцінювання результату і за потреби корекція програми.

Кожен з цих підходів має свої сильні сторони, і в реальній практиці вони комбінуються. Наприклад, у межах інклюзивного підходу може реалізовуватися і діяльнісний (спілкування через спільні ігри з однолітками), і особистісний (індивідуальна підтримка). Логопедична робота обов'язково підкріплюється іграми (діяльнісний) і побудована на довірі (особистісний). Важливо, що всі вони поділяють спільну мету – *максимально розкрити комунікативний потенціал дитини з особливими освітніми потребами, підготувати її до інтеграції в соціум*.

Зіставити акценти різних підходів можна на прикладі: якщо ставити завдання навчити дитину вітатися, діяльнісний підхід зробить це через гру в “день народження” (кожен гість заходить і вітається); особистісний – через бесіду про те, як їй приємно, коли з нею вітаються, і індивідуальні вправи привітання в зручній формі; нейропсихологічний додасть ритмічну вправу зі словами “добрий-добрий день” для закріплення; логопедичний відпрацює чітку вимову фрази “Добрий день”; інклюзивний забезпечить, щоб у групі всі діти вранці казали цю фразу, включаючи дитину з ООП, створюючи ритуал. У результаті ця навичка формується всебічно.

У теоретичному розділі здійснено ґрунтовний аналіз проблеми формування комунікативної поведінки дітей дошкільного віку з дизартрією на тлі ДЦП. Встановлено, що церебральний параліч спричиняє комплекс порушень – моторних, когнітивних, емоційно-вольових – які у взаємодії визначають

специфіку мовленнєвого та комунікативного розвитку дитини. Дизартрія, як моторно обумовлений мовленнєвий розлад, знижує чіткість, виразність і зрозумілість мовлення, що призводить до утворення комунікативних бар'єрів: у дітей спостерігається зниження ініціативності, труднощі розуміння невербальних сигналів, обмеженість використання мовних засобів, порушення навичок діалогічної взаємодії. Комунікативна поведінка розглядається як багатокomпонентне утворення (мотиваційне, когнітивне, поведінкове, регуляційне ядро), кожна складова якого може бути відстаючою при наявності дизартричних проявів.

Теоретичний аналіз сучасних підходів показав, що для успішної корекції комунікативної діяльності необхідно поєднувати діяльнісний, особистісно орієнтований, нейропсихологічний, логопедичний та інклюзивний підходи. Кожен з них привносить важливі принципи: забезпечення спілкування в реальному контексті діяльності, опора на сильні сторони дитини і створення ситуації успіху, врахування нейрофізіологічних механізмів мовлення, систематична робота над мовленнєвими компонентами, адаптація соціального середовища. Сформульовано основні принципи корекційної роботи (комплексність, індивідуалізація, активність, природність тощо) та зазначено, що їх дотримання є запорукою результативності. Теоретичні засади, висвітлені у цьому розділі, слугують методологічною основою для розробки практичних заходів формувального експерименту, представленого у наступних розділах дослідження.

Розділ 2. ДІАГНОСТИКА СТАНУ КОМУНІКАТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ДІТЕЙ ІЗ ДИЗАРТРІЄЮ ПРИ ДЦП

2.1. Організація та етапи дослідження

Оцінити особливості комунікативного розвитку дітей із дизартрією при ДЦП є необхідним, оскільки порушення з боку комунікативної сфери буде призводити в подальшому до порушення адаптації та соціалізації дитини в суспільстві, що є, в свою чергу необхідною умовою для повноцінного розвитку і розкриття можливостей кожної особистості.

Метою є виявлення особливостей комунікативної поведінки дітей із дизартрією при ДЦП, а саме: уміння використовувати вербальні та невербальні засоби комунікації для спілкування з оточенням та для вирішення своїх потреб, особистісне ставлення учасників (у даному випадку дітей із дизартрією) до самого процесу спілкування.

Дослідження передбачає:

- 1) вивчення анамнезу дітей із дизартрією при ДЦП за медичною та педагогічною документацією та з'ясування умов, що впливають на формування комунікативної поведінки в межах родини;
- 2) з'ясування уміння і можливостей дітей із дизартрією свідомо користуватися засобами комунікації в буденній ситуації під час спілкування з однолітками, вихователями, а також під час ігрової діяльності та вирішення соціальних потреб;
- 3) визначення переважаючих засобів комунікативної поведінки та комунікативних можливостей дітей із дизартрією при вирішенні соціальних проблем у спеціально створених ситуаціях; з'ясування можливостей дитини із дизартрією при ДЦП до узгодження своїх дій із діями партнера по грі.

2.2. Методика вивчення мовленнєвої та комунікативної діяльності

На основі цих завдань, теоретичного аналізу науково-літературних джерел та наших дослідницьких передбачень розроблена методика обстеження комунікативної поведінки дітей із дизартрією при ДЦП. В основу методики покладені завдання з методики розвитку комунікативних здібностей дітей із тяжкими та множинними порушеннями психофізичного розвитку та з діагностики, проблематики і корекції міжособистісних відносин дошкільників, розроблені Гайдукевич С.Є., Гайслер В., Готан Ф., Смірноюю Е.О., Холмогоровою В.М, Чернецькою Л. В. Ці завдання адаптовані нами для роботи з дітьми з дизартрією при ДЦП.

У розробленій методиці оцінюється не лише кінцевий результат, а й сам процес виконання. У зв'язку з цим передбачається використання різних мір дозованої допомоги. У завданні з визначення комунікативної поведінки дітей із дизартрією в умовах необхідності вирішення соціальних проблем перший рівень допомоги передбачає детальне, поширене пояснення завдання з навідними запитаннями до завдання, яке виконує дитина; другий рівень допомоги передбачає детальне пояснення з навідними запитаннями до дитини та до всіх інших учасників завдання; третій рівень допомоги передбачає використання всіх рівнів із додатковою пропозицією виконати завдання за наслідуванням.

Діти з мовленнєвою патологією проходять у своєму розвитку ті ж етапи, що і нормально розвинута дитина. Цим положенням необхідно керуватися під час вивчення комунікативної поведінки дітей із дизартрією при ДЦП. Проте мовлення і комунікативні навички цих дітей у зв'язку з поліморфністю патології знаходяться у стадії становлення, що обмежує можливості в застосуванні вербальних методів дослідження. Тому необхідно надавати перевагу

невербальним методикам, поєднуючи їх з вербальними. Крім того, методики, вживані в дослідженні, орієнтовані на виявлення успішності спілкування дошкільників із дизартрією з однолітками, оскільки саме одноліток виступає рівним партнером, у процесі спілкування з яким дитина може застосувати знання і соціальні норми, надані дорослим.

Під час проведення діагностики звертаємо увагу на компенсаторні можливості дитини, а також здійснюємо особистісно-орієнтований підхід: враховуємо особливості особистісного розвитку на цьому віковому етапі у певної дитини, оскільки відсутність інтересу, мотивації може звести усі зусилля педагога нанівець.

Для виявлення стану сформованості комунікативної поведінки у дітей із дизартрією при ДЦП нами розроблено систему експериментальних завдань, яка включає в себе три етапи.

У методиці оцінюється не лише кінцевий результат, а й сам процес її виконання. У зв'язку з цим на III-у етапі передбачається використання різних мір дозованої допомоги.

Кожне завдання включає три етапи допомоги.

Перший рівень допомоги полягає у тому, що дитині індивідуально пояснюються умови завдання. Другий рівень допомоги полягає у залученні до співпраці і допомоги дитині інших дітей-учасників дослідження. Третій рівень допомоги полягає у тому, що дитині пропонується виконати завдання за наслідуванням.

I етап спрямований на вивчення анамнезу дітей із дизартрією за медичною і педагогічною документацією та з'ясування умов, що впливають на формування комунікативної поведінки в межах родини дітей із дизартрією при ДЦП.

I етап складається з двох пунктів:

1) вивчення медичної та педагогічної документації з метою отримання інформації про форми церебрального паралічу та мовленнєві можливості дітей із дизартрією при ДЦП;

2) анкетування батьків із метою визначення особливостей спілкування дітей із дизартрією з близькими людьми в повсякденному житті.

