

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ І СПОРТУ
УКРАЇНИ

Кафедра терапії та реабілітації

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття освітнього ступеня магістр
за спеціальністю 227 – Терапія та реабілітація
освітньою програмою: «Ерготерапія»

на тему: **«РОЗВИТОК КОМУНІКАТИВНИХ НАВИЧОК У ДІТЕЙ
ПЕРІОДУ ПЕРШОГО ДИТИНСТВА З РАС ДЛЯ НАВЧАННЯ
ВИКОНАННЮ НАВИЧОК ADLs ЗАСОБАМИ ЕРГОТЕРАПІЇ»**

Здобувач вищої освіти
другого (магістерського) рівня
Пуляєва Дар'я Олегівна

Науковий керівник: Виноградова М.С.
Рецензент: І.В. Хрипко
к.фіз.вих., доцент

Рекомендовано до захисту на засіданні
кафедри (протокол №20 від 20.04.20205 р.)
Завідувач кафедри: Лазарева О.Б.
д.фіз.вих., професор



Київ - 2025

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ.....	3
ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1	8
СУЧАСНИЙ СТАН ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ КОМУНІКАТИВНО - МОВЛЕННЄВИХ МОЖЛИВОСТЕЙ ОСІБ З РАС.....	8
1.1 Визначення поняття «аутизм», історичний аспект проблеми вивчення РАС	8
1.2 Поняття ADLs та IADLs. Сутнісні характеристики комунікації та комунікативного процесу. Питання вибору системи комунікації для осіб із порушеннями розвитку для виконання ними ADLs	11
1.3 Питання сучасної діагностики та системи диференційованої допомоги особам з РАС. Особливості розвитку дітей періоду першого дитинства із з РАС	20
ВИСКОВКИ ДО ПЕРШОГО РОЗДІЛУ	25
РОЗДІЛ 2	26
МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ	26
2. 1 Аналіз науково-методичної літератури.....	26
2.2. Методи та етапи організації дослідження.....	27
РОЗДІЛ 3	33
РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ	33
3.1 Обґрунтування побудування алгоритму ерготерапевтичного втручання щодо формування комунікативно-мовленнєвих навичок засобами ерготерапії та ААС у дітей періоду першого дитинства із з	

РАС для навчання виконанню навичок ADLs, на основі аналізу результатів.....	33
3.2 Алгоритм ерготерапевтичного втручання щодо формування комунікативно-мовленнєвих навичок засобами ААС у дітей періоду першого дитинства із з РАС для навчання виконанню навичок ADLs, IADLs	54
3.3 Ефективність і обговорення результатів дослідження.....	62
ВИСНОВКИ	67
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	69
ДОДАТКИ	76

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

МКХ- Міжнародна Класифікація Хвороб

МОЗ-Міністерство Охорони Здоров'я

РАС- Розлад Аутистичного Спектру

РДА-Ранній Дитячий Аутизм

ADLs- Activities of Daily Living

AAC-Alternative and Augmentative Communication

PECS-Picture Exchange Communication System

PEO-модель Person–Environment–Occupation

WeeFIM- Functional Independence Measure for Children

ВСТУП

Актуальність теми. У зв'язку з певним зростанням кількості осіб із з РАС та підвищенням суспільного інтересу до цієї проблеми, а також труднощами своєчасної діагностики таких порушень і недосконалістю системи диференційованої допомоги, питання дослідження комунікативно-мовленнєвих можливостей та шляхів успішної соціалізації осіб із з РАС залишаються вельми актуальними.

Проблема аутизму висвітлювалася та вивчалась в медичній, психологічній та педагогічній літературі протягом останніх двох століть. В основному, це були зарубіжні дослідження Н.Asperger, L.Bender, M.Bristol, S.Harris, В.Hermelin, L.Kanner. Наукова розробка проблеми аутизму у вітчизняному просторі пов'язана з іменами видатних психіатрів, корекційних педагогів, психологів Е.Блейлер, Д.Гіляровський, К.Лебединська, О.Нікольська, Н.Озерецький. В останні десятиріччя в Україні спостерігається зацікавленість цією проблемою як науковцями, так і практиками, а саме дослідження і наукові роботи: Т.Ілляшенко, С.Конопляста, К.Островська, М.Рождественська, М.Химко, Д. Шульженко.

Статистика щодо РАС, оприлюднена американськими епідеміологами, викликала великий резонанс у багатьох країнах. Centers for Disease Control and Prevention (центр з контролю захворюваності і профілактики США) опублікував звіт з-даних за 2018 рік, згідно якому, в однієї дитини з 54-ти є розлад аутистичного спектру (РАС). Нещодавно опублікована нова статистика за 2022 рік, що чітко показує тенденцію до зростання осіб з РАС.

В свою чергу, за даними МОЗ України, захворюваність РАС з 2008 по 2013 роки зросла в 3,8 разів; показник розповсюдженості аутизму стабільно підвищується на протязі останніх десятиліть: 2,4 до 9,1 на 100 000 дитячого населення. Захворюваність розладами 6A02-06A06, за МКХ-11, має тенденцію до зростання. Кількісне зростання випадків РАС багато в чому

обумовлене змінами в діагностичних процедурах, доступності відповідних служб та в рівні обізнаності населення про проблему аутизму.

Об'єкт дослідження – процес комунікації дітей із РАС в ході виконання ADLs, IADLs.

Предмет дослідження – формування комунікативно-мовленнєвих навичок у дітей періоду першого дитинства із РАС засобами альтернативної та додаткової комунікації під час виконання ADLs, IADLs.

Мета дослідження- проаналізувати особливості становлення та розвитку комунікативно-мовленнєвих навичок у дітей із РАС, визначити чинники, що впливають на формування комунікації як соціального явища у дітей РАС, розробити алгоритм втручання щодо використання засобів ерготерапії та ААС у дітей періоду першого дитинства із РАС під час виконання ADLs , описати можливості застосування засобів ААС для осіб з РАС та результати ерготерапевтичного втручання.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний аналіз та узагальнення літератури щодо питання становлення сучасного поняття « РАС », проблеми формування та розвитку комунікативно - мовленнєвих навичок, соціалізації, навичок самообслуговування у дітей із РАС в ерготерапії, психології, логопедії, психіатрії та суміжних науках.

2. Підібрати методику дослідження та визначити напрями діагностики сформованості комунікативно-мовленнєвих навичок у дітей із РАС. Оцінити вплив сформованості комунікативно-мовленнєвих навичок на виконання ADLs. Здійснити оцінку рівня комунікативно-мовленнєвих навичок та навичок виконання ADLs у дітей із РАС періоду першого дитинства в умовах центру розвитку.

3. Розробити та обґрунтувати алгоритм заходів ерготерапії щодо розвитку комунікативних навичок, навичок виконання ADLs у дітей із РАС засобами ерготерапії, ААС та шляхи їх реалізації в умовах центру розвитку та поза його межами.

Гіпотеза дослідження: передбачається, що застосування розробленого алгоритму заходів щодо розвитку комунікативних навичок, навичок виконання ADLs, дітей періоду першого дитинства із РАС за допомогою засобів ерготерапії, альтернативної та допоміжної комунікації, сприятиме успішній соціалізації та незалежності осіб з РАС.

Методи дослідження:

- Теоретичні: теоретико-методологічний аналіз, узагальнення та інтерпретація наукових даних з метою визначення стану розробленості проблеми та перспективних напрямів її вирішення;

- емпіричні: вивчення анамнестичних відомостей та психолого педагогічних характеристик, спостереження, інтерв'ювання, комплекс адаптованих завдань з оцінювання рівня сформованості комунікативно-мовленнєвих навичок, за допомогою яких був зібраний емпіричний матеріал, що стосується відбору компонентів і напрямів дослідження комунікативно-мовленнєвих навичок у дітей періоду першого дитинства із з РАС.

- Діагностичний експеримент, який дозволив з'ясувати стан сформованості комунікативно-мовленнєвих навичок та їх зв'язок з навичками виконання ADLs у дітей періоду першого дитинства із з РАС та причини труднощів в оволодінні зазначеними навичками. Експеримент дозволив розробити алгоритм заходів ерготерапії щодо формування комунікативно-мовленнєвих навичок у дітей періоду першого дитинства із РАС за допомогою засобів ерготерапії, AAC для виконання ADLs .

- Формувальний експеримент у ході якого було впроваджено алгоритм ерготерапевтичного втручання у групі дітей з РАС періоду першого дитинства.

Контрольний експеримент проведений з метою перевірки ефективності формувального втручання та оцінки стійкості набутих навичок у дітей періоду першого дитинства з РАС.

Наукова новизна отриманих результатів. Запропоновано алгоритм втручання та вдосконалено досвід формування комунікативних навичок у

дітей із з РАС за допомогою засобів ерготерапії, ААС для виконання виконання ADLs .

Практичне значення дослідження полягає в тому, що подані дані можуть бути використані для удосконалення діагностики специфічних особливостей мовленнєвого та емоційного розвитку дітей із з РАС і розробки на цій основі нових технологій успішного формування процесу комунікації. Як наслідок покращення виконання навиків виконання ADLs та досягнення повної або часткової незалежності осіб з РАС.

Результати дослідження розширюють уявлення про структуру причин порушень комунікативно-мовленнєвої діяльності дітей із з РАС, що може виступати засобом їх соціально-психологічної адаптації. Дібрані та адаптовані здобувачем комплекси діагностичних методик для визначення стану сформованості комунікативно-мовленнєвих навичок і причин труднощів оволодіння ними можуть бути використані і використовуються у професійній діяльності ерготерапевта, психолога, учителя-логопеда, поведінкового аналітика, АВА-терапевта (інструктора), спеціаліста з сенсорної інтеграції, фізичного терапевта, арт-терапевта в умовах спеціальної та інклюзивної освіти. Упровадження в практику результатів дослідження відбулося в центрі розвитку: Громадське Об'єднання «ДОМ» міста Харкова.

РОЗДІЛ 1

СУЧАСНИЙ СТАН ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ КОМУНІКАТИВНО - МОВЛЕННЄВИХ МОЖЛИВОСТЕЙ ОСІБ З РАС

1.1 Визначення поняття «аутизм», історичний аспект проблеми вивчення РАС

Вперше зустріти симптоматику, яка наразі розуміється як аутизм, можна у роботах Haslem (1809), de Sanctis (1908), Heller (1908). [1,2] Проте тільки в 30-40-х рр. ХХ ст. в різних країнах з'явилися описи хворих дітей, особливості поведінки та соціальної взаємодії яких вже термінологічно позначалися як аутистична поведінка: [1,3,4].

Щодо терміну «autismus», то він був використаний швейцарським психіатром E.Bleyler [5] у 1912, як характеристика симптомів шизофренії. Сучасне значення терміну «аутизм» вперше (1938) запропонував G.Asperger [3] з Віденського Університетського госпіталю у своїй лекції з дитячої психології на німецькій мові, використавши термін E.Bleyler [5] «аутичні психопати». G.Asperger [5] у 1944 р. опублікував свою наукову роботу, в якій детально описав групу дітей та підлітків з дефіцитом комунікації та соціальних навичок, повторюваними формами поведінки, тобто один з розладів аутистичного спектра, згодом названий синдромом Аспергера (Asperger's syndrome). Роботи G.Asperger довгий час залишалися непопулярними [5].

Уявлення про аутизм саме як про спектр розладів - від легкого до важкого ступеня важкості клінічних проявів, ототожнюють з дослідженнями Л. Вінг (L. Wing) [6] Зазначимо і те, що L.Kanner [6] насамперед сформулював та закарбував у науці концепцію порушення розвитку, названого аутизмом.

Основні ознаки - відчуженість, схильність до повторюваних дій, специфічні порушення уваги, помічені та описані L.Kanner, [6] досі вважаються типовими проявами РАС та частиною діагностичних критеріїв аутизму в МКХ-11 і DSM-5-TR

Слід відмітити також наукові здобутки Б.Рімланда (B. Rimland, 1946), [7] який використав поняття «порушення нейророзвитку». У своїй роботі «Дитячий аутизм: синдром і його наслідки для нейрональної теорії поведінки» він поклав початок сучасним уявленням про генез аутистичних розладів. Переважна кількість дослідників і на сьогодні вважають причиною аутизму генетичні аномалії чи ушкодження мозку в період вагітності, під час пологів, постнатальний період розвитку дитини.

Сучасним поглядом науковців на проблему є те, що від аутизму в широкому сенсі слова слід відрізняти патологічний стан, який є ядром раннього дитячого аутизму (РДА) - (синдром L.Kanner), і який найбільш виражено проявляється у віці 3-5 років порушеннями соціального розвитку та не корелює з рівнем інтелектуального розвитку.

До симптоматики РДА L.Kanner [7] включив: відсутність або ослаблення прояву комплексу пошуків до людей і його наявність до неживих предметів; порушення мовлення (мутизм, ехолалії); відсутність зорового контакту, схильність до стереотипної поведінки; відхилення в ігрових інтересах; прояви небажаної поведінки, підвищену агресивність та ін. Думки стосовно інтелектуального розвитку дітей з аутизмом ще в часи L.Kanner [7] були розбіжні. На думку вчених Р.Гобсон, У.Фріз, Ф.Аппе, в осіб з аутизмом можливе поєднання значних досягнень у колі спеціальних інтересів (рахунок, танець, механічне конструювання тощо) з дефіцитарними симптомами. [7,8]

Слід звернути увагу на праці, які доводять неспецифічність раннього дитячого аутизму.

Прихильники психогенезу М.Махлер, З.Руттенберг, стверджують про багатofакторність раннього дитячого аутизму: це вплив зовнішніх чинників

(пологи, вікові кризові періоди, інфекції, травми) і порушення зв'язку матір-дитина, розлад адаптаційних механізмів незрілої особистості тощо. [7]

У той же час від дитячої шизофренії був відмежований і описаний синдром Ретта, при якому відмічаються аутистичні симптоми на першій стадії розвитку синдрому (А.Ретт, 1966; Б.Хагберг, 1985; В.М.Башина 1993, 1995).

Отже, проблема аутистичних розладів у дітей розглядалась протягом півстоліття. Залежно від наукового напрямку, в аспекті якого розглядаються аутистичні розлади, їхня природа і клініка, вони верифікуються як симптом, синдром, хвороба, патологія розвитку. Це знаходить підтвердження у міжнародних класифікаціях хвороб: МКХ-10 (ICD-10), МКХ-11 (ICD-11). З розвитком медичної науки та вдосконаленням діагностичних підходів сформувалося поняття РАС (РАС, англ. ASD — Autism Spectrum Disorders), яке охоплює широкий спектр станів з різним рівнем проявів і ступенем тяжкості. Сучасна класифікація, прийнята Американською психіатричною асоціацією в DSM-5 (2013), об'єднала раніше окремі діагнози (власне аутизм, синдром Аспергера, дезінтегративний розлад та інші) під загальним терміном «розлад аутистичного спектру».

РАС характеризуються тріадою порушень:

- порушення соціальної взаємодії,
- труднощі в комунікації,
- обмежений, повторюваний репертуар інтересів та поведінки.

За даними ВООЗ, РАС спостерігаються приблизно у 1 з 100 дітей. Зростання кількості діагнозів у всьому світі зумовлене як підвищенням поінформованості та покращенням діагностики, так і змінами у діагностичних критеріях. Таким чином, аутизм розглядається не як окреме захворювання, а як нейророзвитковий стан, що вимагає міждисциплінарного підходу до підтримки, зокрема із залученням ерготерапевтів, логопедів, психологів та педагогів. [8].

Згідно з даними за 2022 рік Центру контролю та профілактики захворювань

(CDC) у США про аутизм загальна поширеність РАС становила 32,2 на 1000 одну з 31 дітей віком 8 років. За п'ять років (з 2009 по 2013) захворюваність на РАС, згідно з офіційними статистичними даними МОЗ України, зросла на 194%: з 0,55 до 1,61 на 100 тисяч дитячого населення. Показник первинної захворюваності в Україні стабільно збільшувався з 2006 року: у 2007 р. – на 28,2%; 2008 р. – на 32,0%, 2009 р. – на 27,2%, в 2010 р. – на 35,7%, 2011 р. – на 21,2%, 2012 р. – на 25,3%. Поширеність РАС у дитячій популяції за ці роки зросла у 2,84 раза – з 17,0 до 48,2 на 100 тисяч населення. [8].

В Україні відповідно до даних електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ) загалом обліковано 20 936 дітей з діагнозом «аутизм» у 2023 році. Разом з тим, в Україні, Сербії та Хорватії, всупереч діагностичним критеріям МКХ-10, МКХ-11 та клінічній практиці, що склалася в Європі, до недавнього часу при досягненні дітьми з РСА 18-річного віку діагноз аутизму переглядали і виставляли інший діагноз. Найчастішими замінами діагнозу «аутизм» були: розумова відсталість (F70- 79), шизофренія (F20), розлади особистості та поведінкові розлади внаслідок хвороби, пошкодження та дисфункції головного мозку (F07), шизоїдний розлад особистості (F60.1) [8]. Отже, у параграфі розглянуто питання становлення поняття «аутизм», його поширеності в Україні та світі. Сучасні уявлення про РАС.

1.2 Поняття ADLs та IADLs. Сутнісні характеристики комунікації та комунікативного процесу. Питання вибору системи комунікації для осіб із порушеннями розвитку для виконання ними ADLs

«Короткий термінологічний словник ерготерапії» визначає ADLs як: активність повсякденного життя (Activities of Daily Living/ADLs) - сфера заняттєвої активності людини, яка охоплює справи повсякденної життєдіяльності, необхідні для задоволення базових потреб людини: гігієну (прийом душу, ванни) та догляд за тілом (гоління, догляд за волоссям, користування косметикою, догляд за ротовою порожниною тощо),

користування туалетом, одягання, прийом їжі (користування столовими приладами, жування, ковтання), переміщення тіла та предметів, користування допоміжними засобами та догляд за ними (окуляри, ортези, глюкометри, адаптивне обладнання тощо) та сексуальну активність [9].

- інструментальна активність повсякденного життя (Instrumental Activities of Daily Living/IADLs) – сфера заняттєвої активності людини, яка охоплює справи повсякденної життєдіяльності, які виконуються для задоволення потреб людини у її будинку/квартирі або за їх межами, самотійно або у взаємодії з іншими людьми: опіка і догляд за іншими особами, догляд за дітьми, догляд за домашніми тваринами, облаштування помешкання та догляд за ним, приготування їжі, керування автомобілем, користування громадським транспортом, менеджмент фінансів, менеджмент особистого здоров'я, релігійна/духовна активність, безпека дій у нестандартних та надзвичайних ситуаціях, здійснення покупок.

У осіб з PAC виконання ADLs часто ускладнене через:

- сенсорні порушення, які впливають на толерантність до текстур, звуків або температур;
- дефіцит соціальної взаємодії та комунікаційні труднощі, які ускладнюють розуміння інструкцій;
- рухові й координаційні порушення, які впливають на здатність виконувати точні або послідовні рухи;
- поведінкові стереотипії або ригідність, що перешкоджає адаптації до змін або нових дій.

Ерготерапевтичне втручання зосереджене на поетапному навчанні виконанню цих навичок, використанні візуальних підказок, структуруванні середовища та залученні альтернативної та додаткової комунікації (AAC) для формування інструктивного розуміння й мотивації до виконання дій. Комунікація як сфера знання і наукових інтересів сформувалася давно. На сьогодні функціонує велика кількість її визначень. Наприклад, американський учений-психіатр Юрген Рюш виокремив 40 підходів до

комунікації в різних сферах, у т. ч. архітектурі, антропології, психології, політиці тощо.

Розглянемо комунікацію у сфері процесу спілкування. Комунікацію визначають як процес встановлення та розвитку контакту між людьми, що виникає у зв'язку з потребою у спільній діяльності; він включає в себе обмін інформацією; характеризується взаємним сприйняттям і спробами впливу один на одного учасниками комунікації [10,11,12].

Людина є соціальною істотою, яка реалізує себе у взаємодії з іншими людьми. Здатність комунікації та потреба в комунікації є чи не найважливішими сутнісними ознаками кожної особистості. Основою комунікативної діяльності є певний обмін інформацією [12].

Дитина пізнає світ, отримує знання та досвід у процесі спілкування, саме тому комунікація є найважливішим чинником розвитку дітей [14]. Комунікативний процес визначається як основа спілкування, організація якого залежить від розуміння системи і структури процесу, а також природи комунікативного акту [15,16,17].

Основним засобом комунікації між людьми є мовлення. Як правило, мовлення супроводжується невербальною комунікацією. Саме вона є вираженням індивідуальності та характеризує особистісне ставлення до процесу спілкування.

В.В. Тарасун зазначає у своїх працях, що підкоркові структури та кора головного мозку є головними та базовими елементами для становлення та функціонування мовленнєвої діяльності. Підкоркові структури головного мозку відповідають за ритм, інтонації, темп, емоційне забарвлення та виразність мовлення. Кора головного мозку, своєю чергою, відповідає за сприйняття, розуміння, утворення та процес програмування мовлення [18,19].

Згідно з концепцією О.Р. Лурії, структури мозку можна умовно об'єднати у три функціональні блоки, що обов'язково беруть участь в у будь-якому процесі психічної діяльності, а отже і у мовленні, у комунікативній діяльності людини. Перший блок забезпечує регуляцію тону, другий –

отримання, переробку і зберігання інформації, третій – програмування, регуляцію і контроль психічної діяльності [20].

Проте не кожна дитина з ряду причин може реалізувати потребу в комунікації.

Формування та утворення комунікативно-мовленнєвої діяльності в онтогенезі відбувається на основі ряду закономірностей, які спостерігаються у всіх без винятку дітей, незалежно від стану їхнього здоров'я. Це обумовлено специфікою психологічної природи зв'язку мислення та мовлення.

Є діти, в яких недостатньо розвинене мовлення, через це вони потребують підтримуючої (допоміжної) або альтернативної комунікації.

Наразі у науково-методичних виданнях достатньо широко розкрита тема використання та удосконалення загальноприйнятих методик розвитку мовлення. Питання комунікації та розуміння її значущості штовхає науковців до пошуків шляхів використання допоміжних засобів комунікації для осіб із особливостями розвитку.

Такі пошуки знайшли своє відображення у концепції альтернативної та допоміжної комунікації, яка відповідно міжнародній термінології існує як ААС.

ААС - це форма спілкування за допомогою жестів, міміки, картинок, фотографій, піктограм, технічних засобів, яка допомагає дитині адаптуватись у соціумі. Її концепція почала формуватися у кінці 70-х - на початку 80-х років ХХ століття, коли був заснований міжнародний проект з проблем вивчення тяжких мовленнєвих порушень між Великобританією, Канадою, США та Швецією. У подальшому це стало основою для створення всесвітньої організації - International Society for Augmentative and Alternative Communication.

Слід зазначити, що з концепцією ААС ще недостатньо обізнані педагогічні та соціальні працівники в Україні.

Концепція ААС використовується у світі з 60-х років минулого століття, а офіційною датою світового визнання цієї концепції є 1983 рік.

Цілі використання ААС визначаються як: побудова функціонуючої системи комунікації; розвиток навички самостійно та зрозуміло доносити до слухача нову для нього інформацію; розвиток здатності дитини висловлювати свої думки за допомогою символів.

ААС може використовуватися при різноманітних порушеннях спілкування. Її застосування покращує якість життя та значно підвищує рівень соціалізації осіб із порушеннями розвитку.

Отже, ААС використовується для допомоги особам, у яких, з причин вроджених або набутих розладів, відсутнє або суттєво обмежене мовлення. Вона представлена системою спеціальних методів та засобів, покликаних, з одного боку, допомогти дітям із тимчасовою затримкою мовленнєвого розвитку, а з іншого – полегшити розуміння вербальних повідомлень (тобто, усного мовлення) осіб із тяжкими розладами мовлення.

Сучасні засоби ААС представлені трьома основними групами:

1. Найпростіші засоби: предмети, жести, фотографічні зображення чи символи. Вони допомагають виражати потреби, які стосуються життєдіяльності особи, одержувати уявлення про послідовність подій протягом конкретного проміжку часу, а також оволодівати основними мовними структурами. Спеціалістами розроблені стандартизовані набори символів: Бліс-символіка (автор Чарльз Блісс, Канада), Леб-система (Райнхольд Леб, Германія) та інші.

2. Засоби комунікації з використанням техніки, засобів (селективні): що репродукують мовленнєві повідомлення, наприклад, іграшки, що розмовляють, а також електронні записники, фотоальбоми, комунікатори тощо. За їх допомогою можливо зберігати в пам'яті пристроїв та створювати голосові повідомлення. Таким чином організуються умови для активного спілкування людей із тяжкими розладами мовлення.

3. Багатофункціональні засоби комунікації на основі складних технічних пристроїв (синтезатори мовлення, сенсорні екрани) та ін. Вони забезпечують значне розширення словникового запасу, дозволяють задавати тему розмови та одночасно об'єднувати декілька тем, роблять можливим спілкування на відстані, спрощують спілкування у групі та по телефону [15,16,17].

Комунікаційна система обміну зображеннями або PECS - це модифікована програма прикладного поведінкового аналізу (АВА) з раннього навчання невербальної символічної комунікації. Система сприяє розвитку мовлення у дитини з РАС , але не вчить усного мовлення безпосередньо. Навчання за системою PECS відбувається виключно у природному для дитини середовищі, у класі або вдома, під час індивідуальних занять протягом дня [18].

Навчання дитини такої комунікації відбувається з використанням позитивної поведінкової підтримки. Техніки навчання включають різні стратегії прикладного аналізу поведінки, такі як об'єднання в ланцюг, підказки, моделювання та модифікації навколишнього середовища.

Вибір відповідної системи комунікації покликаний істотно полегшити навчання дитини, а також підштовхнути розвиток у неї мовлення. Деякі дослідження показують, що у системах комунікації селективного виду - таких, як вибір символу або картки з ряду інших символів, менше переваг, ніж у топографічних системах комунікації [20].

Селективні системи комунікації обтяжені додатковими пристосуваннями (книги, ноутбуки, електронні платформи, картки), вони не завжди можуть бути разом з дитиною. До того ж необхідні розвинені навички візуального сприйняття і сканування, адже ці методи потребують уміння обрати символ-картку, що є відповідною для вираження ініціативи чи бажання.

Однак, топографічні системи комунікації теж мають свої недоліки - вони вимагають гарної моторики та координації м'язів - для того, щоб

оточуючі могли зрозуміти жести. Також, вибір даної системи комунікації обмежує коло людей, з якими дитина може спілкуватися, тому що більшість людей не знайомі з мовою жестів. Брак фахівців, які вміють навчати даних навичок, є додатковою перешкодою використання даних систем навчання дітей.

Тому, прийняття рішення про вибір відповідної системи комунікації має ґрунтуватися на наявних у дитини навичках - у сферах візуального сприйняття, дрібної моторики, різноманітності мотиваційних факторів і сфер інтересу, а також первинних навичок комунікації - спонтанного погляду, наближення до оточуючих людей, зорового контакту і т. д.

Проте, можливо поєднувати і комбінувати системи комунікації. Завжди можна почати з одного типу комунікативної системи (наприклад, з селективної), і надалі, у міру того, як дитина набуває додаткові навички, ввести інший тип (наприклад, топографічний).

Передумовою для успішного використання ААС є якісна діагностика комунікативних можливостей дитини [21,22].

Вибір засобів ААС залежить від рівня розвитку комунікативних та психофізичних можливостей дітей і здійснюється командою фахівців із альтернативної та додаткової комунікації (спеціальним психологом, логопедом, психотерапевтом, фахівцем із соціальної роботи) та батьками дитини.

Розглянемо деякі принципи роботи з впровадження системи альтернативної та додаткової комунікації :

Принцип «Від більш реального до більш абстрактного». Фахівці у виборі засобів ААС орієнтуються на реальний рівень розвитку дитини, а не на її біологічний вік. Роботу з використання графічних засобів комунікації починають з фотографій. Цьому передують використання реальних предметів, іграшок. Схема використання графічних стимулів має наступний вигляд: фотографії → картинки із зображенням реальних предметів → картинки → символи → піктограми → схеми.

Принцип «Надмірності інформації» передбачає одночасне використання декількох комунікативних засобів (наприклад, жест, слово, піктограма), орієнтування на індивідуальність, можливість вибору засобу комунікації самою дитиною.

Принцип мотивації. Вибір комунікативного засобу залежить від комунікативних можливостей дитини і кола її інтересів. Основна ідея даного принципу полягає у визначенні шкали інтересів кожної дитини і вмінні дорослого включити її у процес спілкування.