Для отримання інформації за станом рухової та мовленнєвої активності проводиться попереднє ознайомлення з даними «Картки стану здоров'я і розвитку дитини», з основними медичними висновками та результатом логопедичного обстеження.

Для проведення анкетування батьків, з метою з'ясування умов, що впливають на формування комунікативної поведінки в межах родини нами розроблена анкета, яка складається з 14 (чотирнадцяти) запитань (Див. Додаток А).

Батькам пропонується ознайомитись із запитаннями та підкреслити той варіант, який найбільше відповідає їх позиції, або, якщо такого немає - викласти свої думки в розділі «інше».

II етап передбачає спостереження за комунікативною взаємодією дітей у звичних (природних) для них умовах.

Метою спостереження є з'ясування умінь і можливостей дітей із дизартрією свідомо користуватися засобами комунікації у буденній ситуації під час спілкування з однолітками, вихователями; визначення виду діяльності - ігрової чи побутової (потребнісної), у якій комунікативна поведінка має більший обсяг сформованості.

Хід проведення: спостереження за дітьми під час гри в групі, під час прогулянки, та під час необхідності задовольнити свої соціальні та побутові потреби. Під час спостереження приділяють увагу спілкуванню дітей із

однолітками та вихователями у процесі вирішення соціальних та побутових потреб, а саме: одягання, роздягання, спілкування у разі необхідності допомоги під час прийому їжі та інших життєво необхідних потреб.

Під час спостереження звертаємо увагу на такі показники спілкування дітей:

а) ініціативність у спілкуванні - відображає бажання дитини притягнути до себе увагу однолітка вербальними та невербальними засобами, спонукати до спільної діяльності, до вираження ставлення до себе і своїх дій, розділити радість і засмучення;

б) чутливість до дій однолітка - відображає бажання і готовність дитини сприйняти його дії і відгукнутися на пропозиції (як вербально, так і невербально). Чутливість проявляється у відповідних на звернення однолітка діях дитини, в чергуванні ініціативи і дії у відповідь, в узгодженості власних дій із діями іншого, в умінні помічати побажання і настрої однолітка і прилаштовуватися до нього;

в) переважаючий емоційний фон - проявляється в емоційному забарвленні взаємодії дитини з однолітками: позитивною, нейтрально-діловою і негативною.

На кожного випробовуваного заводиться протокол (Додаток В), в якому за наведеною схемою відзначається наявність цих показників і міра їх вираженості у балах та порівневі.

Важливою якісною характеристикою спілкування є переважаючий емоційний фон. У випадку якщо переважаючим є негативний фон (дитина постійно дратується, кричить, ображає), дитина вимагає особливої уваги. Якщо ж переважає позитивний фон, або позитивні і негативні емоції по відношенню до однолітків збалансовані, то це свідчить про нормальний емоційний настрій по відношенню до однолітків.

Рівневий вираз комунікативної взаємодії.

I рівень - високий (загальноприйнята вікова норма). Дитина легко вступає в контакт, ініціативна, активна, не відчуває труднощів у спілкуванні, володіє розгорнутим вільним зв'язним діалогічним мовленням. Залучає оточуючих дітей до своїх дій, пропонує різні варіанти взаємодії, використовуючи пояснювальне мовлення. У процесі гри та спілкування з оточенням користується як простими, так і складними реченнями. Узгоджує слова у реченні. Мовленнєвий розвиток відповідає віковій нормі. Використовує засоби словотвору. Застосовує правильне звукове оформлення слів, чітко та ясно їх вимовляє.

Окрім вербальної комунікації користується невербальними засобами: під час спілкування - погляд візуально - контактний, спрямований на об'єкт спілкування, тривалий, частий; користується експресивно-виразними рухами - поза тіла, міміка, жести відповідні ситуації спілкування; користується тактильними рухами - рукостискання, поплескування по плечу або дотики до співрозмовника; рухи зорієнтовані в просторі, дистанція втримується особистісна (до 1 м 20 см), або соціальна (від 1 м 20 см до 2 м 75 см).

Чутлива до дій однолітків, із задоволенням відгукується на пропозиції однолітків, активно підхоплює їх ідеї і дії. Переважно простежується позитивний емоційний фон.

II рівень — достатній. Дитина часто проявляє ініціативу, проте вона не буває наполегливою, має недостатній рівень сформованості зв'язного мовлення, діалогічне мовлення використовується здебільшого у вигляді відповідей на запитання або як відгук на пропозицію. Мовлення частіше має ситуативний характер. Дитина використовує прості поширені речення, які мають дефекти конструкції. Простежується невідповідність обсягів пасивного словника (значно більший) та активного словника (не використовуються слова в усному мовленні). Дитина не розуміє лексичного значення деяких слів і використовує їх

в іншому контексті. Спостерігаються труднощі під час вимови нових, складних за будовою слів.

Невербальні засоби під час спілкування - погляд візуально-контактний, спрямований на об'єкт спілкування, але не тривалий, не частий; зрідка користується експресивно-виразними рухами - поза тіла зазвичай зручна для дитини, міміка не забарвлена емоційно, жестами користується в малому обсязі; тактильними рухами користується мало; зі співрозмовником витримує соціальну дистанцію (від 1 м 20 см до 2 м 75 см), особистісна спостерігається зрідка (до 1 м 20 см).

Дитина не завжди відповідає на пропозицію однолітків взяти участь у грі, переважає нейтрально-діловий емоційний фон.

III рівень - середній. Дитина вкрай рідко проявляє активність і вважає за краще йти за іншими, лише в окремих випадках підтримує ініціативу однолітків, віддаючи перевагу індивідуальній грі. В мовленнєвому спілкуванні спостерігаються труднощі. Під час спілкування переважає негативний емоційний фон.

З невербальних засобів під час спілкування візуально-контактний погляд тимчасовий, здебільшого не спрямований на об'єкт спілкування; експресивно-виразні рухи - поза тіла зручна для дитини, або вимушена, міміка майже відсутня, іноді посмішка, жести не використовує; не користується тактильними рухами; дистанція витримується соціальна (від 1 м 20 см до 2 м 75 см), або публічна (понад 2 м 75 см). Може підійти ближче, якщо отримає наказ від дорослого.

IV рівень - низький. Дитина не проявляє ніякої активності, грає на одинці, або залишається пасивною і не відповідає на пропозиції однолітків залучитися до гри, при цьому майже не проявляє емоцій. З боку мовлення - його загальний недорозвиток.

З невербальних засобів під час спілкування візуальний контакт не тримає, погляд не спрямований на об'єкт спілкування, але може тимчасово зупинити погляд, якщо отримує наказ «Подивись на...»; експресивно-виразні рухи - поза тіла зручна для дитини, або вимушена, міміка відсутня, іноді посмішка, жести не використовує; не користується тактильними рухами; дистанція витримується соціальна (від 1 м 20 см до 2 м 75 см), або публічна (понад 2 м 75 см). Іноді підходить ближче до співрозмовника, якщо отримує наказ дорослого, або її наполегливо будуть запрошувати підійти.

III етап передбачає використання «Методів проблемної ситуації».

Метою третього етапу є визначення переважаючих засобів комунікативної поведінки дітей, уміння активно використовувати вербальні та невербальні засоби комунікації під час вирішення соціальних проблем у спеціально створених ситуаціях.

Змістом завдання є створення умов, в яких дитина поставлена перед необхідністю вирішити проблему, яка виникає, працюючи самостійно, або працюючи в групі дітей. При цьому виникає потреба активно використовувати вербальні та невербальні засоби комунікації.

Завдання 1.

Мета: 1) з'ясування можливостей певної групи дітей до колективного вирішення поставленого завдання;

2) визначення переважаючих засобів комунікативної поведінки дітей із дизартрією при ДЦП.

Зміст завдання: дітям пропонується скласти картинки з чотирьох-п'яти окремих частинок-пазлів, а потім вигадати ма-леньке оповідання, або казку за малюнком.

Більша кількість - три частинки, складають основу картинки, інші частини навмисно сплутані. Кожна дитина повинна зібрати цілу картинку.