Принцип функціонального використання передбачає індивідуальний вибір комунікативного засобу в залежності від функціональних можливостей дитини: слуху, зору, руху, нюху, тактильних відчуттів. Утворення комунікативного середовища навколо дитини: рівень пред'явлення символу або засобу, поза дитини, можливість участі асистента.

Вибір засобів та методів використання ААС залежить виключно від результатів спостереження та обстеження конкретної дитини. Галузь ААС включає в себе створення адекватного можливостям дитини комунікативного середовища. Тому необхідно спеціально навчати не тільки дітей з обмеженими можливостями, але й тих, хто безпосередньо знаходиться з ними, зокрема членів родини [23,24,25].

За допомогою засобів ААС можливо організувати комунікацію в умовах інклюзивного закладу. Для окремої дитини виробляються індивідуальні засоби - комунікативні карти, які зібрані в комунікативні книги чи розташовані на стіні, на ширмі в кабінеті. За допомогою картинки дитина може попросити будь-що, відповісти на питання, розповісти про себе і свої бажання, виразити емоції [26,27].

Важливо знайти технології комунікації, які б задовольняли потреби всіх учнів і були зручними, не вимагали надмірних зусиль від педагогів. Діти, які користуються ААС, краще соціалізуються в умовах інклюзивної форми навчання.

Використання елементів ААС при спілкуванні дорослого і дитини забезпечує взаємодію суб'єктів корекційної діяльності, та дозволяє закласти ґрунт вербальної комунікації в подальшому, коли у дитини будуть сформовані звукові і лексико-граматичні засоби, необхідні для побудови і трансляції самостійного зв'язного мовлення.

Незважаючи на очевидну необхідність у запровадженні існуючих у світі напрацювань альтернативної та допоміжної комунікації, у нашій країні та усіх країнах Європи взагалі, до цього часу ситуація із впровадженням ААС дуже різниться. Упродовж останнього десятиріччя, зацікавленість до ААС виявили країни Східної Європи, найбільш активними серед яких виявилися Угорщина, Чехія та Польща. Швидкий розвиток національних систем освіти, поява у їхній діяльності виражених орієнтирів на ранню комплексну допомогу дітям з особливостями психофізичного розвитку та допомогу дітям з важкими порушеннями створили у цих країнах сприятливі умови для сприйняття та втілення ідей ААС у практичну роботу.

Першочерговими питаннями реабілітації в Україні є: створення умов доступності якісної освіти для дітей особливими освітніми потребами, які неспроможні до усного мовлення, побудова інклюзивного освітнього середовища в Україні задля освітньої інтеграції дітей з особливими освітніми потребами, висвітлення проблематики науково-методичних питань щодо впровадження в Україні альтернативних та допоміжних засобів комунікації, вивчення успішного вітчизняного та європейського досвіду впровадження ААС напрацювання пропозицій щодо якісної підготовки фахівців у сфері альтернативної комунікації.

Ерготерапевтичні втручання, спрямовані на розвиток комунікативних навичок, можуть позитивно впливати на здатність виконувати повсякденні завдання. Наприклад, використання візуальних підказок, сценаріїв та альтернативних комунікативних систем, таких як Picture Exchange Communication System (PECS), допомагає дітям з РАС краще розуміти та виконувати послідовності дій, необхідні для ADLs .

Виходячи з вище зазначеного, відзначаємо вагоме значення процесу комунікації та розуміння мовлення при навчанні, формуванні та виконанні навичок ADLs , процесу соціалізації і формуванні незалежності осіб з РАС.

Отже, у параграфі розглянуто питання визначення та уточнення поняття « Активності повсякденного життя», «інструментальні активності повсякденного життя», “комунікація», «комунікативний процес». Проаналізовано фактори вибору системи комунікації для осіб із порушеннями розвитку. Потребує подальшого вивчення проблема впровадження та застосування засобів альтернативної та додаткової комунікації, засобів ерготерапії в інклюзивних закладах для дітей із РАС, створення безбар’єрного середовища, освіта фахівців та оточення осіб з РАС.

1.3 Питання сучасної діагностики та системи диференційованої допомоги особам з РАС. Особливості розвитку дітей періоду першого дитинства із з РАС

Зміни у діагностичних процедурах, рівень обізнаності населення про проблеми аутизму, доступність медичного обслуговування - всі ці фактори призвели до кількісного зростання випадків діагностування РАС . Проте це, звичайно, не виключає подальшого зростання реальної поширеності розладу, що спонукає приділяти більше уваги мінливим зовнішнім факторам, не акцентуючись переважно на генетичних механізмах.

Існує думка, що програми навчання соціальним і професійним навичкам можуть бути такими ж важливими, як і окремі прогностичні фактори (IQ, ранній розвиток мовлення, тяжкість симптомів аутизму) в отриманні позитивних результатів у дорослому житті особи. Більшість фахівців у галузі охорони психічного здоров'я населення висловлюються, що не знають, якої саме медико-соціальної допомоги потребує швидко зростаюча популяція дорослих осіб з аутизмом і як цю допомогу організувати.

На жаль, і сьогодні суспільством негативно сприймаються певні прояви поведінки осіб з РАС. Наразі існують різноманітні методики допомоги особам з РАС. Це поведінкова терапія за програмою АВА; методи ААС (Augmentative and Alternative Communication), сенсорна інтеграція, метод ігрової терапії Floortime, ерготерапія; програма ТЕАССН, а також дельфінотерапія, дієтотерапія, «ТОМАТІС», хелірування, лікування стовбуровими клітинами та інші. [28,29].

Серед різноманіття методик допомоги особам із РАС поряд з доказовими методиками зустрічаються і методики, які не отримали наукового підтвердження своєї ефективності.

Водночас США мають досвід широкого застосування терапії спілкуванням з кошенятами, цуценятами, птахами (особливо качками) і кінями.

Зазвичай, спілкування з тваринами є значним мотиваційним стимулом для дітей із з РАС, тому діти в ході зоотерапії застосовують всі можливості для задоволення власних комунікативних потреб. Це можуть бути як невербальні, так і вербальні методи - в залежності від індивідуальних можливостей дитини із з РАС.

Комунікативні проблеми при розладах аутичного спектра є більш складними порівняно з проблемами спілкування при мовленнєвих розладах. Порушення розвитку експресивного мовлення при розладах аутистичного спектру має широкий діапазон від мутизму до розвинутого мовлення, проте з численними семантичними (пов'язаними зі значенням слів) та вербальними прагматичними (використання мовлення для комунікації) помилками. Порушення саме прагматичної сторони мовлення є відмінною рисою особи з аутизмом.

Діти із з РАС мають значні труднощі в розумінні мовлення, особливо це стосується складної для них побудови запитань. Діти з аутизмом, що не користуються мовленням, не намагаються компенсувати цей недолік використанням жестів чи міміки. Незважаючи на рівень розвитку мовлення

особи з аутизмом, типовою є неможливість розпочинати та підтримувати діалог, цікаву для обох сторін тему розмови, зважати на зворотну реакцію співбесідника.

Складний процес розвитку комунікативно-мовленнєвих навичок неодмінно впливає на становлення інших функцій та є гарантією успішного засвоєння навичок самообслуговування та соціалізації.

Протягом останніх десятиріч відбувається значне просування в розумінні соціально-комунікативних труднощів, наявних у дітей із з РАС, що стали діагностичними критеріями розладу.

Чимало досліджень сприяли виокремленню відхилень соціального та комунікативного розвитку в дітей із РАС періоду першого дитинства, що розподілилися на дві категорії: нездатність до розподілу уваги, що проявляється у труднощах координувати увагу між людьми та об'єктами; нездатність використовувати символи, що стосується труднощів вивчення загальноприйнятих символічних значень та впливає на засвоєння й використання жестів, мовлення та ігрових дій [30].

Такі ранні набуття розвитку як: розподілена увага, зоровий контакт, емоційна емпатія, навички імітації, - роблять дитину активним учасником процесу соціальної взаємодії.

Дитині, щоб засвоїти зв'язок між словом-назвою, що його промовляє дорослий, і предметом, якого це слово стосується, необхідно розподілити увагу між мовцем і предметом та прослідкувати поглядом за вказівним жестом. Очевидно, що дитина із з РАС, маючи значні труднощі в розподілі уваги, як наслідок, може мати проблеми у засвоєнні знань про семантичні категорії та в розвиткові експресивного мовлення.

Складнощі у привертанні уваги дорослого до власних інтересів призводять до відсутності у дитини спонтанного пошуку участі дорослого з метою розділити з ним почуття задоволення чи радість досягнень, або знайти підтримку й розраду в ситуації дискомфорту.

Все вищезазначене перешкоджає засвоєнню дітьми виконання ADLs . Але це зовсім не означає, що аутичні діти не долучаються до спілкування, радше, процес комунікації для них переважно зводиться до здійснення функції впливу на поведінку людей з метою отримати бажаний предмет чи опротестувати пропозицію [31,32,33].

Щодо використання символічних значень, то перед тим, як почати користуватися словами для комунікації, дитина опановує набір загальноприйнятих звуків і жестів для вираження власних намірів. Вони походять від таких функціональних дій, як от: намагання дотягнутися до чогось, схопити, відсторонитися та, пізніше, наслідування нової поведінки із загальноприйнятим значенням (жести привітання й прощання, демонстрації, вказування). Ранні жести, як і перші слова, що їх вчиться розуміти дитина, буквально й не мають символічного значення, тоді як, на другому році життя в нормі у дитини розвивається здатність до символізації (заміщення одного предмету іншим, що може виконувати ті ж функції), що стає провісником швидкого збільшення словникового запасу та розвитку символічної гри в цьому віці.

Діти із з РАС не намагаються компенсувати брак вербального мовлення, використовуючи інші комунікативні можливості, мають труднощі у використанні жестів символічного значення. При цьому вони активно виявляють прояви небажаної поведінки (аутоагресія, агресія тощо) для задовільнення комунікативних потреб. Особа, яка не має відхилень у розвитку, навчається використовувати жести для комунікації, спостерігаючи за тим, як їх вживають люди з її оточення, тоді як дитина із з РАС методом спроб і помилок винаходить власні способи впливати на поведінку іншої особи [34,35].

Підсумовуючи вищесказане, зазначимо таке: вже на кінець раннього віку переважна більшість дітей, що не мають відхилень у розвитку, здатні координувати увагу між людьми та об'єктами, долучатися до соціально-емоційної взаємодії, спілкуватися з найближчим оточенням за допомогою

жестів та звуків, що мають загальноприйняте значення, наслідувати звуки й рухи найближчих до неї дорослих.

Вищезазначені порушення розвитку та порушення соціально-емоційної взаємодії вирізняють дітей із з РАС з-поміж ровесників і є типовими для даного спектра розладів, а у подальшому ведуть до ряду труднощів у засвоєнні комунікативних навичок.

Слід зазначити що труднощі у формуванні комунікативних навичок наряду впливають на виконання ADLs особами та відсоток їх незалежності.

Отже, у параграфі виокремлено особливості комунікативно-мовленнєвого розвитку дітей періоду першого дитинства із з РАС. Розглянуто питання сучасної діагностики та системи диференційованої допомоги особам із з РАС. Узагальнено досвід роботи щодо комунікативно-мовленнєвого розвитку дітей періоду першого дитинства із з РАС.

ВИСКОВКИ ДО ПЕРШОГО РОЗДІЛУ

На сучасному етапі спостерігається певне зростання кількості осіб із з РАС. Зважаючи на труднощі своєчасної діагностики цих порушень і недосконалість системи диференційованої допомоги особам із РАС, питання дослідження комунікативно-мовленнєвих можливостей та шляхів успішної соціалізації зазначеної категорії осіб залишаються вельми актуальними.

Проблема аутизму широко висвітлювалася та вивчалась в медичній, психологічній та педагогічній літературі протягом ХХ століття, дослідження проблеми актуальні і сьогодні. Наразі відбувається значне просування в розумінні соціально-комунікативних труднощів, наявних у дітей із розладами аутизму. Чисельні дослідження сприяли виокремленню відхилень соціального та комунікативного розвитку в дітей із РАС.

У роботі розглянуто сутнісні характеристики процесу комунікації та виконання ADLs особами з РАС. Складний процес розвитку комунікативно-мовленнєвих навичок неодмінно впливає на становлення інших функцій та є гарантією успішного засвоєння шкільних знань згодом. Комунікативні проблеми при розладах аутистичного спектра є більш складними порівняно з проблемами спілкування при мовленнєвих розладах. Порушення розвитку експресивного мовлення в дітей із РАС мають широкий діапазон, вони часто поєднуються з недоліками у використанні невербальних засобів комунікації.

Світовий досвід свідчить, що виражені труднощі комунікації осіб із РАС успішно долаються за допомогою альтернативних і допоміжних засобів комунікації, указані засоби сприяють соціалізації дітей, дозволяють організувати комунікацію дітей із з РАС в умовах інклюзивного закладу.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2. 1 Аналіз науково-методичної літератури

Аналіз був сфокусований на вивчення різноманітних реабілітаційних заходів для дітей з РАС, зокрема спрямованих на навчання виконання та засвоєнню навичок ADLs ,а також комунікативних навичок.

Ерготерапія є однією з ключових складових міждисциплінарного підходу до реабілітації дітей з РАС. Вона спрямована на розвиток функціональних навичок, що забезпечують самостійність дитини у повсякденному житті, включно з навичками самообслуговування, ігровою діяльністю, навчанням та комунікацією.

Наукові дослідження свідчать про ефективність ерготерапії у формуванні навичок ADLs зокрема: одягання, особиста гігієна, харчування, прибирання, користування транспортом тощо. У дітей з РАС ці навички часто розвиваються із затримкою або вимагають спеціального навчання через сенсорні, моторні та когнітивні особливості.

У міжнародній практиці комунікативний розвиток тісно пов'язується з формуванням функціональних навичок, зокрема ADLs (харчування, гігієна, одягання) та IADLs (самоорганізація, приготування їжі, використання транспорту), які лежать в основі незалежності дитини [36,37]. Застосування таких моделей, як PEO (Person–Environment–Occupation), дає змогу цілісно оцінити бар'єри й ресурси дитини в контексті повсякденного життя, що узгоджується з підходами сучасної ерготерапії.

Наукові джерела також підкреслюють важливість індивідуалізованого підходу при формуванні втручання, врахування сенсорного профілю дитини, мотиваційних особливостей і соціального контексту її життя [38,39,40]. Акцентується, що відсутність комунікативних навичок безпосередньо

впливає на здатність дитини ініціювати, виконувати та завершувати функціональні дії.

У вітчизняній літературі питання ерготерапії для дітей з РАС ще перебуває на етапі становлення, проте спостерігається зростаюча зацікавленість серед науковців і практиків. Дослідження Леонтьєва, Шевченко, підтверджують важливість комплексної терапії, де ерготерапевт тісно співпрацює з логопедом, психологом та педагогом. [41,42,43,44].

Таким чином, аналіз науково-методичних джерел засвідчує, що ерготерапія є ефективним інструментом у підвищенні рівня адаптації дітей з РАС, особливо у сфері розвитку комунікації, побутових та соціальних навичок.

2.2. Методи та етапи організації дослідження

У дослідженні брали участь 5 дітей віком 6 років із діагнозом РАС, які відвідують центр розвитку дітей із особливими освітніми потребами. Всі учасники мали порушення комунікативно-мовленнєвої сфери різного ступеня вираженості, підтвержені психолого-педагогічним обстеженням та анамнестичними даними.

Критеріями включення до дослідження були:

- діагностовані РАС відповідно до МКХ-11 (6A02),
- вік дітей у межах 5–6 років,
- наявність труднощів у формуванні навичок самообслуговування (ADLs),
- згода батьків/опікунів на участь дитини в дослідженні.

Усі діти проходили ерготерапевтичні заняття та використовували засоби AAC у межах запропонованого втручання. Спостереження та оцінка функціонального стану проводились у структурованому середовищі (заняття в центрі) та в умовах повсякденної активності.

Дослідження реалізовувалося в три етапи протягом періоду з січня 2024 року по квітень 2025 року.

На першому етапі (січень – травень 2024 року) здійснено ґрунтовний аналіз науково-методичної літератури з теми дослідження, визначено мету, завдання та контингент учасників, сформульовано теоретичні засади алгоритму ерготерапевтичного втручання для дітей з РАС.

Другий етап (червень – жовтень 2024 року) включав проведення основного етапу дослідження: здійснено оцінювання комунікативних навичок та здатності виконання типових навичок самообслуговування. Після збору первинних даних проведено їх попередню обробку.

На третьому етапі (листопад 2024 – квітень 2025 року) було оцінено ефективність запропонованого алгоритму втручання. Результати піддано статистичній обробці, сформульовано висновки, які були представлені на науковій конференції.

Дослідження проводилось на базі центру розвитку: Громадське Об'єднання «ДОМ» міста Харкова.

Тривалість курсу втручання складала два тижні і буда погоджена з фахівцями центру розвитку.

Оцінювання розвитку комунікативних навичок у дітей із з РАС має проводитись у декілька етапів: вивчення анамнестичних відомостей про дітей та їхніх психолого- педагогічних характеристик; інтерв'ювання батьків, спостереження за поведінкою дитини в комунікативному середовищі; процедура оцінювання комунікативно-мовленнєвих навичок за допомогою адаптованих завдань.

Лише комплексне використання зазначених етапів дає змогу отримати повну картину щодо особливостей та рівня розвитку комунікативно-мовленнєвих навичок у дітей із з РАС.

На першому етапі оцінювання комунікативно-мовленнєвих навичок дитини із з РАС доцільним методом збору інформації буде ознайомлення з анамнестичними даними дітей та вивчення їхніх психолого-педагогічних

характеристик. Даний метод дозволяє виявити особливості перебігу розвитку дітей із з РАС, зрозуміти індивідуальні аспекти соціальної взаємодії дітей.

Наступний етап отримання даних про рівень комунікативно-мовленнєвих навичок дітей із з РАС являє собою інтерв'ювання людей, найближчих до дитини (зазвичай, батьків). Інтерв'ю повинно включати питання про комунікативну, вербальну, символічну поведінку дитини із з РАС, а також містити відповіді описового характеру, де буде наведено приклади зазначеної поведінки. Наприклад, запитання про те, яким чином дитина просить про допомогу, як привертає увагу дорослого до себе чи предметів, що її цікавлять, та просить дістати предмет, недосяжний для неї. Ці питання покликані дослідити задіяні комунікативні функції дитини.

Метод інтерв'ювання батьків корисний для вияву та подальшого аналізу комунікативних реакцій дитини в різноманітних ситуаціях та з різними особами. Інформація допоможе спрямувати подальше дослідження комунікативно-мовленнєвих навичок.

Складовою другого етапу збору даних про рівень розвитку комунікативно-мовленнєвих навичок дитини з аутизмом є спостереження за поведінкою особи в умовах комунікативного середовища. Метод спостереження може бути використаним у різних ситуаціях: вдома серед близьких (у добре знайомому, звичному середовищі), у соціальних ситуаціях поза домівкою (структурованих і неструктурованих, наприклад, на заняттях чи у магазині), у групі однолітків чи під час контактів з дорослими. Проводячи спостереження за дитиною в комунікативному середовищі, ми отримуємо особливо важливі відомості про випадки спонтанної комунікації дитини із з РАС .

Незважаючи на рівень розвитку її мовленнєвих навичок, кожна дитина використовує поведінку для комунікативних цілей (наприклад, координація уваги між об'єктами та особами, використання рухів, жестів і міміки, вокалізації, адресовані партнерові по комунікації й т. ін.). Коли ж ми маємо на увазі саме вербальне мовлення, то доцільно згадати про лінгвістичну

модель. Лінгвістична модель мовлення включає в себе три компоненти: форма, зміст і умови використання (володіння мовленням) [45,46].

Зазвичай спостереження за дитиною із з РАС в комунікативному середовищі фіксується у бланках спостереження. Оцінювання комунікативної поведінки дитини із розладами аутистичного спектру зазвичай відбувається за трьома параметрами: зміст (суть повідомлення або його семантичне значення), форма (структурний аспект комунікації, що включає слова, картинки, символи та жести) й використання (мотив комунікації, або прагматика та соціальна складова). Користуючись спостереженням як засобом збору інформації та оцінки комунікативних навичок, слід звернути увагу на додаткову інформацію, що може бути зібрана під час спостереження за дитиною з аутизмом, а саме: аналіз показників комунікативного середовища [47,48].

Збираючи та аналізуючи інформацію про комунікативне середовище, потрібно провести оцінювання за двома найважливішими показниками: наявність можливостей для дитини ініціювати спілкування та відповідати на комунікацію, розпочату іншою особою; стиль взаємодії партнера (-ів) по комунікації.

Для оцінювання важливо виокремити саме можливості для комунікації дитини із з РАС . Спостерігаючи за дитиною протягом дня, під час звичних режимних моментів, можна отримати інформацію про її комунікативну, соціальну та символічну поведінку. Важливо також звернути увагу на те, наскільки комунікативне середовище здатне надати дитині можливості для взаємодії з оточуючими.

Слід підкреслити те, що оточення може змінювати значною мірою кількість та якість комунікативних можливостей дитини. Тому необхідно оцінити чіткою мірою, як оточення сприяє комунікативній взаємодії.

Нагода вступити у процес комунікації задля регуляції поведінки інших людей з'являється в ситуаціях: коли дитина вимушена просити про допомогу, просити дістати предмети, які не може дістати самотужки, коли

потрібно надати перевагу одному з бажаних предметів чи видів діяльності та треба відмовитися від об'єкту, небажаного для неї. Нагода вступити у процес комунікації для соціальної взаємодії або для координації уваги між учасниками взаємодії може з'являтися в дитини під час спільної ігрової діяльності, що повторюється та потребує змін соціальних ролей чи дотримання черги в діях (наприклад, ігри «Ку-ку», «Іде коза рогата» та ін.). При цьому потрібно оцінювати як якість, так і кількість випадків спільної діяльності дітей протягом дня. Важливим є вплив кожного з комунікативних партнерів один на одного та на сам процес комунікації - і це вкрай важливо зафіксувати і проаналізувати. Одним із важливих факторів є вміння оточуючих пристосовувати власне мовлення до рівня розвитку мовленнєвих можливостей дитини із аутизмом [49,50,51].

Третім етапом оцінювання комунікативно-мовленнєвих навичок у дітей з аутизмом буде використання адаптованих завдань. Зазвичай завдання спрямовані на розуміння зверненого мовлення, виконання інструкції, відтворення дії дорослого, також важливими для діагностики є завдання, які потребують вербальної відповіді на запитання тощо. Вважаємо за потрібне перелічити деякі найвідоміші стандартизовані методики оцінювання комунікативних навичок у дітей із з РАС, які відображено у (табл .2.1)

Методики оцінювання комунікативних навичок у дітей з РАС

Таблиця 2.1

Назва стандартизованої методики	Опис змісту стандартизованої методики
Шкала дошкільного мовлення – 4 (Preschool Language Scale - 4 PLS-4). Zimmerman, Steiner, Pond (2002)	Містить у собі оцінку розуміння мовлення та експресивного мовлення. Фіксуються зразки мовленнєвої продукції. Для дітей до 7 років.
Клінічна оцінка основ мовлення - дошкільна (Clinical Evaluation of Language Fundamentals - Preschool CELF-P2). Wiig, Secord, Semel (2006)	Покликана оцінити навички розуміння мовлення, експресивне мовлення, зміст і структуру мовлення. Для дітей від 3 до 6 років.

Продовження таблиці 2.1

Тест розуміння мовлення на слух (Test for Auditory Comprehension of Language - Revised TACL-R). Carrow Woolfolk E. (1985) Малюнковий тест оцінює розуміння значення слів (іменників, прикметників, дієслів), граматичної сторони, (прислівників, однини-множини), та структури речення (питальне, заперечувальне). Для дітей від 3 до 10 років.	
Клінічна оцінка розуміння мовлення. (The Clinical Assessment of Language Comprehension - CALC). Miller J. F., Paul R. (1995)	Зібрана серія завдань для оцінювання рівня розуміння мовлення через виконання простих вказівок та вказівок з предметом, поведінкові прояви. Для дітей від 8 міс. до 10 років.

Зазначені стандартизовані методики оцінювання комунікативних навичок використовуються для дітей періоду першого дитинства із з РАС. Методики не вимагають залучення спеціального, складного чи дороговартісного матеріально-технічного забезпечення, вони досить прості у застосуванні та при аналізі, інтерпретації отриманих даних. Водночас представлені методики оцінювання комунікативних навичок у дітей періоду першого дитинства враховують індивідуальні особливості та комунікативно-мовленнєві можливості дітей із з РАС.

Можна дійти висновку, що саме використання трьох етапів (вивчення анамнестичних відомостей про дітей та їхніх психолого-педагогічних характеристик, інтерв'ювання батьків, спостереження та використання адаптованих завдань) дає змогу в повній мірі оцінити особливості та рівень розвитку комунікативно-мовленнєвих навичок у дітей із з РАС.

РОЗДІЛ 3

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

3.1 Обґрунтування побудування алгоритму ерготерапевтичного втручання щодо формування комунікативно-мовленнєвих навичок засобами ерготерапії та ААС у дітей періоду першого дитинства із РАС для навчання виконанню навичок ADLs, на основі аналізу результатів

Оцінювання рівня сформованості навичок повсякденного життя (ADLs – основні активності повсякденного життя, та IADLs – інструментальні активності) у дітей здійснювалося за допомогою Шкали функціональної незалежності дітей (WeeFIM). Цей інструмент дозволяє кількісно визначити рівень незалежності дитини під час виконання типових щоденних завдань та потреби в допомозі з боку дорослих.

Шкала охоплює такі сфери, як самообслуговування, мобільність і когнітивні функції, а також дозволяє фіксувати прогрес у розвитку функціональних навичок у дітей різного віку та з різними формами порушень розвитку, зокрема РАС. У межах даного дослідження було акцентовано увагу на домені «Самообслуговування», що включає ключові елементи ADLs. [52].

Під структурованим середовищем маються на увазі ситуації, що підпорядковані плану, наприклад, заняття у дитячому садку чи центрі розвитку. У свою чергу, під неструктурованим середовищем маються на увазі ситуації спонтанного характеру, наприклад, похід до магазину чи на дитячий майданчик;

Адаптовані завдання для оцінювання рівня сформованості комунікативно-мовленнєвих навичок дітей періоду першого дитинства із РАС. Завдання були спрямовані на визначення розуміння зверненого мовлення, виконання інструкції, відтворення дій за зразком дорослого, також використовувалися завдання, які потребують вербальної відповіді.

У констатувальному експерименті брала участь група дітей з п'яти осіб. Група дітей складалась з трьох хлопчиків та двох дівчат періоду першого дитинства (5-6 років), які мають діагноз дитячий аутизм 6A02

Приклад психолого-педагогічної характеристики одного з учасників констатувального експерименту наведено у додатку А.

На другому етапі констатувального експерименту, що включав оцінювання рівня розвитку комунікативно-мовленнєвих навичок дітей періоду першого дитинства із з РАС, було проведено інтерв'ювання батьків чи осіб, які постійно знаходяться з дитиною. Задля збору та оцінювання даних нами було використано бланк, представлений у додатку Б. Бали нараховувались наступним чином: за відповідь «Так».-1 бал, за відповідь «Ні» - 0 балів. Також було проведено спостереження за комунікативним середовищем, в якому знаходиться дитина (структурованому та неструктурованому).

Згідно з методикою інтерв'ювання батьків (чи осіб, які постійно знаходяться поруч з дитиною) та спостереженням за комунікативним середовищем дітей із з РАС нами було розподілено рівні розвитку комунікативно-мовленнєвих навичок дітей:

0-10 балів – низький рівень розвитку комунікативно-мовленнєвих навичок. Характеризується відсутністю чи недостатністю взаємодій комунікативного характеру з оточуючими, невикористанням або обмеженим використанням невербальних дій для здійснення процесу комунікації, вибірковістю ситуацій прояву особистої ініціативи комунікації (виключно з близькими людьми), обумовленою сильною вмотивованістю для дитини.

11-21 бал – середній рівень розвитку комунікативно-мовленнєвих навичок. Характеризується недостатністю взаємодій комунікативного характеру з оточуючими, браком залучення близького оточення до комунікативного акту, обмеженим використанням невербальних дій та засобів для здійснення процесу комунікації (жестів, карток-символів, предметів), вибірковим проявом особистої ініціативи щодо процесу

комунікації (не тільки з близькими людьми), початковими спробами використання вербальної комунікації, локалізованим застосуванням можливостей комунікації.

22-30 балів – достатній рівень розвитку комунікативно-мовленнєвих навичок. Характеризується достатньою взаємодією комунікативного характеру з оточуючими, використанням як невербальних, так і вербальних дій та засобів для здійснення участі у процесі комунікації, проявом ініціативи щодо ведення процесу комунікації.