Матеріал: картинки-пазли з тематики «Свійські тварини», «Дикі тварини», «Транспорт», «Комахи». Картинки складаються з чотирьох-п'яти елементів (частин).

Під час такого завдання можна використовувати розрізні картинки.

Хід проведення: участь беруть троє або четверо дітей. Логопед роздає дітям набір пазлів, в якому три елементи підходять один до одного, інші елементи - частини другої картинки.

Інструкція: « Ви дуже чемні і гарні дітки, і я хотіла зробити вам маленькі подаруночки - подарувати веселі картинки, але поки їхала до вас картинки посварилися і сплуталися. Треба усім разом зібрати, а потім кожен розповість про те, що вийшло».

I рівень допомоги передбачає індивідуальне пояснення завдання з навідними запитаннями до завдання, яке виконує дитина. Пропозиція дитині звернутися по допомогу до інших учасників гри.

II рівень допомоги передбачає детальне пояснення з навідними запитаннями до дитини та пропозиція дитині самій звернутися до інших учасників із проханням про допомогу.

Якщо дитина не може приступити до виконання завдання після додаткового пояснення та після звернених до неї запитань, логопед запитує дітей, чи є в кого зайва частина? Якого вона кольору? До якої картинки ця деталь підходить? Хто може допомогти в складанні картинки?

III рівень допомоги передбачає використання всіх рівнів із додатковою пропозицією виконати завдання за наслідуванням.

Завдання 2.

Метою завдання є визначення комунікативних можливостей дітей із дизартрією при ДЦП під час колективного виконання завдання, зацікавленість діями однолітків, здатності і бажання допомогти один одному.

Зміст завдання: дітям пропонується назвати, хто зображений на картках, а потім розподілити на групи, залежно від середовища їх існування наприклад: тварини - на суходолі, птахи - в небі, риби - у воді.

Звертаємо увагу на те, чи аргументують свої рішення (дії) діти під час виконання запропонованого завдання.

Матеріал: лото для дітей віком від 3-х років.

Хід проведення: участь беруть від двох до чотирьох дітей. Логопед викладає на стіл перед кожною дитиною однакову кількість карток і пропонує всім роздивитися картки, та назвати, хто на них зображений, а потім розкласти на купки, залежно від того, хто де існує: тварини - на суходолі, птахи - в небі, риби - у воді. Для полегшення роботи викладається три поля - суходіл, небо, вода.

Інструкція: «Подивіться уважно і скажіть, кого ви бачите на картках. А тепер давайте розкладемо ці картки на купки, щоб у кожній купці були тварини, які живуть (існують) в одному місці».

Під час роботи логопед може запитати будь-яку дитину, чому саме цю картку вона кладе до саме цієї купки. Потім логопед перепитує інших дітей, чи правильно вона (дитина) робить.

Після закінчення роботи дорослий оцінює (хвалить, або робить зауваження).

І рівень допомоги передбачає пропозицію дитині звернутися за допомогою до інших учасників гри.

II рівень допомоги передбачає пропозицію дитині звернутися до інших учасників із проханням допомоги та додаткове детальне пояснення з навідними запитаннями.

III рівень допомоги передбачає використання всіх рівнів із додатковою пропозицією виконати завдання за наслідуванням.

Завдання 3.

Мета: з'ясування можливостей дитини із дизартрією при ДЦП до узгодження своїх дій та своєї комунікативної поведінки з діями партнера по грі у відтворених типових, близьких до життєвого досвіду дітей ситуаціях.

Зміст завдання: використовуються елементи ігор «Частування» і «Крамниця». Кожна дитина повинна приготувати будь-яку страву з певного набору продуктів, які попередньо необхідно придбати в крамниці, і погостити гостей (іграшку, вихователя, друзів).

Матеріал: для гри використовуються іграшкові набори посуду, муляжі овочів та фруктів та інших продуктів, іграшкові гроші або предмети-замінники.

Хід проведення: участь можуть брати всі діти одночасно, або тільки ті, хто захоче відгукнутися на пропозицію пограти.

Пропонується вибрати страву, яку б хотіла приготувати дитина для своїх гостей, але перед цим треба придбати продукти у крамниці. Дітям пропонується обрати продавця для крамниці.

Інструкція: Логопед звертається до дітей: «Уявіть собі, що до вас повинні прийти гості і їх треба погостити чимось смачненьким. Давайте подумаємо, хто і яку страву буде готувати. А для того, щоб страву приготувати треба купити в крамниці необхідні продукти. Ось крамниця, тут є все, що може вам знадобитися. Оберіть продавця, і він допоможе вам придбати будь-який товар.

Якщо ви забули як називається те, що вам потрібно, можете його описати. Не забудьте пригостити і мене своєю смачною стравою».

I рівень допомоги передбачає постановку запитань дитині, які допоможуть їй вступити в комунікативні взаємини зі співбесідником.

II рівень допомоги передбачає додаткове пояснення з запитаннями, що спонукають до комунікативних відносин і у випадку неспроможності дитиною виконати завдання, експериментатор пропонує дитині будь-який свій варіант, наприклад: «Я знаю, що твої гості захочуть покуштувати — салат із фруктів, спробуй його приготувати».

III рівень допомоги передбачає використання всіх рівнів із додатковою пропозицією виконати завдання за наслідуванням дії експериментатора. На цьому рівні експериментатор може взяти виконання ролі продавця в крамниці на себе.

Рівні виконання завдань III етапу.

I рівень - високий (вікова норма). Дитина легко вступає в контакт, проявляє інтерес та зацікавленість завданням. Проявляє ініціативність під час спілкування з однолітками та дорослими, наполеглива в досягненні своєї мети. При необхідності звернути на себе увагу використовує невербальні засоби спілкування - поплескування по плечу або дотики до співрозмовника; під час спілкування погляд спрямований на об'єкт спілкування, тривалий, частий; користується експресивно-виразними Рухами - поза тіла, міміка, жести відповідні ситуації спілкування; дистанція витримується особистісна.

На основі отриманих загальних уявлень про картинку за збереженими частинами, може самостійно порівняти інші частини та визначити їх невідповідність. Застосовує пояснювальне мовлення, використовує речення описового характеру. Активно використовує як діалогічне, так і монологічне

мовлення. Має здатність до творчого зв'язного мовлення. Під час розповіді за картинкою користується як простими, так і складними реченнями. Самостійно порівнює запропоновані об'єкти за ознаками подібності та відмінності. Розуміється на головних узагальнюючих ознаках, адекватно позначає їх словами.

Запропоновані завдання виявляються для дитини доступними та зрозумілими, вона здатна виконувати завдання самостійно, без зайвої допомоги з боку дорослого.

II рівень - достатній. Дитина слухає і розуміє співрозмовника, але сама неохоче вступає в діалог, бере участь у діалозі пасивно (відповідаючи на питання). Навіть при наявності знань та уявлень про об'єкт, зображений на картинці, не може встановити невідповідність частин. Діє при постановці навідних запитань із боку експериментатора. Можливості до самостійного зв'язного мовлення недостатньо сформовані. Розповідь за картинкою мала за обсягом та недостатньо розгорнута. Події під час розповіді перераховує за допомогою прислівника «потім». Простежується повторення слів та фраз. Під час порівняння зображень спирається на зовнішні (наочні) ознаки. Ініціативність проявляє, але не достатньо наполеглива в досягненні своєї мети. Логічну послідовність подій осмислює правильно, але спостерігаються утруднення у вербальному спілкуванні - не може правильно і логічно пояснити свої потреби та свої дії, на невербальному спілкуванні - не має досвіду користування жестами. Спілкування майже беземоційне, якщо не отримує допомогу на прохання, не наполягає, не проявляє ініціативу. Потребує запитань та підказок, які спонукають до активізації комунікативних дій «Спитай...», «Покажи...».

Невербальні засоби під час спілкування використовує не в повному обсязі - погляд на співбесідника не тривалий, не частий; зрідка користується експресивно-виразними рухами - поза тіла зазвичай зручна для дитини, міміка не забарвлена емоційно, жестами користується в малому обсязі; тактильними

рухами майже не користується; зі співрозмовником дотримується соціальної дистанції.

Емоційні реакції на події адекватні ситуації, яка виникла. Потребує надання I рівня допомоги.

III рівень - середній. Дитина малоактивна і небалакуча з дітьми і педагогами, неуважна. Дії виконує тільки при наведенні низки запитань, та з допомогою з боку інших дітей.

Розповідь за картинкою буде лише за конкретними запитаннями. Здебільшого в мовленні використовуються іменники та дієслова, іноді ознаки кольору та величини. Дитина не уміє послідовно викладати свої думки, точно передавати їх зміст, ініціативу проявляє слабо. Спілкування в межах потреб. Має деякі уявлення про тварин, зображених на малюнках, але самостійно знаходить і виявляє лише деякі несуттєві ознаки. З-за обмеженого словникового запасу не може оформити вербально навіть такі порівняння.

Невербальні засоби у спілкуванні майже не використовує - поза тіла зазвичай зручна для дитини, міміка не забарвлена емоційно, жестами користується в малому обсязі; тактильними рухами майже не користується, використовує тільки при підказці експериментатора; зі співрозмовником витримує соціальну дистанцію.

Зміст завдання не зрозумілий для дитини, бере в них участь неохоче. Потребує надання II рівня допомоги.

IV рівень - низький. Дитина неактивна і неговірка, мовчить, не вступає в мовленнєве спілкування, погано йде на контакт, не проявляє ініціативу, що може свідчити про відсутність потреби в спілкуванні з однолітками. До запропонованого завдання виявляє короточасний інтерес, не має бажання

працювати. Зміст завдання не розуміє, потребує допомоги дорослого з показом способу дії виконання завдання протягом усього часу роботи.

Невербальна комунікація з оточенням у межах вирішення своїх нагальних потреб - дотик до вихователя при необхідності відвідати туалетну кімнату, в інших випадках невербальну комунікацію не використовує.

До запропонованого завдання дитина виявляє короточасний інтерес, не виявляє бажання працювати. Словниковий запас дуже збіднений. Зміст завдання не розуміє, потребує III рівня допомоги з показом способу дії виконання завдання.

Критерії оцінювання та загальні рівні сформованості комунікативної поведінки у дітей із дизартрією при ДЦП

На основі представленої експериментальної методики ви-явлення стану сформованості комунікативних умінь та навичок у дітей із дизартрією при ДЦП та уміння їх застосовувати у різних комунікативних ситуаціях нами були розроблені такі оцінні критерії:

1. Інтерес до оточення.
2. Ініціативність до спілкування.
3. Інтенсивність та наполегливість у налагодженні контакту.
4. Здатність до вирішення проблем різного роду.
5. Здатність до співпраці (спільної діяльності).
6. Характер комунікації:
 - 5а)не мовленнєвої:
 - емоційність;

- візуально-контактний погляд, міміка;
- використання експресивно-виразних та тактильних рухів;

б) мовленнєвої:

- здатність дитини до мовленнєвого спілкування;
- розуміння зверненого мовлення.

Відповідно до цих критеріїв оцінювання, було виділено такі загальні рівні розвитку комунікативної поведінки:

I рівень - високий (вікова норма). Дитина легко вступає в контакт, проявляє інтерес та зацікавленість завданнями; ініціативна, наполеглива в досягненні своєї мети. Залучає оточення до своїх дій, пропонує різні варіанти взаємодії. Здатна самотійно виконувати завдання та надавати допомогу іншим дітям.

Під час спілкування використовує вербальні та невербальні засоби комунікації. Розуміє звернене мовлення, спілкується згідно ситуації.

При необхідності звертає на себе увагу поплескуванням по плечу, або дотиком до співрозмовника; під час спілкування погляд спрямований на об'єкт спілкування, тривалий, частий; користується експресивно-виразними рухами - поза тіла, міміка, жести відповідні ситуації спілкування; дистанція витримується особистісна. Під час спілкування емоційно позитивно налаштована.

II рівень - достатній. Дитина йде на контакт, у спілкуванні часто проявляє ініціативу, проте вона не буває наполегливою. Не володіє навичками залучення дітей до співпраці, але відповідає на пропозицію до взаємодії. Узгоджує свої дії під час гри з діями однолітків за умови отримання підтримки та уваги з боку оточення. Дитина приймає пропозицію однолітків взяти участь у грі, якщо суть

гри зрозуміла. Під час спілкування переважає нейтрально-діловий емоційний фон.

Звернене мовлення розуміє, власне мовлення частіше має ситуативний характер.

Невербальні засоби під час спілкування використовує не в повному обсязі - погляд, спрямований на об'єкт спілкування, не тривалий; зрідка користується експресивно-виразними рухами, міміка не забарвлена емоційно, жестами користується в малому обсязі; тактильними рухами користується мало; зі співрозмовником витримує соціальну дистанцію, особистісна спостерігається зрідка.

Потребує невеликої допомоги під час виконання завдань.

ІІІ рівень - середній. Дитина у край рідко проявляє активність і вважає за краще йти за іншими, лише в окремих випадках підтримує ініціативу однолітків, віддаючи перевагу індивідуальній грі. Участь у грі та узгодження своїх дій із діями інших учасників можливі за умов постійної уваги та підказок з боку дорослого. Ініціативність проявляє рідко. Ігрова діяльність та спілкування емоційно слабо забарвлені.

Словниковий запас збіднений, аграматизми. Звернене мовлення розуміє, але не зовсім розуміє зміст завдання. До виконання завдання залучається неохоче. Вербальні засоби спілкування використовує в межах життєво необхідних потреб.

Невербальні засоби під час спілкування майже не використовує: візуально-контактний погляд тимчасовий, не спрямований на об'єкт спілкування; міміка відсутня, іноді посмішка, жестами, тактильними рухами не користується; дистанція витримується соціальна або публічна. Переважає негативний емоційний фон.

Для виконання завдань потребує допомоги експериментатора, або допомогу з боку однолітків.

IV рівень - низький. Дитина неактивна і неговірка, мовчить, не спілкується, погано йде на контакт, не проявляє ініціативи. Ігрова діяльність майже відсутня, не відповідає на пропозиції однолітків залучитися до гри, не проявляє емоцій.

З боку експресивного мовлення - загальний недорозвиток, але звернене мовлення розуміє. З невербальних засобів під час спілкування візуальний контакт не тримає, може тимчасово зупинити погляд, якщо отримує наказ «Подивись на...»; міміка відсутня, іноді посмішка, жести не використовує; не користується тактильними рухами; дистанція витримується соціальна або публічна. Комунікація з оточенням підтримується в межах вирішення своїх нагальних потреб.

До запропонованих завдань дитина виявляє короточасний інтерес, не виявляє бажання працювати. Зміст завдання не розуміє, потребує допомоги дорослого з показом способу дії виконання завдання.

Оцінювання результатів виконання завдання відбувається за рівнями у відповідності до оцінних критеріїв та допомоги, яка надається дітям під час виконання завдань.

2.3. Аналіз результатів констатувального етапу

Першим етапом дослідно - експериментальної роботи був визначений констатувальний експеримент. У дослідженні взяли участь 12 дошкільників ЗДО №37 «Мовознайко» м. Чернівці та 5 дітей старшого дошкільного віку з ДЦП з Буковинського центру комплексної реабілітації для дітей з інвалідністю «Особлива дитина».

На першому етапі здійснено теоретичне обґрунтування проблеми формування комунікативної активності дітей старшого дошкільного віку із ЗНМ у науковій теорії, уточнено і науково обґрунтовано сутність понять " комунікативна активність", " комунікативна компетенція", " загальний недорозвиток мовлення".

На другому етапі експериментально апробовано педагогічні умови формування комунікативної активності у дітей старшого дошкільного віку з загальним недорозвитком мовлення.

На третьому етапі проаналізовано й узагальнено отримані експериментальні дані, сформульовано висновки дослідження, визначено перспективи подальших досліджень.

Основними завданнями експерименту на цьому етапі були визначені наступні:

1. Визначити рівень комунікативної активності дітей старшого дошкільного віку з загальним недорозвитком мовлення;
2. Визначити компетентність педагогічного персоналу у формуванні комунікативної активності дітей старшого дошкільного віку з загальним недорозвитком мовлення;
3. Проаналізувати особливості співпраці педагогів навчального закладу із сім'ями дітей щодо спільного вирішення ними досліджуваної проблеми.