За результатами проведення другого етапу констатувального експерименту отримані наступні показники представлені у (табл. 3.1)

Таблиця 3.1 - Результати інтерв'ювання батьків та спостереження за комунікативним середовищем дітей

№ з.п	Ім'я дитини	Кількість набраних балів	Рівень розвитку комунікативно-мовленнєвих навичок
1.	Дамір О.	8 балів	Низький рівень
2.	Надія М.	12 балів	Середній рівень
3.	Михайло Д.	7 балів	Низький рівень
4.	Діана Г.	15 балів	Середній рівень
5.	Михайло К.	8 балів	Низький рівень

Результати інтерв'ювання батьків та спостереження за комунікативним середовищем дітей. Низький рівень стану сформованості комунікативно-мовленнєвих навичок в експериментальній групі виявлено у 3-х (60%) дітей, середній рівень – у 2-х (40%) дітей, достатнього рівня немає в жодній дитини.

На третьому етапі експерименту були застосовані адаптовані завдання для визначення рівня розвитку комунікативно-мовленнєвих навичок дітей періоду першого дитинства із з РАС. Завдання мали спрямованість на визначення розуміння зверненого мовлення, виконання інструкцій, відтворення дій за зразком дорослого, серед них були й такі, що потребували

вербальної відповіді. Завдання, шкала оцінювання та результати виконання тих діагностичних завдань, які пропонувались дітям, представлені нижче.

Завдання №1 «Зроби так, як Я»

Мета: виявити рівень навичок імітації у дітей із з РАС , наявність та рівень невербальної комунікації, зорового контакту.

Хід виконання завдання. Дорослий демонструє моторні рухи, пропонує дитині відтворити ці рухи, чекає реакції дитини та надає підказку при потребі. Підказки типу: повторення інструкції, візуальна підтримка (показ картинки із зображенням руху або дії), вказівний жест дорослого. Рухи та дії, що пропонувались дітям, критерії оцінювання та результати виконання діагностичного завдання № 1 відображено у (табл. 3.2)

Таблиця 3.2 - Критерії оцінювання та результати виконання діагностичного завдання №1

Назва руху чи дії що пропонувались.	Критерії оцінювання та результати виконання			
	Виконано самостійно (3 бали)	Виконано з повторення м інструкції (2 бали)	Виконано з візуальною підтримкою чи підказкою (1 бал)	Не виконано (0 балів)
1.« Підняти руки до гори»				
Дамір О.				0 балів
Надія М.	3 бали			
Михайло Д.				0 балів
Діана Г.				0 балів
Михайло К.				0 балів
2.«Поплескати»				
Дамір О.		2 бали		
Надія М.		2 бали		
Михайло Д.				0 балів
Діана Г.				0 балів
Михайло К.			1 бал	
3.«Пострибати»				
Дамір О.			1 бал	
Надія М.		2 бали		
Михайло Д.				0 балів
Діана Г.	3 бали			

Продовження таблиці 3.2

Михайло К.				0 балів
4.«Постукати по столу»				
Дамір О.				0 балів
Надія М.				0 балів
Михайло Д.		1 бал		
Діана Г.	3 бали			
Михайло К.	3 бали			
5.«Доторкнутись до голови»				
Дамір О.				0 балів
Надія М.	3 бали			
Михайло Д.			1 бал	
Діана Г.				0 балів
Михайло К.				0 балів
6.«Кружляти»				
Надія М.	3 бали			
Михайло Д.			1 бал	
Діана Г.				0 балів
Михайло К.				0 балів
7.«Доторкнутись до живота»				
Дамір О.				0 балів
Надія М.	3 бали			
Михайло Д.				0 балів
Діана Г.		2 бали		
Михайло К.			1 бал	
8.« Сісти на стілець»				
Дамір О.	3 бали			
Надія М.				0 балів
Михайло Д.		2 бали		
Діана Г.			1 бал	
Михайло К.				0 балів
9. «Нахилитися»				
Дамір О.				0 балів
Надія М.				0 балів
Михайло Д.				0 балів
Діана Г.				0 балів
Михайло К.				0 балів
10. « Покачати головою «так»»				
Дамір О.			1 бал	
Надія М.				0 балів
Михайло Д.				0 балів
Діана Г.	3 бали			
Михайло К.			1 бал	

Завдання №2 «Покажи, де...» Мета: виявити рівень розвитку комунікативно-мовленнєвих навичок дитини із з РАС частоту використання дитиною вказівного жесту. Обладнання: предметні картки побутової тематики «Одяг», «Посуд», «Меблі».

Хід виконання завдання. Дорослий пропонує дитині показати серед карток певний об'єкт (Покажи, де ...тарілка), чекає реакції дитини та надає підказку при потребі.

Картки, що пропонувались дітям, критерії оцінювання та результати виконання діагностичного завдання № 2 відображено у (табл. 3.3)

Таблиця 3.3 - Критерії оцінювання та результати виконання діагностичного завдання №2

Назви карток що пропонувались.	Критерії оцінювання та результати виконання			
	Виконано самостійно (3 бали)	Виконано з повторенням інструкції (2 бали)	Виконано з візуальною підтримкою чи підказкою (1 бал)	Не виконано (0 балів)
1.« Штани»				
Дамір О.				0 балів
Надія М.				0 балів
Михайло Д.				0 балів
Діана Г.			1 балів	
Михайло К.			1 бал	
2.«Труси»				
Дамір О.				0 балів
Надія М.				0 балів
Михайло Д.			1 бал	
Діана Г.				0 балів
Михайло К.			1 бал	
3.«Светр»				
Дамір О.			1бал	
Надія М.				0 балів
Михайло Д.			1 бал	
Діана Г.				0 балів
Михайло К.				0 балів
4.«Ліжко»				

Продовження таблиці 3.3

Дамір О.			1 бал	
Надія М.	3 бали			
Михайло Д.				0 балів
Діана Г.			1 бал	
Михайло К.				0 балів
5.«Стіл»				
Дамір О.				0 балів
Надія М.		2 бали		
Михайло Д.			1 бал	
Діана Г.			1 бал	
Михайло К.			1 бал	
6.«Шафа»				
Дамір О.		2 бали		
Надія М.				0 балів
Михайло Д.				0 балів
Діана Г.	3 бали			
Михайло К.				0 балів
7.«Тарілка»				
Дамір О.				0 балів
Надія М.				0 балів
Михайло Д.				0 балів
Діана Г.	3 бали			
Михайло К.			1 бал	
8.« Чашка»				
Дамір О.				0 балів
Надія М.	3 бали			
Михайло Д.				0 балів
Діана Г.				0 балів
Михайло К.				0 балів
9. «Ложка»				
Дамір О.				0 балів
Надія М.		2 бали		
Михайло Д.				0 балів
Діана Г.	3 бали			
Михайло К.				

Завдання №3 « Побудуй, як у мене»

Мета: виявити рівень розвитку комунікативно-мовленнених навичок дитини із з РАС, рівень навичок імітації, сформованість візуального сприймання, зорової уваги та пам'яті.

Обладнання: два набори однакових кубиків.

Хід виконання завдання. Дорослий демонструє дитині модель з кубиків, пропонує їй відтворити цю модель, чекає реакції дитини та надає підказку при потребі. Модель з кубиків знаходиться перед дитиною. Підказки можуть бути типу: вказівного жеста дорослого, початок дорослим відтворення моделі з кубиків (дитина продовжує).

Моделі з певної кількості кубиків, що пропонувались дітям, критерії оцінювання та результати виконання діагностичного завдання № 3 відображено у (табл. 3.4)

Таблиця 3.4 - Критерії оцінювання та результати виконання діагностичного завдання №3

Модель з певної кількості кубиків, що пропонувалась дітям	Критерії оцінювання завдання та результати його виконання			
	Виконано самостійно (3 бали)	Виконано з підказкою «вказівний жест дорослого» (2 бали)	Виконано з підказкою «початок будування моделі дорослим»	Не виконано (0 балів)
1. Три кубики, розташовані «вежею» один на одному				
Дамір О.		2 бали		
Надія М.	3 бали			
Михайло Д.			1 бал	
Діана Г.	3 бали			
Михайло К.		2 бали		
2. Чотири кубики, розташовані «ланцюжком» один за одним				
Дамір О.			1 бал	
Надія М.	3 бали			
Михайло Д.			1 бал	
Діана Г.	3 бали			
Михайло К.		2 бали		
3. П'ять кубиків розташовані «вежею» один на одному				
Дамір О.				0 балів
Надія М.	3 бали			
Михайло Д.				0 балів
Діана Г.	3 бали			
Михайло К.				0 балів

Завдання №4 « Хто сховався?»

Мета: виявити рівень розвитку комунікативно-мовленнених навичок дитини із з РАС, навичок застосування вербальної відповіді у ситуаціях спілкування з дорослим, рівень розуміння зверненого мовлення, зверненого питального мовлення, рівень візуального сприйняття.

Обладнання: іграшки-фігурки тварин: «Корова», «Собака», «Тигр», «Курка», «Свиня», ширма.

Хід виконання завдання. Дорослий демонструє дитині фігурки тварин, промовляючи їхні назви, потім ховає за ширму одну з них та просить дитину назвати тваринку, яка сховалась. Чекає реакції дитини та надає підказку при потребі. Підказки можуть бути типу: промовляння дорослим назви тварини (вербальна), показ фігурки тварини (візуальна).

Фігурки тварин, що пропонувались дітям, критерії оцінювання та результати виконання діагностичного завдання № 4 відображено у (табл. 3.5)

Таблиця 3.5 - Критерії оцінювання та результати виконання діагностичного завдання №4

Фігурки тварин, що пропонувались дітям	Критерії оцінювання та результати виконання завдання			
	Виконано самостійно (3 бали)	Виконано з вербальною підказкою (2 бали)	Виконано з візуальною підказкою (1 бал)	Не виконано (0 балів)
1. Корова				
Дамір О.			1 бал	
Надія М.				0 балів
Михайло Д.				
Діана Г.	3 бали			
Михайло К.				0 балів
2. Тигр				
Дамір О.				0 балів

Продовження таблиці 3.5

Надія М.		2 бали		
Михайло Д.				0 балів
Діана Г.	3 бали			
Михайло К.				0 балів
3.Свиня				
Дамір О.			1 бал	
Надія М.			1 бал	
Михайло Д.				0 балів
Діана Г.	3 бали			
Михайло К.		2 бали		
4.Собака				
Дамір О.			1 бал	
Надія М.	3 бали			
Михайло Д.			1 бал	
Діана Г.				0 балів
Михайло К.		2 бали		
5.Курка				
Дамір О.				0 балів
Надія М.		2 бали		
Михайло Д.			1 бал	
Діана Г.				0 балів
Михайло К.				0 балів

Завдання №5 «Обери, що подобається»

Мета: виявити рівень розвитку комунікативно-мовленнєвих навичок дитини із з РАС, навичок застосування вербальної відповіді у ситуаціях спілкування з дорослим (ситуаціях вибору), рівень розуміння зверненого мовлення, зверненого питального мовлення.

Обладнання: різноманітний ігровий матеріал, який може слугувати заохоченням для дитини, підбирається індивідуально (наприклад, мильні бульбашки, пластилін, машинки, кінетичний пісок).

Дорослий демонструє дитині ігровий матеріал, пропонує дитині обрати, чим вона хоче гратись, та повідомити про це дорослого. Важливо зазначити що, набір мотиваційних предметів (ігрового матеріалу) змінюється кожної спроби.

Кількість спроб, виконаних дітьми, критерії оцінювання та результати виконання діагностичного завдання № 5 відображено у (табл. 3.6).

Таблиця 3.6 - Критерії оцінювання та результати виконання діагностичного завдання №5

Спроба за порядком (з набором мотиваційних предметів)	Критерії оцінювання та результати виконання			
	Виражено потребу вербально	Виражено потребу за допомогою жесту	Виражено потребу за допомогою зорового контакту	Проявлено небажану поведінку
1. Перша спроба (перший набір мотиваційних предметів)				
Дамір О.		2 бали		
Надія М.		2 бали		
Михайло Д.			1 бал	
Діана Г.		2 бали		
Михайло К.		2 бали		
2. Друга спроба (другий набір мотиваційних предметів)				
Дамір О.		2 бали		
Надія М.		2 бали		
Михайло Д.			1 бал	
Діана Г.		2 бали		
Михайло К.		2 бали		
3. Третя спроба (третій набір мотиваційних предметів)				
Дамір О.			1 бал	
Надія М.		2 бали		
Михайло Д.			1 бал	
Діана Г.		2 бали		
Михайло К.			1 бал	
4. Четверта спроба (четвертий набір мотиваційних предметів)				
Дамір О.			1 бал	
Надія М.		2 бали		
Михайло Д.			1 бал	
Діана Г.		2 бали		
Михайло К.			1 бал	
5. П'ята спроба (п'ятий набір мотиваційних предметів)				
Дамір О.				0 балів
Надія М.		2 бали		
Михайло Д.				0 балів
Діана Г.			1 бал	
Михайло К.				0 балів

Завдання № 6 «Послухай-зроби!»

Мета: виявити рівень розвитку комунікативно-мовленнєвих навичок дитини із з РАС, оцінити рівень розуміння зверненого мовлення, пасивного дієслівного словника, можливість використання комунікації у ситуації спілкування з дорослим, наявність на ступінь вираженості невербальної комунікації.

Обладнання: чашка, ганчірка, ложка, олівці, аркуш паперу, іграшка машинка.

Хід виконання завдання. Дорослий дає дитині прості вказівки та вказівки з предметом. Чекає реакції дитини та надає підказки при потребі. Бажано, щоб вказівки були зрозумілими для дитини, відповідали побутовій тематиці.

Важливо зазначити, що інструкції слід надавати тільки дієсловом «витри», а не «витри ганчіркою» - у такому випадку це буде враховуватися як підказка дорослого. Для завдань з предметом-підказкою буде враховуватись вказівний жест дорослого та зміна місця положення предмету (підсунути ближче до дитини).

Вказівки, що пропонувались дітям, критерії оцінювання та результати виконання діагностичного завдання № 6 дивись у (табл. 3.7).

Таблиця 3.7 - Критерії оцінювання та результати виконання діагностичного завдання №6

Вказівки, що пропонувались дитині.	Критерії оцінювання та результати виконання			
	Виконано самостійно з першої спроби (3 бали)	Виконано з повторенням інструкції (2бали)	Виконано з підказкою (1бал)	Не виконано (0 балів)
1.« Стукай»				
Дамір О.			1 бал	

Продовження таблиці 3.7

Надія М.	3 бали			
Михайло Д.				0 балів
Діана Г.		2 бали		
Михайло К.				0 балів
2.«Плескай»				
Дамір О.				0 балів
Надія М.				0 балів
Михайло Д.				0 балів
Діана Г.			1 бал	
Михайло К.			1 бал	
3.«Стрибай»				
Дамір О.			1 бал	
Надія М.	3 бали			
Михайло Д.				0 балів
Діана Г.			1 бал	
Михайло К.				0 балів
4.«Підведись»				
Дамір О.			1 бал	
Надія М.				0 балів
Діана Г.				0 балів
Михайло К.				0 балів
5.«Підніми руки до гори»				
Дамір О.				0 балів
Надія М.				0 балів
Михайло Д.			1 бал	
Діана Г.			1 бал	
Михайло К.			1 бал	
6.«Витри»				
Дамір О.				0 балів
Надія М.	3 бали			
Михайло Д.			1 бал	
Діана Г.				0 балів
Михайло К.			1 бал	
7.«Малюй»				
Дамір О.			1 бал	
Надія М.				0 балів
Михайло Д.				0 балів
Діана Г.	3 бали			
Михайло К.			1 бал	
8.« Пий»				
Дамір О.				0 балів
Надія М.				0 балів

Продовження таблиці 3.7

Михайло Д.		1 бал		
Діана Г.		1 бал		
Михайло К.				0 бал
9. «Їж»				
Дамір О.			1 бал	
Надія М.			1 бал	
Михайло Д.				0 балів
Діана Г.		2 бали		
Михайло К.				0 балів
10. «Вези»				
Дамір О.			1 бал	
Надія М.	2 бали			
Михайло Д.				0 балів
Діана Г.				0 балів
Михайло К.			1 бал	

При аналізі та інтерпретації даних на третьому етапі констатувального експерименту з визначення рівня розвитку комунікативно-мовленнєвих навичок дітей періоду першого дитинства із з РАС слід взяти до уваги наступні фактори, що впливають на аналіз даних. А саме: загальний стан досліджуваної дитини під час виконання завдання (самопочуття, емоційний стан тощо); присутність при виконанні діагностичних завдань батьків чи близьких досліджуваної дитини (прив'язаність дитини до дорослого, різноманітні поведінкові реакції дитини на присутність близьких).

Представимо оцінювання комплексу діагностичних завдань (№1-6).

126-96 балів - достатній рівень розвитку комунікативно-мовленнєвих навичок. Характеризується достатньою взаємодією комунікативного характеру з оточуючими, високим рівнем розвитку візуального сприйняття з використанням як невербальних, так і вербальних дій та засобів для здійснення участі у процесі комунікації, проявом ініціативи щодо ведення процесу комунікації, застосуванням комунікативних дій у нетипових для дитини ситуаціях, достатнім рівнем засвоєння навичок імітації, повним розумінням зверненого мовлення (на побутовому рівні).

95-32 бал - середній рівень розвитку комунікативно-мовленнєвих навичок. Характеризується обмеженістю взаємодій з оточуючими комунікативного характеру, частковим засвоєнням навичок імітації, недостатністю використання невербальних дій та засобів для здійснення процесу комунікації, вибірковою проявою особистої ініціативи щодо процесу комунікації (не тільки з близькими людьми), початковими спробами використання вербальною комунікацією, частковим розумінням зверненого мовлення (на побутовому рівні).

31-0 балів - низький рівень розвитку комунікативно-мовленнєвих навичок. Характеризується відсутністю чи цілковитою недостатністю взаємодій комунікативного характеру з оточуючими, невикористанням або обмеженим використанням невербальних дій для здійснення процесу комунікації, низьким рівнем розвитку візуального сприйняття, початковим етапом формування навичок імітації, вибірковою ситуацій прояву особистої ініціативи комунікації (виключно з близькими людьми), обумовленою сильною вмотивованістю для дитини, незастосуванням вербальної комунікації, нерозумінням зверненого мовлення навіть на побутовому рівні.

За результатами третього етапу констатувального експерименту з використанням комплексу адаптованих діагностичних завдань для виявлення рівня комунікативно-мовленнєвих навичок у дітей періоду першого дитинства із з РАС отримані наступні результати, які представлені у (табл. 3.8)

Таблиця 3.8 - Результати виконання дітьми комплексу діагностичних завдань №1-6

Ім'я дитини	Загальна кількість набраних балів	Рівень розвитку комунікативних навичок
1.Дамір О.	28 балів	Низький рівень
2.Надія М.	65 балів	Середній рівень
3.Діана Г.	55 балів	Середній рівень
4.Михайло Д.	24 бали	Низький рівень

Продовження таблиці 3.8

5.Михайло К.	28 балів	Низький рівень
--------------	----------	----------------

Результати виконання дітьми комплексу діагностичних завдань №1-6. Низький рівень стану сформованості комунікативно-мовленнєвих навичок в експериментальній групі виявлено у 3-х (60%) дітей, середній рівень – у 2-х (40%) дітей, достатнього рівня немає в жодної дитини.

Отже, у параграфі представлена методика оцінювання рівня сформованості комунікативно-мовленнєвих навичок у дітей дошкільного віку із з РАС та проведений аналіз отриманих даних. Об'єктивно оцінити особливості та рівень розвитку комунікативно-мовленнєвих навичок у дітей із з РАС в повному обсязі дозволяє послідовна реалізація у процесі діагностики трьох етапів (вивчення анамнестичних відомостей про дітей та їхніх психолого-педагогічних характеристик, інтерв'ювання батьків, спостереження та використання адаптованих завдань).

Оцінювання навичок ADLs проводилось засобом Шкала WeeFIM. WeeFIM є стандартизованим інструментом для оцінювання рівня самостійності дитини у виконанні повсякденних життєвих завдань. Вона охоплює три основні сфери функціонування: самообслуговування, мобільність та когнітивні функції.

У межах даного дослідження був застосований домен «Самообслуговування», який включає наступні категорії: прийом їжі, розчісування, купання або прийом душу, одягання верхньої та нижньої частини одягу, користування туалетом, контроль сечовипускання та дефекації. [49,50]. Шкала дозволяє визначити рівень функціональної незалежності дитини, що трактується як стабільна, звична здатність виконувати певні дії, а також рівень необхідної допомоги для реалізації цих дій. Інструмент розроблено для дітей віком від 6 місяців до 7 років.

Оцінювання здійснювалося шляхом безпосереднього спостереження та інтерв'ювання батьків.

Шкала включає 7-рівневу рядкову шкалу оцінювання, яка дозволяє класифікувати дітей на дві групи:

- «Залежні» (оцінка 1–5) — дитина потребує допомоги;
- «Незалежні» (оцінка 6–7) — дитина виконує завдання самостійно.

Рівні шкали WeeFIM:

- 1 бал — повна (загальна) допомога;
- 2 бали — максимальна допомога (повна залежність);-
- 3 бали — помірна допомога;-
- 4 бали — мінімальна допомога;
- 5 балів — нагляд, організаційна допомога (модифікована залежність);
- 6 балів — часткова незалежність із використанням допоміжних засобів;
- 7 балів — повна незалежність, без використання додаткових засобів або зовнішньої підтримки.

Рівень 7 означає, що дитина самостійно виконує завдання без технічних засобів, без порушення безпеки або перевищення нормативного часу. Рівень 6 свідчить про модифіковану незалежність — дитина може потребувати допоміжних засобів або демонструє деяке відхилення від типового способу виконання. Оцінювання проводилося двічі: на початок ерготерапевтичного втручання та після його завершення. Це дозволило відстежити динаміку розвитку навичок і визначити ефективність застосованих заходів. Окрім безпосереднього спостереження, враховувалися також дані від батьків та інших фахівців мультидисциплінарної команди.

Отже, оцінювання розвитку комунікативних навичок у дітей із з РАС проводилось у декілька етапів: вивчення анамнестичних відомостей про дітей та їхніх психолого-педагогічних характеристик; інтерв'ювання батьків, спостереження за поведінкою дитини в комунікативному середовищі (структурованому та неструктурованому); процедура оцінювання

комунікативно-мовленнєвих навичок за допомогою адаптованих завдань. Результати оцінки дітей за шкалою WeeFIM предствлені у (табл 3.9).

Таблиця 3.9 - Результати оцінки дітей за шкалою WeeFIM

№ з.п	Ім'я дитини	Вік (років)		Приєм їжі	Розчісування	Вмивання, миття рук	Одягання(верх)	Роздягання (низ)	Туалет	Контроль сечі	Контроль дефекації	Сума балів	Рівень незалежності
1	Дамір О	6	7	6	6	6	6	6	6	7	7	51	Незалежна
2	Михайло Д	6	6	6	5	5	5	5	5	6	6	44	Модифікована незалежність
3	Діана Г	6	5	4	4	3	4	4	4	4	4	32	Модифікована незалежність
4	Михайло К	6	7	7	6	7	7	7	7	7	7	55	Повна залежність
5	Надія М	6	4	3	3	3	2	3	2	2	2	22	Повна незалежність

Етап вивчення анамнестичних відомостей про дітей та їхніх психолого-педагогічних характеристик, дозволив виявити особливості перебігу розвитку дітей із з РАС, зрозуміти індивідуальні аспекти їхньої соціальної взаємодії.

У свою чергу, етап інтерв'ювання батьків та спостереження за поведінкою дитини в комунікативному середовищі (структурованому та неструктурованому) надав можливість вивчити індивідуальні фактори та характер перебігу комунікативного процесу.

З урахуванням особливостей розвитку дітей із з РАС, нами було визначено такі рівні розвитку в них комунікативно-мовленнєвих навичок: 0-10 балів – низький рівень розвитку комунікативно-мовленнєвих навичок; 11-20 балів – середній рівень; 21-30 балів – достатній рівень розвитку

комунікативно-мовленнєвих навичок. За результатами другого етапу констатувального експерименту - низький рівень стану сформованості комунікативно-мовленнєвих навичок в експериментальній групі виявлено у 3-х (60%) дітей, середній рівень – у 2-х (40%) дітей, достатнього рівня немає в жодної дитини. Третій етап, процедура оцінювання комунікативно-мовленнєвих навичок та навичок ADLs . Оцінювання комунікативно-мовленнєвих навичок виконувалось за допомогою адаптованих завдань, містив завдання, спрямовані на визначення розуміння зверненого мовлення, виконання інструкцій, відтворення дій за зразком дорослого, серед них були й такі, що потребували вербальної відповіді.

Оцінювання навичок ADLs засобом WeeFIM. У ході зазначеного етапу отримано наступні показники стану сформованості комунікативно-мовленнєвих навичок у дітей експериментальної групи. Низький рівень стану сформованості комунікативно-мовленнєвих навичок у експериментальній групі виявлено у 3-х (60%) дітей, середній рівень – у 2-х (40%) дітей, достатнього рівня немає в жодної дитини.

Результат другого та третього етапу виявились цілком відповідні. Що свідчить про те що, саме такий підхід дає змогу отримати повну картину щодо особливостей та рівня розвитку комунікативно-мовленнєвих навичок у дітей із з РАС, що є неодмінно важливим у питанні подальшого вибору системи комунікації, впровадження та застосування засобів альтернативної та додаткової комунікації у середовищі старших дошкільників із з РАС.

За підсумками констатувального експерименту надано алгоритм ерготерапевтичного втручання щодо розвитку комунікативно-мовленнєвих навичок у дітей періоду першого дитинства із з РАС. Алгоритм втручання спрямовано на:

-збільшення випадків та ефективних проявів ініціативи комунікативного процесу від дитини, що, своєю чергою, зменшить у неї прояви небажаної поведінки;

- формування потреби привертати увагу дорослого прийнятним способом та стимулювання розуміння елементарних стереотипів емоційної взаємодії;

- закріплення розуміння та застосування невербальних засобів для встановлення контактів;

- розвиток навичок візуального сприйняття та зіставлення;

- формування мовленнєвої уваги та уваги на обличчі партнера з процесу комунікації;

- формуванню навичок послідовно виконувати дії в контексті виконання ADLs;

- зменшення проявів небажаної поведінки;

Поданий алгоритм втручання може та повинен впроваджуватися як оточенням дитини, так і спеціалістами різного профілю, які працюють з дитиною.

Зазначимо, що використання рекомендацій наданих представникам клієнтів сприятиме розвитку розуміння мовлення, зменшенню проявів негативних поведінкових реакцій, позитивному впливу на емоційно-вольову сферу дітей, успішній соціалізації в освітнє середовище, подальшому розвитку комунікативно-мовленнєвих навичок, спонукатиме розвиток когнітивної сфери дітей із РАС.

Виходячи з того, що діти експериментальної групи знаходяться в межах однієї вікової групи, вважаємо доцільним спочатку надати загальні для всієї групи дітей алгоритм втручання. Формувати та закріплювати комунікативно-мовленнєві навички дітей із з РАС слід не тільки на спеціальних заняттях чи у структурованому комунікативному середовищі. Тому обізнаність батьків та близького оточення щодо особливостей ведення процесу комунікації з дітьми, які мають РАС , є вкрай важливим чинником, що впливає на можливості засвоєння навичок та міру діапазон їх застосування.

Комунікативні навички є фундаментальною складовою активностей повсякденного життя, адже забезпечують ефективну взаємодію дитини з навколишнім середовищем, дорослими й однолітками. Вони включають як вербальні, так і невербальні форми спілкування (жести, міміка, зоровий контакт) та сприяють:

- Розумінню інструкцій

Щоб дитина могла самостійно або з частковою допомогою виконати завдання (наприклад, одягнутися, почистити зуби), вона повинна розуміти вказівки, прохання та пояснення дорослого. Без базового рівня комунікації це неможливо.

- Вміння повідомляти про потреби та просити про допомогу
Дитина повинна мати змогу повідомити про свої потреби, наприклад, що їй потрібна допомога в туалеті чи вона не може дістати речі. Це зменшує, поведінкових проблем і сприяє безпеці.

- Навчанню через імітацію та соціальну взаємодію
Формування навичок самообслуговування часто відбувається внаслідок моделювання поведінки дорослих. Для цього потрібна здатність спостерігати, фокусувати увагу, реагувати на звернене мовлення.

- Учасності в структурованих і неструктурованих ситуаціях
Наприклад, у дитячому садку дитина повинна орієнтуватися в правилах групової взаємодії, реагувати на зміни, спілкуватися з вихователями. У неструктурованому середовищі (майданчик, дім) — домовлятися про черговість, просити іграшку, тощо.