Визначення рівня комунікативної активності дітей старшого дошкільного віку з ДЦП і загальним недорозвитком мовлення відбулося в процесі діагностування. Визначення компетентності педагогічного персоналу у формуванні комунікативної активності дітей старшого дошкільного віку з ДЦП і загальним недорозвитком мовлення - у ході спостереження за навчальною - виховним процесом та вивчення педагогічної документації. Вивчення

особливостей співпраці педагогів освітнього закладу із сім'ями дітей щодо спільного вирішення ними досліджуваної проблеми - у процесі опитування та бесіди.

Перше завдання - визначення рівня комунікативної активності дітей старшого дошкільного віку з ДЦП і загальним недорозвитком мовлення відбулося у процесі діагностування та спостереження за спілкуванням і взаємодією дітей під час ігрової діяльності та різних режимних процесів (за методикою Баранець І. В.). Методика діагностування полягала у зборі опосередкованої інформації про особливості мовленнєвого розвитку дітей старшого дошкільного віку із ЗНМ.

В експериментальну вибірку увійшли старші дошкільники при збереженому нормальному інтелектуальному розвитку і слухові, але з загальним недорозвитком мовлення.

Здатність до спілкування пояснюється як відкрита змінювана система. Діагностика рівня комунікативно - мовленнєвого розвитку дітей дало змогу зробити зріз поточного стану. Будь які зміни в мотивації, потребах, умовах корекційної роботи, спрямовані на зміни характеру взаємин між учасниками комунікації, в також на процес удосконалення її ознак, спричиняють зміни комунікативно - мовленнєвих досягнень.

Виявлення специфіки та особливостей комунікативної активності дошкільників у взаємодії з ровесниками дало змогу виділити в усіх вікових групах дошкільного закладу з високим, середнім та низьким рівнем здатності до спілкування. Не сформованість навичок комунікації може виступати причиною неадекватної поведінки дитини, конфліктності, невміння узгоджувати власні дії з діями інших.

Діагностування рівня комунікативної активності дітей старшого дошкільного віку з ДЦП і загальним недорозвитком мовлення проводилося у формі спеціально організованої бесіди дорослого з дитиною, що передбачало інтерпретацію змісту сюжетних картинок, близьких досвіду дитини. Такий діагностичний засіб забезпечував також визначення рівня обізнаності дитини, здатності до розуміння контексту та встановлення причинно - наслідкових зв'язків, в також прояв різноманітних особистісних установок, які виявлялися в мовленевій поведінці дитини.

Бесіда, пов'язана з інтерпретацією сюжетних картинок, характеризувала водночас і мовну компетентність: багатство словника, точний відбір лексики, фонетичну і граматичну правильність мовлення. Діагностика цих боків мовлення свідчила про наявність у дитини необхідних уявлень про світ людей, предметів та явища довкілля. Важливу роль при цьому відігравав той факт, що невимушена бесіда висвітлювала не тільки рівень знань, а й уміння використовувати ці знання для спілкування.

Отже, діагностуючи мовленевий розвиток дитини, аналізувалися не тільки формальні показники оволодіння мовними засобами (звуковимовою, словник, граматика), а й комплексні навички, які характеризували успішність мовної взаємодії, розвиненість комунікативної компетенції. При цьому напрями діагностики мали відповідати таким комунікативно - мовленевим діям дитини: уміння аналізувати емоційний та інформаційний зміст ситуації спілкування; уміння встановлювати контакт з партнером по спілкуванню, використовуючи невербальні та мовні засоби; уміння сприймати, розуміти та використовувати засоби спілкування; комунікативно - мовленеві вміння, які демонструють адекватність мовленевих висловлювань різним ситуаціям; мовні (лінгвістичні) вміння (словниковий запас, звукова та граматична правильність, інтонація, темп,

тон, дикція) ; уміння контролювати, оцінювати, аналізувати особисте мовлення, варіювати мовне висловлювання відповідно до досягнутого результату.

Так, критеріями оцінки комунікативної активності дітей старшого дошкільного віку з загальним недорозвитком мовлення були визначені:

Достатній рівень. Сформованість стійких мотивів спілкування з дорослими і однолітками, частота контактів, ініціативність, активність взаємодії з навколишніми людьми, виражена у формах емоційно - особистісного, ситуативно - ділового та поза ситуативного спілкування; володіння багатством невербальних засобів, знання ввічливих форм контакту і вміння здійснювати дії мовленнєвого та невербального характеру для взаємодії; розвинутість і різноманітність побудови мовлення у діалозі й монологі, його адекватність просторово - часовому і партнерському оточенню, зв'язність, логічність висловлювань, наявність творчих розповідей.

Середній рівень. Ситуативність проявів особистісних, лілових і пізнавальних мотивів спілкування з дорослими та однолітками, що не стало стійким, стабільним механізмом, який спонукає до особистості ініціативи при вступі в мовленеву взаємодію; відсутність активності в комунікації, знання ввічливих форм контактів, але не як керівництво до дії, слабка сформованість навичок соціально - перцептивного аналізу ситуації спілкування, помилки в оцінці просторово - часових характеристик та діючих осіб у комунікації ; бідність лексики, граматичних і звукових утворень (зменшувальні суфікси , звернення, відповідні інтонації, тон, темп, сила голосу), що використовуються для встановлення взаєморозуміння в мовному спілкуванні, одноманітність побудов і форм мовленевих висловлювань, розповідання (монолог) відповідно до наочно - образної ситуації спілкування, не сформованість елементів творчої уяви, фантазії, прогнозування, невміння виходити за межі наочної ситуації.

Низький рівень. Не сформованість мотивів спілкування з дорослими і однолітками, труднощі вступу в контакт, комунікативно - мовленеві дії без урахування (аналізу - синтезу) ситуації спілкування, безініціативність у веденні діалогу, мимовільне використання експресивних, невербальних засобів комунікації при невмінні " читати " їх у партнерів; складнощі у формулюванні задуму дій партнерів щодо спілкування і розуміння ситуації в цілому ; низькі мовні характеристики (бідність лексики, не виразність звучного мовлення, граматична не правильність) ; однотипність побудови фраз, відсутність творчої розповіді.

З метою обстеження зв'язного мовлення використовувалися наступні завдання:

- відповісти на питання до ситуації , зображеної на малюнку;
- скласти речення за малюнком ;
- скласти розповідь за сюжетною картинкою та їх серією;
- переказати текст.

За результатами проведених діагностичних методик визначався рівень комунікативної активності дітей старшого дошкільного віку з загальним недорозвитком мовлення.

Аналіз отриманих даних щодо розвитку комунікативної активності у дітей старшого дошкільного віку засвідчив труднощі в оволодінні основними його видами : переказом, складанням розповідей з опорою на наочність, заданий план тощо. У своїх самостійних розповідях діти не рідко лише перераховували зображені предмети, їх дії. Увага у них приверталася, здебільшого до другорядних деталей , випускаючи головне у змісті. При переказі виникали значні труднощі запам'ятовування і утримування в пам'яті логічної послідовності

дій та їх відтворення. Таким чином виявилися помітні відмінності в оволодінні дітьми зв'язними висловлюваннями, які визначають специфіку проявів порушень розвитку мовлення.

Отже достатній рівень розвитку комунікативної активності на жаль не продемонстрував ніхто із дошкільників. Середній рівень розвитку комунікативної активності дітей був характерний для 53, 6% дітей. Низький рівень розвитку комунікативної активності дітей мали, відповідно, 46,4% дітей.

Визначення компетентності педагогічного персоналу у формуванні комунікативної активності дітей старшого дошкільного віку з загальним недорозвитком мовлення реалізувалося у ході спостереження за навчально - виховним процесом та вивчення педагогічної документації.

Метод спостереження є емпіричним методом педагогічного дослідження. Спостереження здійснювалося в процесі занять, так і протягом інших режимних процесів: прогулянки, різноманітних ігор, дозвілля дітей.

Розвиток комунікативної активності старших дошкільників здійснювався педагогами на заняттях з розвитку мовлення та у процесі різних видів діяльності дітей традиційними методами.

Вивчення педагогічної документації педагогів підтвердило результати проведеного спостереження за навчально - виховним процесом. Це дало можливість глибше проаналізувати проблему розвитку комунікативної активності дітей у сучасних освітніх умовах.

Важливим фактором є робота педагогів з батьками дітей щодо спільного вирішення ними досліджуваної проблеми. Таким чином батьки будуть знати і вміти, як забезпечувати розвиток комунікативної активності дітей. Режим дня і сітка занять логопеда й вихователя повинна будуватися з урахуванням вікових, мовленнєвих й індивідуальних особливостей дітей, в також розв'язування у

процесі навчання й виховання корекційних завдань. Спільна робота вихователя, логопеда, психолога та батьків є основою цілісного психолого - педагогічного супроводу розвитку мовлення дитини.

Вивчення особливостей співпраці сім'ї та педагогічних працівників дошкільного навчального закладу щодо забезпечення комунікативної активності дітей старшого дошкільного віку з загальним недорозвитком мовлення здійснювалося у процесі бесіди з батьками та педагогами дошкільного навчального закладу та у процесі аналізу перспективних планів роботи ЗДО.

Виділено такі основні форми роботи з батьками: індивідуальні, групові , колективні та масові .

Виявилося, що індивідуальні форми роботи, спрямовані на розвиток мовлення дитини, здійснювалися шляхом індивідуального спілкування логопеда з батьками дитини: використання батьками завдань за зошитами індивідуальної роботи з дітьми, проведення бесід, консультацій для батьків, перегляд батьками індивідуальних занять учителя - логопеда, заповнення зошита взаємозв'язку

Групові форми роботи проводилися з батьками у межах даної логопедичної групи: оформлення стендів для батьків, виготовлення папок - пересувок " Педагогічна вітальня " , " Навчаємося разом " , " Учитель - логопед рекомендує " , створення бібліотечки дитячої та спеціальної логопедичної літератури, спільна підготовка до свят , проведення екскурсій (педагоги, батьки , діти) , допомога батьків у підборі матеріалу для виготовлення логопедичних альбомів і наочних посібників , виготовлення скриньок запитань , проведення анкетування, батьківських зборів, відкритих підгрупових та фронтальних занять , організація дискусій , фоно - та ігротеки (обмін електронними носіями з аудіофайлами та розвивальними іграми) , створення усного батьківського журналу, організація вечорів запитань та відповідей , проведення спільних занять " Батьки - діти " .

Колективні форми роботи здійснювалися шляхом спілкування з батьками дітей усіх логопедичних груп закладу дошкільної освіти: проведення проведення анкетування , загальних батьківських зборів , колективних бесід , організація дискусій , залучення батьків до вирішення проблемних ситуацій та завдань , проведення тематичних вечорів , ділових ігор , круглих столів, презентацій науково - методичної та популярної літератури для батьків.

Масові форми роботи проводилися педагогами з батьками і дітьми всього дошкільного навчального закладу : залучення батьків до підготовки , організації , участі у святах " Батьки і діти" , " Родинні гостини " , іграх - розвагах , спортивних святах , вікторинах, вечорах дозвілля.

Отже, батьки більше вдавалися до традиційних, рекомендованих логопедом , методів формування комунікативної активності дітей старшого дошкільного віку з ДЦП , дизартрією і загальним недорозвитком мовлення.

У результаті проведеного констатувального експерименту виявлено , що рівень розвитку комунікативної активності дітей старшого дошкільного віку з загальним недорозвитком мовлення відповідає середньому та низькому рівням (53, 6 ,% та 46 , 4 ,%). Компетентність педагогічного персоналу у формуванні комунікативної активності дітей старшого дошкільного віку з загальним недорозвитком мовлення потребує підвищення та вдосконалення. Організація співпраці педагогів освітнього закладу із сім'ями дітей щодо спільного вирішення ними досліджуваної нами проблеми потребує розробки шляхів розвитку комунікативної активності дітей старшого дошкільного віку з ЗНМ.

ВИСНОВКИ

Результати проведеного нами дослідження дають підстави для формулювання загальних висновків.

Згідно першого завдання. Проаналізовано психолого - педагогічні аспекти проблеми формування комунікативної поведінки дітей із порушенням мовлення, зокрема у дітей із дизартрією при дитячому церебральному паралічі (ДЦП) у науковій теорії.

Встановлено, що проявами комунікативної активності є:

- потреба у спілкуванні як мотиваційна основа їх комунікативного потенціалу;
- комунікативна установка;
- комунікативні якості, що характеризують особистість у процесі взаємодії;
- адекватні ситуації та особисті стилі спілкування;
- прийоми та методи реалізації комунікативної активності.

Показниками достатньої комунікативної активності дітей старшого дошкільного віку виступають достатній рівень розвитку комунікативної, мовної і мовленнєвої компетентностей, достатній рівень комунікативних здібностей дитини; насиченність мовлення дітей формулами мовленнєвого етикету, середній та вище середнього рівнів потреби у спілкуванні, позитивні комунікативні установки, високий рівень розвитку комунікативних якостей та їх актуальність у системі ціннісних орієнтацій, індивідуалізований формат організації взаємодії учасників освітнього процесу.

У таких дітей комунікативна діяльність значно ускладнена через поєднання рухових, мовленнєвих та емоційно - вольових порушень. Нерідко вони відчують труднощі у встановленні контактів із дорослими та однолітками, виявляють мовленнєву пасивність, невпевненість, страх перед спілкуванням. Це зумовлює необхідність пошуку ефективних педагогічних заходів, спрямованих на стимулювання мовленнєвих активності, розвиток емоційної виразності та соціальної поведінки.

Виявлено, що компонентами комунікативної активності виступають: потреба у спілкуванні, комунікативні якості, що характеризують особистість у процесі спілкування (знання, вміння та навички, комунікативні властивості), стиль спілкування, організація взаємодії учасників.

В умовах інклюзивної освіти діти з ДЦП потребують не лише корекції мовлення в її цілеспрямованого формування навичок соціальної взаємодії та комунікації. Саме тому питання розроблення педагогічних підходів до формування комунікативної поведінки набуває особливої значущості для сучасної логопедичної роботи.

Формування комунікативної активності і поведінки у дітей старшого дошкільного віку із дизартрією при дитячому церебральному паралічі (ДЦП) і ЗНМ включає:

- Реалізацію завдань розвитку здатності сприймання;
- Розуміння сутності зв'язного мовлення дорослих;
- Формування умінь мовленнєвого спілкування з тими, хто оточує дитину;
- Формування умінь приймати і передавати вербальну інформацію.

Згідно другого завдання. Уточнено і науково обґрунтовано, що ДЦП є складним захворюванням, що призводить до порушень рухових, сенсорних,

когнітивних та мовленевих функцій. Одним із найпоширеніших порушень у дітей із ДЦП є дизартрія і ЗНМ, що обумовлює труднощі у формуванні комунікативної поведінки.

ЗНМ - загальний недорозвиток мовлення, - це складне мовленнєве порушення, яке характеризується недорозвиненням усіх компонентів мовленевої системи: фонетики, лексики, граматики, й виявляється трьома рівнями: важким, середнім, помірним. ЗНМ у дітей старшого дошкільного віку характеризується порушеннями звуковимови, обмеженим словниковим запасом, аграматизмами, порушенням зв'язного мовлення.

З огляду на те, що мовлення є провідним засобом соціалізації та пізнання світу, особливого значення набуває розроблення педагогічних заходів, спрямованих на розвиток комунікативної компетенції таких дітей.

Згідно третього завдання. Розроблено методики вивчення мовленнєвої та комунікативної діяльності дошкільників із дизартрією при ДЦП.

Згідно четвертого завдання. Проведено дослідження та проаналізовано стан сформованості комунікативної поведінки дітей із дизартрією при ДЦП.