- Формуванню самостійності та незалежності

Розвинуті комунікативні навички дозволяють дитині не тільки просити про допомогу, але й виявляти ініціативу, приймати рішення, планувати дію — що прямо впливає на рівень функціональної незалежності.

У випадку дітей з РАС труднощі в комунікації часто ускладнюють освоєння ADLs, тому ерготерапія повинна передбачати цілеспрямовану

роботу над комунікативними стратегіями — AAC, соціальні історії, моделювання поведінки тощо.

3.2 Алгоритм ерготерапевтичного втручання щодо формування комунікативно-мовленнєвих навичок засобами AAC у дітей періоду першого дитинства із з PAC для навчання виконанню навичок ADLs, IADLs

Алгоритм ерготерапевтичного втручання включав кілька етапів: залучення клієнтів та їх представників у процес ерготерапії, постановки цілей разом з представниками клієнтів, вибору методів та цілей втручання з ерготерапії та аналізу змін які відбулися за час втручання. Орієнтуючись на індивідуальні труднощі та бар'єри клієнтів ми розробили алгоритм ерготерапевтичного втручання. Для подолання труднощів та бар'єрів клієнтів які обмежують їх виконання ADLs, соціалізацію та незалежність ми працювали разом з мультидисциплінарною бригадою фахівців. У мультидисциплінарну бригаду фахівців входили: психолог, корекційний педагог, логопед, фізичний терапевт, АВА-терапевт, соціальний працівник.

У процесі оцінювання було сформовано комплексне уявлення про рівень функціонування дитини в умовах повсякденного життя, а також про вплив фізичних, соціальних та культурних чинників на її активність. Оцінювання включало проведення інтерв'ю з родиною, використання стандартизованих методик (тестів і шкал), а також спостереження за дитиною під час виконання завдань як у звичному, так і в контрольованому середовищі. Для збору інформації ми обрали інструменти, які також могли бути використані на завершальному етапі для оцінки ефективності проведеного втручання.

Під час оцінки функціональних можливостей дитини, формування цілей і планування ерготерапевтичного втручання, особлива увага приділялася розмові представниками клієнта. Було зібрано дані щодо комунікативних навичок, основних потреб і побажань як самої дитини, так її

представників, а також окреслено типові ситуації, в яких виникають труднощі, та очікування від ерготерапевтичного втручання. Наступним етапом стало визначення рівня активності дитини в сферах самообслуговування. Завершальним компонентом стало оцінювання порушень процесів комунікації та їх впливу на повсякденну активність.

Наступним етапом стало визначення цілей ерготерапевтичного втручання. Цілі формулювалися таким чином, щоб бути реалістичними, досяжними й вимірюваними, у форматі SMART [53], що дозволяє об'єктивно оцінювати динаміку змін у дітей з РАС впродовж ерготерапевтичного процесу.

Разом з представниками дітей були визначені довгострокові та загальні цілі, які ґрунтувалися на результатах попереднього оцінювання. Досягнення довгострокових цілей передбачалося впродовж 3–4 місяців. Також були сформульовані короткострокові, конкретні цілі, яких дитина потенційно могла досягнути протягом 2–4 тижнів, що дало змогу поступово просуватися до реалізації більш масштабних завдань ерготерапевтичного втручання.

Значущим етапом ерготерапевтичного втручання є вибір доцільних методів, який значною мірою обумовлюється медичним діагнозом дитини та наявними обмеженнями її життєдіяльності.

Виходячи з цього, нами було використано комбінований підхід, а саме використано РЕО-модель (Person–Environment–Occupation), представлена на рисунку 3.1, що дає спрямовувати втручання на три основні компоненти: саму дитину, її життєве і соціальне середовище на тип повсякденної активності. [54,55,56,57].

Основною метою втручання було досягнення максимальної самостійності дитини у повсякденному житті.

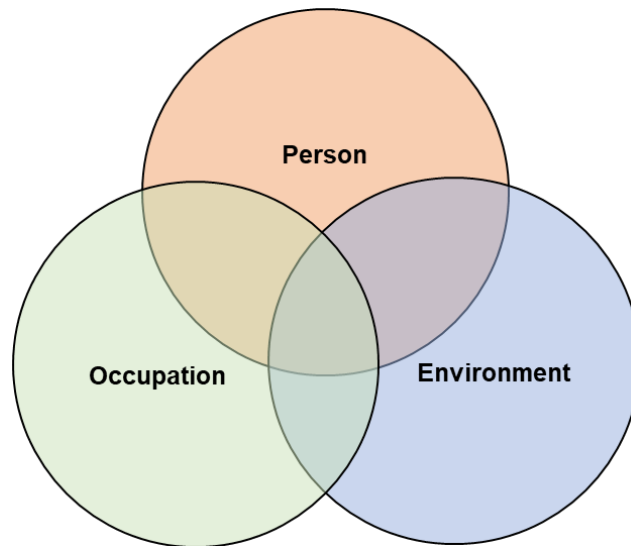


Рисунок 3.1 РЕО-модель

Компоненти що включає модель РЕО.

Особа-особисті фактори: включають наступні елементи:

духовність, ідентичність, ролі.

Компоненти виконання: когнітивні або процесуальні навички, сенсорні та рухові навички, соціально-емоційні навички.

Заняттєва активність стосується таких елементів:

Звички, ритуали, розпорядок дня (рутина). Сфери заняттєвої активності: догляд за собою ADL, продуктивність (робота-школа), дозвілля (гра - вільний час).

Середовище охоплює такі елементи: фізичне та природне середовище (в тому числі технологічне середовище), соціальне середовище, культурне середовище, інституційне середовище, віртуальне середовище. [58,59,60].

Особливу увагу ми приділяли підвищенню мотивації дитини, щоб нові навички активно застосовувалися у звичних побутових ситуаціях. Такий підхід сприяв поступовому розвитку функцій, необхідних для виконання щоденних дій.

Після визначення індивідуальних проблем на основі прикладного аналізу поведінки дитини. Ми залучали до втручання мотиваційні стимули згідно прикладного аналізу поведінки. Протягом егротерапевтичних заходів

діти отримували мотиваційні стимули в разі успішного виконання завдання, підказки різного ступеню в ході виконання завдань. Нами були розроблені рекомендації для родин дітей які приймали участь у дослідженні. Рекомендації були розроблені згідно моделі РЕО [62,62,63].та впроваджені у життєвому та соціальному середовищі дітей.

Оцінювання навичок самообслуговування у дітей з РАС періоду першого дитинства реалізовувалось за допомогою WeeFIM. Результати оцінки показують відставання дітей від вікової норми в домені самообслуговування.

Серед іншого, у категорії «прийом їжі» виявлено, що діти не здатні самостійно вірно обрати столовий прибор під певний тип страви та мають певну вибірковість у їжі зумовлену сенсорною чутливістю.

Навички роздягання виявилися обмеженими: спостерігалися труднощі з просуванням голови та рук у одяг (послідовність та порядок дій), труднощі при зніманні взуття та верхнього одягу. Обмеження переважно були через не розуміння дітьми послідовності дії, у зв'язку з порушенням комунікації та мовленнєвих навичок. Під час одягання діти здебільшого демонстрували більшу залежність від дорослих. Помічено що під час одягання обмеження також були пов'язані з не розумінням послідовності дії та порушенням комунікативних навичок.

У категорії «особиста гігієна» що містить (користування туалетом, миття рук і тіла,вмивання) спостерігались труднощі при митті рук та вмиванні, а саме у відтворенні послідовності дій, через порушення комунікативних навичок. Діти лише частково були в змозі сповіщати про свої потреби проте в усіх інших завданнях зберігалася повна незалежність від допомоги дорослого.

Під час аналізу результатів разом із представниками клієнтів та мультидисциплінарною бригадою було з'ясовано, що зусилля родини переважно були спрямовані на розвиток академічних навичок та рухової активності. Відтак формування та засвоєння навичок повсякденного життя та

комунікативних навичок відходило на другий план. Відповідно, у соціальному та домашньому середовищв діти демонстрували значну залежність від оточення в повсякденних діях.

Згідно виявлених порушень у комунікативних процесах та самообслуговуванні ми обрали такі напрямки втручання для дітей з РАС періоду першого дитинства.

Перший ряд втручань направлений на покращення комунікативних навичок у дітей. Отже, комунікація має ключове значення при виконанні ADLs у дітей з РАС, оскільки:

- забезпечує розуміння інструкцій
- дозволяє повідомляти про свої потреби
- покращує взаємодію з середовищем та їх учасниками
- формує послідовність дій
- підвищує самостійність та незалежність

Виходячи з вище зазначеного пропонуємо наступний ряд втручань:

1.Створювати ситуації вибору для дитини, спонукати її до застосування вказівного жесту. На початкових етапах: « Покажи, що ти хочеш» , надалі «Ти хочеш банан чи машинку?

2.Закріплювати прояви спроби елементарного впливу дитини на оточення: постійно реагувати на її поведінку.

3.Формувати потребу привертати увагу дорослого до себе прийнятним способом.

4.Заохочувати дитину в ситуаціях спілкування у спеціально створених побутових та ігрових умовах. Наприклад, у ситуації зацікавлення нею іграшкою на відстані або в ситуації, коли дитині потрібна допомога при одяганні, чи в ситуації переривання цікавого для неї заняття тощо.

5.Закріплювати розуміння виразних невербальних засобів для встановлення контактів (усмішку, приязний погляд, лагідний дотик, поглажування тощо). Стимулювати в дитини розуміння елементарних стереотипів емоційної взаємодії.

Ерготерапевтичне втручання проводилось протягом двох тижнів на базі центру розвитку: Громадське Об'єднання «ДОМ» міста Харкова. Заняття проводились кожного дня тривалістю від 30 до 45 хвилин. Окрім того, родинами або представниками клієнтів впроваджувались розроблені нами рекомендації у соціальному та життєвому середовищі клієнтів.

Оскільки отримані результати констатувального експерименту дозволяють індивіалізувати алгоритм втручання щодо формування комунікативно-мовленнєвих навичок дітей, далі представлено алгоритм втручання для кожної дитини експериментальної групи.

Дамір О. та Михайло К.

1.Формувати орієнтацію або погляд на обличчя іншої людини за допомогою використання різноманітних прикрас, яскравого одягу. Розвиток уміння виявляти джерело звучання: почувши звук, лагідно крутити голову дитини в напрямку звучання.

2. Формувати мовленнєву увагу. Для цього вчити дитину реагувати на словесну інструкцію руховою дією або звуковим сигналом. Постійно звертати зорову і слухову увагу дитини на інших людей та предмети, особливо у зв'язку з тією чи іншою емоційно-комунікативною ситуацією (Подивися, хто це прийшов? Куди киця втекла?)

3.Формувати здатність розуміти та використовувати невербальні комунікативні засоби. Такі, як: вказівний, прощальний, заперечливий жести і жест згоди тощо

4.Вчити невербально просити бажану річ: дитина віддає дорослому картку із зображенням бажаного предмета, після цього дорослий дає дитині цей предмет.

5.Здійснювати розвиток адекватних реакцій на власне ім'я, формувати вміння відрізняти, як імена рідних людей, так й імена деяких «своїх» дорослих від «чужих». Для цього дорослий використовує прямий показ (вказівний жест) на особу, ім'я якої виголошується. У подальшому вказує на

її окреме зображення на фотографії, а потім – на її фотографію серед фотографій інших людей.

Надія М. та Діана Г.

1. Вчити зіставленню за символами та візуальному зіставленню ідентичних предметів.

2. Формувати розуміння ситуації обміну картки на бажаний предмет.

3. Формувати предметну співвіднесеність слова на полісенсорній основі за допомогою немовленнєвих засобів.

4. Навчати розрізняти нестимульні картки, обирати їх серед стимульних.

5. Вчити бути ініціатором комунікативного процесу, невербально виражати свої потреби дорослим (розглядається як альтернатива проявам небажаної поведінки).

Михайло Д.

1. Розвивати та вдосконалювати навички імітації (двокомпонентної, трикомпонентної, за картинкою, за третьою особою).

2. Розвивати зорове сприйняття та навички візуального зіставлення на основі ігрового матеріалу.

3. Формувати здатність застосовувати невербальні комунікативні засоби. Такі, як: вказівний, прощальний, заперечливий жести і жест згоди тощо.

4. Формувати розуміння ситуацій спілкування та вчити здійснювати комунікативний процес з однолітками або дорослими за допомогою картки «грати».

Вважаємо, що реалізація поставлених завдань із залученням до корекційно-розвивальної роботи з дітьми із з РАС батьків, сприятиме подальшому формуванню в дітей комунікативно-мовленнєвих навичок, стимулюватиме розвиток їхніх когнітивних функцій та емоційно-вольової сфери.

Другий ряд втручань був направлений на формування послідовності дій необхідних для виконання ADLs, таких як одягання, роздягання, миття рук.

Під час друго ряду ерготерапевтичних втручань були застосовані методи візуального розкладу та тренування відтворення дій за допомогою засобів ААС.

Під час втручання візуальний розклад складався індивідуально для кожного учасника дослідження та реалізовувався засобами ААС, а саме україномовним безкоштовним застосунком «Digital Inclusion». Представленим на рисунку 3.2 та рисунку 3.3.

ВИБЕРІТЬ КАТЕГОРІЮ

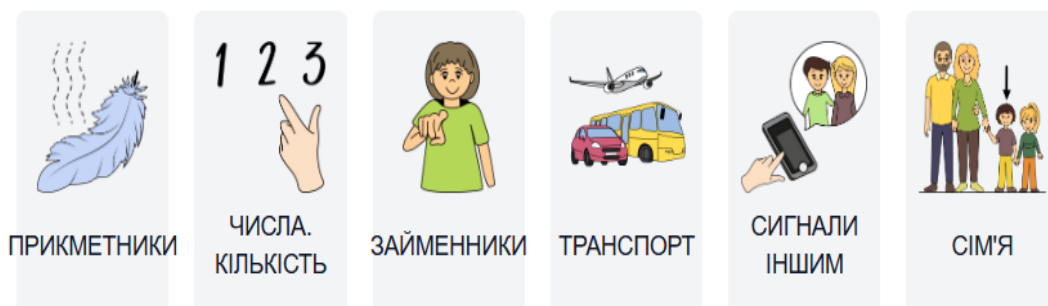


Рисунок 3.2 Приклад інтерфейсу застосунку «Digital Inclusion».