Основними завданнями констатувального експерименту були визначені наступні:

- Визначити рівень комунікативної активності у дітей старшого дошкільного віку з дизартрією і загальним недорозвитком мовлення;
- Визначити компетентність педагогічного персоналу у формуванні комунікативної активності дітей старшого дошкільного віку з дизартрією і загальним недорозвитком мовлення;
- Проаналізувати особливості співпраці педагогів навчального закладу із сім'ями дітей щодо спільного вирішення ними досліджуваної проблеми.

Визначення рівня комунікативної активності дітей старшого дошкільного віку з дизартрією і загальним недорозвитком мовлення відбулося у процесі діагностування за методикою Баранець І.В.

У результаті проведеного констатувального експерименту виявлено, що рівень розвитку комунікативної активності дітей старшого дошкільного віку з дизартрією і загальним недорозвитком мовлення відповідає середньому та низькому рівням (53, 6 % та 46, 4%).

Компетентність педагогічного персоналу у формуванні комунікативної активності дітей старшого дошкільного віку з дизартрією і загальним недорозвитком мовлення потребує підвищення та вдосконалення.

Організація співпраці педагогів освітнього закладу із сім'ями дітей щодо спільного вирішення ними досліджуваної нами проблеми потребує розробки шляхів розвитку комунікативної активності дітей старшого дошкільного віку з дизартрією і загальним недорозвитком мовлення.

В основу дослідження були покладені визначені педагогічні умови формування комунікативної активності дітей старшого дошкільного віку з дизартрією і загальним недорозвитком мовлення :

- Забезпечення розвитку комунікативної, мовної і мовленнєвої компетентностей , в також комунікативних здібностей дитини;
- Збагачення мовлення дітей формулами мовленнєвого етикету;
- Ефективна підготовка педагогічного персоналу до формування комунікативної активності дітей старшого дошкільного віку із дизартрією і ЗНМ;
- Співпраця педагогів освітнього закладу із сім'ями дітей з метою формування комунікативної активності дітей із дизартрією і ЗНМ.

Перша педагогічна умова. Для забезпечення розвитку комунікативної, мовної і мовленнєвої компетентностей у дітей старшого дошкільного віку з дизартрією і ЗНМ були організовані різні види роботи, у яких відбувалося активне формування фонематичної, граматичної та лексичної структури мовлення, в також забезпечувався розвиток зв'язного мовлення дітей.

Для розвитку комунікативних здібностей дітей старшого дошкільного віку нами використовувалися такі методи та прийоми :

1. Створення сприятливого комунікативного середовища.
2. Розвиток мовленнєвих здібностей
3. Розвиток не вербальних засобів комунікації.
4. Формування соціально - психологічної компетентності.

Друга педагогічна умова - збагачення мовлення дітей формулами мовленнєвого етикету. З метою збагачення мовлення дітей формулами мовленнєвого етикету нами була проведена диференційована робота, що включала в себе систему виховних впливів через дидактичні ігри та вправи, мовленнєві ситуації та читання художніх текстів. Так, нами були підібрані літературні твори, які слугували джерелом різноманітних зразків мовленнєвого етикету.

Відтворюючи зміст цих творів, дошкільники вчилися правильно використовувати формули ввічливості, запам'ятовували їх та розуміли їхнє місце в мовленнєвому висловлюванні.

Третя педагогічна умова.

Підготовка педагогічного персоналу до формування комунікативної активності дітей старшого дошкільного віку із дизартрією і ЗНМ відбувалася за такими напрямками:

- Формування комунікативної активності дітей;
- Профілактика і корекція мовленнєвих порушень;
- Використання спеціальних медичних, педагогічних, психологічних і соціальних методів формування комунікативної активності дитини;
- Використання спеціальних медичних, педагогічних , психологічних і соціальних методів формування комунікативної активності дитини;
- Реалізація психотерапевтичного напрямку.

Підготовка педагогічного персоналу до формування комунікативної активності дітей відбувалася у такій структурі:

1. Теоретична підготовка;
2. Практична підготовка:
3. Організаційно - методична підготовка:

Четверта педагогічна умова.

Співпраця педагогів освітнього закладу із сім'ями дітей з метою формування комунікативної активності дітей старшого дошкільного віку з артразією і загальним недорозвитком мовлення забезпечувалася за різними напрямами й базувалася на урахуванні закономірностей мовленнєвого розвитку , потреб і вікових особливостях дитини.

Взаємодія із сім'ями здійснювалася в різних формах :

1. Індивідуальні форми: консультації, бесіди, відвідування вдома , індивідуальні заняття з батьками.
2. Групові форми: батьківські збори, семінари - практикуми , групи підтримки , майстер - класи.

3. Наочно - інформаційні форми: інформаційні стенди, папки - пересувки, буклети, пам'ятки, веб-сайти, блоги, соціальні мережі.

Результати контрольного експерименту засвідчили, що рівень розвитку комунікативної активності дітей з артразією і ЗНМ експериментальної групи є значно вищим ніж у контрольній групі. Так, 28,6% дошкільників експериментальної групи продемонстрували значне зростання достатнього рівня розвитку комунікативної активності 50,0% дітей показали середній рівень, 21,4% - продемонстрували низький рівень розвитку комунікативної активності.

У контрольній групі достатній рівень розвитку комунікативної активності мали 14,3% дітей, що вдвічі нижче, ніж в експериментальній. Середній рівень склав 50,0% , в низький - 35, 7%, що на 14,3% - нижче, у порівнянні з експериментальною групою.

Отже результати контрольного експерименту засвідчили ефективність визначених педагогічних умов формування комунікативної активності дітей старшого дошкільного віку з дизартрією і загальним недорозвитком мовлення:

Перспективним напрямом подальших дослідницьких розвідок є вивчення питань корекції мовленнєвого розвитку дітей дошкільного віку з використанням інноваційних методів та засобів.

Список використаних джерел:

1. Альохіна Н. В. Формування комунікативної компетенції майбутніх фахівців. Наукові записки. Серія: Культура і соціальні комунікації . 2012. С. 23 - 31.
2. Аматьєва О. П. Методика навчання виразності мовлення дітей старшого дошкільного віку: Автореферат дисертації канд. пед. Наук: Південноукраїнський державний педагогічний університет ім. К. Д. Ушинського. 1997. 24 с .
3. Артамонова К. В. Діяльнісний підхід у формуванні комунікативних навичок дошкільників - Дошкільна освіта, 2021,с.33.
4. Артемова Л. В. Щоб дитина хотіла і вміла вчитися. Дошкільне виховання. 2000. С. 6-7.
5. Баранець І. В. Формування комунікативної компетентності у дітей старшого дошкільного віку із моторною алалією. – Інститут спеціальної педагогіки НАПН України, 2020. URL: <http://ispukr.org.ua> (дата звернення: 25.11.2025).
6. Баранець І. В. Компетентнісний підхід в організації освітньо - виховного процесу дітей старшого дошкільного віку із порушенням мовлення. Шляхи удосконалення професійних компетентностей фахівців в умовах сьогодення: матеріали І міжнародної науково-практ. інтернет - конф. Київ . 2020. С.333 - 334.
7. Баранець І. В. Методика формування комунікативної компетенції у дітей старшого дошкільного віку із моторною алалією. Засоби навчальної та наукової діяльності : зб.наук.праць . Харків, 2020 . С. 67 - 88.

8. Бацевич Ф. С. Основи комунікативної лінгвістики. К . : Академія , 2004 . 342 с.
9. Бєляєва Л. Г. Комунікативна поведінка з дизартрією та аутизмом: порівняльний аналіз, 2022 . Т. 8 , с.108 - 115.
10. Булатов А. М. , Винарська Є. М. Дизартрія і її діагностика . Ташкент, 1973. (Класична монографія).
11. Вакуленко О. О. Формування комунікативно - мовленнєвої компетенції у дошкільників . Запоріжжя: ЗНУ , 2019.
12. Васьківська Г. Формування комунікативної компетентності особистості як основна проблема сучасної лінгводидактики . Розділ II . Теорія навчання. Науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки, 2016. С. 33 -38.
13. Всеосвіта. Формування та розвиток комунікативних навичок у дітей з ДЦП та порушення інтелекту. Презентація, 2023.
14. Виговська Т. Ю. Педагогічні умови формування комунікативної активності у дітей старшого дошкільного віку. - Педагогічні науки, 2025 , с. 5 - 11.
15. Власова Н. А. , Самойленко Н. С. Теорія і практика логопедії., - К. , 2017 (загальні основи корекції дизартрії).
16. Волкова Л. С. , Селіверетов В. І. Логопедія. 1998. (Класифікація дизартрії та методи корекції).
17. Велика українська енциклопедія. Поведінка комунікативна. – ДНУ «Енциклопедичне видавництво», 2020. URL: https://vue.gov.ua/Поведінка_комунікативна
18. Гавриш Н. В. Розвиток мовлення дітей дошкільного віку. К. : Освіта, 2010. 223 с.
19. Гавриш Н. В. Художнє слово і дитяче мовлення. Дитячий садок. 2005. С.4 - 6.

20. Галущенко В. І. Застосування інноваційних логопедичних технологій у корекційній роботі з дітьми з порушеннями мовлення. Актуальні питання корекційної освіти: Збірник наукових праць. Київ, 2016
21. Горбачук Н. А. Особистісно орієнтоване навчання дітей з порушенням мовлення. - Вісник психології і педагогіки, 2023, с. 12 - 18.
22. Гончаренко С. У. Український педагогічний словник. К. : Либідь, 1997. 376 с.
23. Гуровець Г. В., Маєвська С. І. Особливості іннервації артикуляційного апарату при дизартрії. – *Логопедія сьогодні*, 2021, №2, с. 14–22.
24. Денисенко О. І. Розвиток навичок комунікабельності у дітей дошкільного віку. Черкаси : ЧОППОПП , 2012. 32 с.
25. Дмитрук Л. Особливості українського мовленнєвого етикету . Науковий вісник МНУ імені В.О. Сухомлинського. Педагогічні науки. 2016, Вінниця. С.273 -277.
26. Дитячий церебральний параліч. Клінічна характеристика. Методичний посібник / за ред. О. М. Куліченко . - Одеса : ОН Мед. У, 2019.
27. Залановська Л. І. Розвиток комунікативної діяльності дитини з особливими освітніми потребами в умовах інклюзивного навчання. 2022. С. 14 - 22.
28. Зінчук Т. С ., Бутузова Л. П. Особливості мовленнєвого розвитку дітей з дизартрією. Мат - ли конф. "Modern Problems of Science and Technology", 2024, с. 147 - 150.
29. Кікаленко О.С. Логоритміка, як засіб розвитку комунікативних умінь дітей з мовленевим порушеннями. Дефектологія , 2021, с. 25 - 30.
30. Киричук Т. В. Особистісно орієнтований підхід до дитини в ДНЗ, Методичні діалоги 2018, с. 7 - 12.
31. Кожевникова Т. Школа педагогічної майстерності: Мовленнєвий розвиток дошкільнят . Дошкільне виховання. 2022. С. 6 - 9.

32. Колодич О. Б. Сучасні підходи до вивчення мовленнєвої діяльності. Педагогіка і психологія. 2004 . С. 17 - 20.
33. Кононко О. Л. Про базову програму розвитку дошкільника " Я у світі" Дошкільне виховання. 2008. С. 29.
34. Корнєва Л. М. Поняття комунікативної готовності дітей старшого дошкільного віку. - Психолігвістика, 2018, с. 45 - 50.
35. Корніяка О. М. Психологія комунікативної культури дошкільника . Київ: Міленіум, 2006. 336 с.
36. Колупаєва А.А., Таранченко О.М. Діти з особливими потребами в загальноосвітньому просторі : початкова ланка. Путівник для педагогів: Навчально - методичний посібник. К.: " АТОПОЛ " 2010. 9 с.
37. Крутій К. Л. Методика розвитку мовлення дітей дошкільного віку. Тернопіль: Мандрівець, 2010. 264 с.
38. Куренкова А. В. Формування соціально - комунікативної компетентності дошкільників із загальним недорозвитком мовлення. Інноваційна педагогіка. Випуск 50. Том 1 . 2022. С. 114 -118.
39. Кучай О. В. Компетенція і компетентність - відображення цілісності та інтеграційної суті результату освіти. Рідна школа. 2009. С. 44 - 48.
- 40 . Лебединський В.В. Порушення психічного розвитку дітей. К. : Вища школа, 1985. 154 с.
41. Логвиненко М. Соціокультурні особливості комунікативної поведінки старших дошкільників.- Молодий вчений, 2020, с. 68 - 72.
42. Луценко І. Культура мовленнєвого спілкування : зміст і методи роботи: розвиток мовлення. Дошкільне виховання. 2004. С. 10 - 12.
43. Панченко І. І. Класифікація дизартрії за синдромологічним принципом. - Мат - ли конф." Сучасна логопедія " , 2020, с. 15 - 18.

44. Плавун Т. Б. Особливості мовлення дітей старшого дошкільного віку з дизартрією. - Логопедія : Науковий журнал, 2021, с.45- 53 .
45. Пантеліна О.В. Сенсорна інтеграція у дітей з ДЦП. 2021., ст. 45 - 52.
46. Селіверстов В.І. Понятійно - термінологічний словник логопеда. - 1997.
47. Строк К. Ще раз про розвиток мовлення: Пріоритетні напрями розвитку мовленнєвої діяльності дошкільнят. Дитячий садок. 2004. С. 2 - 7.
- 48 . Тарасун В. В. Реабілітація хворих на ДЦП методом динамічної пропріоцептивної корекції. Медична реабілітолога, 2020, с. 25 - 30.
49. Трофименко Л.І. Особливості розвитку особистості дошкільників з мовленевими порушеннями . - Теоретичне і методичне забезпечення розвитку дошкільної освіти. 2022, с. 91- 95.
50. Христова О. Г. Ритмічні вправи для дітей з порушеннями мовлення. Практичний логопед. 2021, с. 8 - 12.
51. Хрестоматія з логопедії/ За ред. Шеремет М. К. : КНТ, 2006. 360 с.
52. Чепурна О . В. Розвиток комунікативних здібностей дітей раннього та дошкільного віку. К. : 2012. 215 с.
53. Чернякова М. О., Стахова Л.Л. Особливості формування просодичних компонентів мовлення у дітей дошкільного віку зі стертою формою дизартрії. Сучасні проблеми логопедії та реабілітації., 2016, с. 156 - 159.
54. Чиркіна Т. В. Корекційно - логопедичний вплив на просодичну сторону мовлення у дітей з дизартрією. Логопедія і реабілітація., 2017, с. 22 - 29.
55. McFadd E. D., Hustad K. C. Communication modes and functions in children with cerebral palsy. – *J. Speech Lang. Hear. Res.*, 2020, 63(6)p.1776–1792PMI3245916

56. Thomas-Stonell N. et al. Predictor variables for communication outcomes in children with cerebral palsy. – *Developmental Medicine & Child Neurology*, 2012, 54(4), p. 342–347. DOI: 10.1111/j.1469-8749.2011.04206.x

57. Novak I. et al. A systematic review of interventions for children with cerebral palsy: state of the evidence. – *Developmental Medicine & Child Neurology*, 2012, 55(10), p. 885–910. DOI: 10.1111/j.1469-8749.2012.04436.x.

Pennington L. et al. Effects of speech therapy on the communication skills of children with cerebral palsy (Review). – *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013, Issue 7, Art. No.: CD009449. DOI: 10.1002/14651858.CD009449.pub2

58. Hustad K. C. et al. Speech development and intelligibility in children with cerebral palsy. – *Developmental Medicine & Child Neurology*, 2010, 52(10), p. 944–950. DOI: 10.1111/j.1469-8749.2010.03750.x

59 . Clancy R. R., Hustad K. C. Early predictors of communication in children with cerebral palsy. – *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 2011, 54(5), p. 1496–1511. DOI: 10.1044/1092-4388(2011/10-0076) Bax M. et al. Proposed definition and classification of cerebral palsy[6]. – *Developmental Medicine & Child Neurology*, 2006, 47(8), p. 571–576.

60. National Institute of Neurological Disorders. Cerebral Palsy: Hope through Research (NIH Publication No. 20-159). – Bethesda, MD, 2020. (огляд стану проблеми ДЦП)