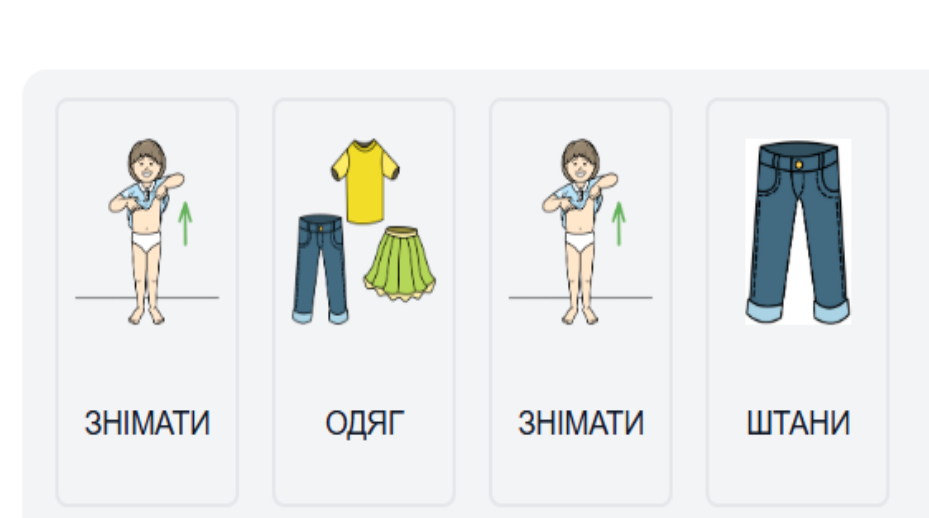


Рисунок 3.3 Приклад візуального розкладу складеного за допомогою застосунку «Digital Inclusion».

Застосунок дає змогу завантажити власні фото та аудіо користувача, (зображення одягу дитини, озвучування голосом знайомої людини), що робить втручання індивідуалізованим та є надважливим аспектом навчання виконанню навичок ADLs дітей з РАС.

Виконання втручання поводилось під час таких активностей як, вмивання, одягання (верх) та роздягання(низ). На заняттях використовувался візуальний розклад, виконання ADLs, з підказками ерготерапевта.

3.3 Ефективність і обговорення результатів дослідження

У результаті реалізації індивідуалізованого алгоритму ерготерапевтичного втручання, спрямованого на розвиток навичок самообслуговування та комунікативної діяльності, спостерігалось позитивне зрушення у функціональній незалежності дітей з РАС.

Серед іншого, аналіз динаміки результатів за шкалою WeeFIM (рис. 2.2) свідчить про зростання загальної кількості балів у всіх учасників дослідження на 10%, що вказує на покращення в таких сферах, як прийом їжі, особиста гігієна, одягання та контроль фізіологічних функцій. У деяких випадках рівень функціональної незалежності підвищився на один щабель — наприклад, від "модифікованої залежності" до "модифікованої незалежності".

Також було зафіксовано якісні зміни у виконанні повсякденних дій:

- діти почали ініціювати дію самостійно (наприклад, починали процес миття рук без нагадування);
- покращилась узгодженість рухів при одяганні та користуванні столовими приборами;
- зменшилась кількість запитів на допомогу з боку дорослих у знайомих умовах.

Окрім цього, зросла стабільність виконання дій у структурованих і частково неструктурованих ситуаціях, що свідчить про перенесення навичок у природне середовище. Батьки відзначили підвищення впевненості дітей у

повсякденних ситуаціях і зниження рівня фрустрації при спробах виконати завдання самостійно.

Таким чином, результати дослідження підтверджують ефективність ерготерапевтичного втручання, зокрема застосування моделі РЕО та підтримки альтернативної/допоміжної комунікації як умов для формування функціональної незалежності у дітей з РАС.

Оцінка дітей після застосування алгоритму ерготерапевтичного втручання представлені у (табл 3.10)

Таблиця 3.10 - Результати після втручання за шкалою WeeFIM Домен: Самообслуговування

№ з.п	Ім'я дитини	Вік(років)	Прийом їжі	Розчісування	Вмивання, миття рук	Одягання (верх)	Роздягання (низ)	Туалет	Контроль сечі	Контроль дефекації	Сума балів	Рівень залежності
1	Дамір О	6	7	7	7	7	7	7	7	7	56	Повна незалежність
2	Михайло Д	6	7	7	6	6	6	6	7	7	52	Незалежна
3	Діана Г	6	6	4	4	4	3	4	4	4	33	Модифікована незалежність
4	Михайло К	6	7	7	7	7	7	7	7	7	56	Повна незалежність
5	Надія М	6	4	3	3	3	2	3	2	2	22	Модифікована залежність

Далі представлені результати оцінки комунікативних навичок дітей експериментальної групи.

Результати виконання дітьми комплексу діагностичних завдань №1-6 після втручання представлені у табл 3.11.

Таблиця 3.11 - Результати виконання дітьми комплексу діагностичних завдань №1-6 після втручання

№	Ім'я дитини	Кількість балів	Рівень розвитку комунікативних навичок
1	Дамір О.	31 балів	Низький рівень
2	Надія М.	72 балів	Середній рівень
3	Діана Г.	61 балів	Середній рівень
4	Михайло Д.	26 балів	Низький рівень
5	Михайло К.	31 балів	Низький рівень

Проведене дослідження дозволило оцінити ефективність ерготерапевтичного втручання у розвитку навичок самообслуговування в дітей періоду першого дитинства з РАС. Оцінювання здійснювалося за допомогою шкали WeeFIM, зосередженої на домені «Самообслуговування».

Порівняльний аналіз результатів до і після втручання виявив середнє покращення показників на 10%. Таке зростання відбулося внаслідок систематичного застосування ерготерапевтичних підходів, спрямованих на розвиток комунікативних та функціональних навичок у структурованому та неструктурованому середовищі.

Після втручання:

- Дві дитини (40%) досягли повної незалежності, що свідчить про високий рівень сформованості навичок самообслуговування без потреби у сторонній допомозі.
- Одна дитина (20%) демонструвала модифіковану незалежність, використовуючи допоміжні засоби або потребуючи додаткового часу для виконання завдань.

- Одна дитина (20%) залишилася на рівні модифікованої залежності, однак показала покращення в окремих категоріях, таких як прийом їжі та гігієнічні навички.

- Одна дитина (20%) залишилася на рівні повної залежності, що вказує на необхідність подальшої індивідуалізованої підтримки та спеціалізованих стратегій втручання.

Отримані результати що продемонстровані на рисунку 3.4 та рисунку 3.5 підтверджують, що ерготерапія є ефективним засобом підвищення функціональної незалежності дітей з РАС, особливо у формуванні базових навичок самообслуговування. Вони також підкреслюють важливість раннього втручання та мультидисциплінарного підходу у роботі з цією категорією дітей.

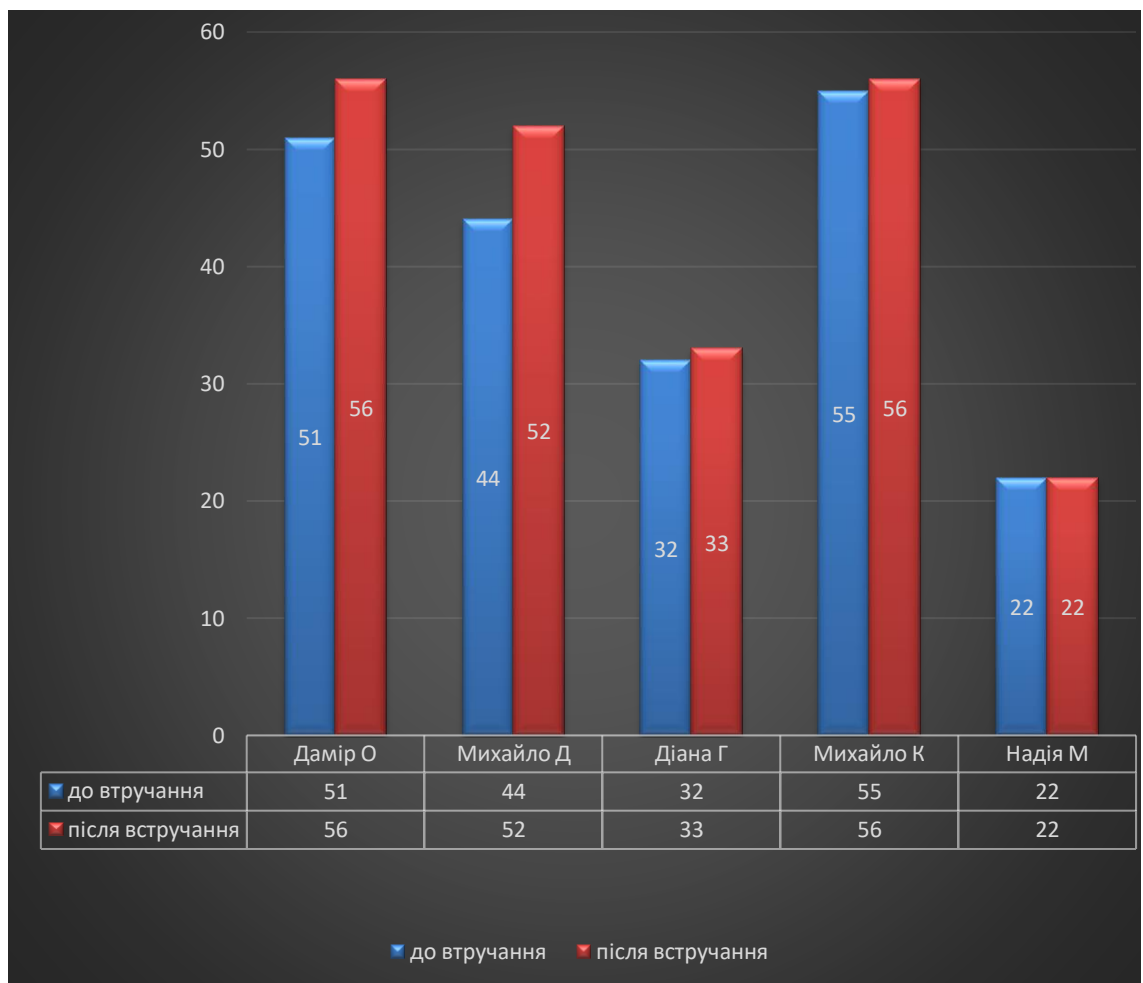


Рисунок 3.4 - Порівняльні результати оцінки дітей до та після втручання за шкалою WeeFIM.

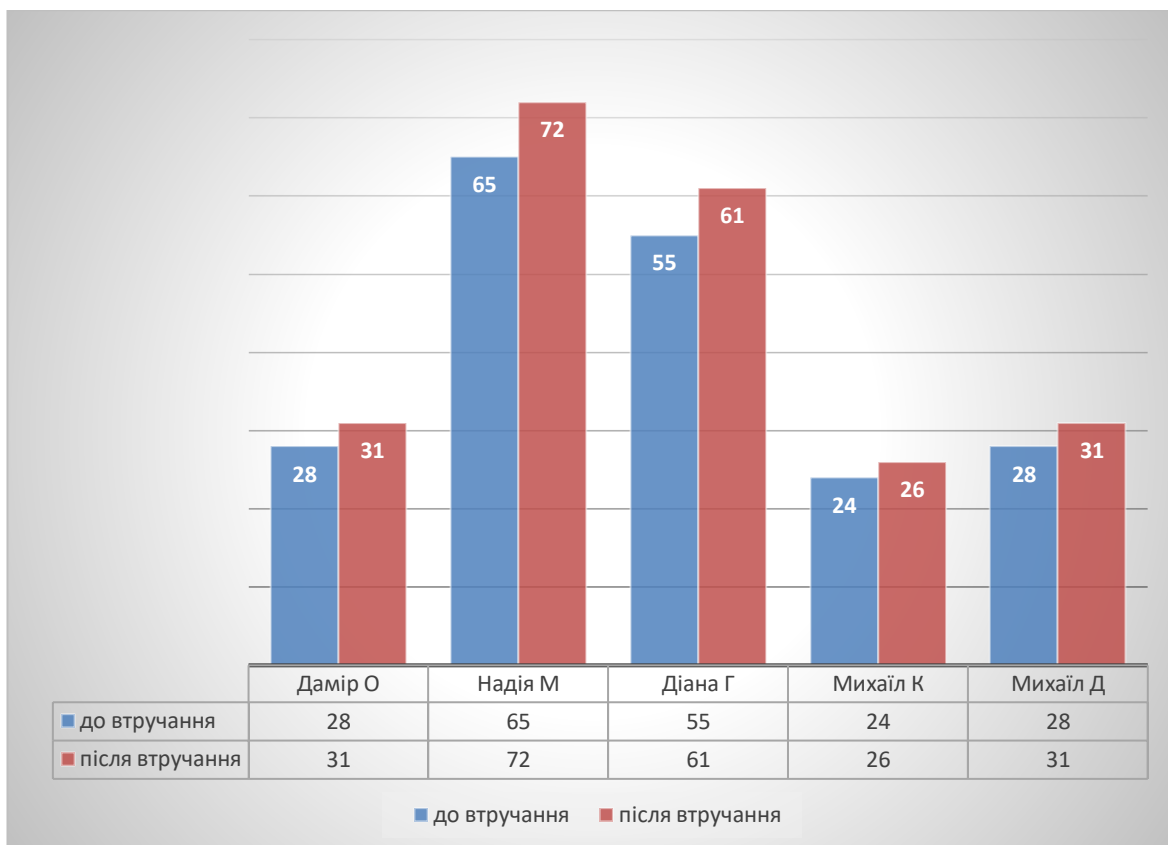


Рисунок 3.5 - Порівняльні результати оцінки дітей до та після втручання виконання дітьми комплексу діагностичних завдань спрямованих на виявлення комунікативних навичок №1-6.

ВИСНОВКИ

Отже, у кваліфікаційній роботі було здійснено:

1. Теоретичний аналіз літератури щодо питання становлення сучасного поняття «РАС», проблеми формування та розвитку комунікативно-мовленнєвих навичок у дітей із з РАС в ерготерапії, психології, логопедії, психіатрії та суміжних науках. Розкриті поняття: «комунікація», «комунікативний процес», «альтернативна та допоміжна комунікація», «ADLs», вивчено питання вибору системи комунікації для осіб з порушеннями розвитку, визначено чинники, що впливають на розвиток комунікативно-мовленнєвих навичок старших дошкільників із з РАС та особливості формування комунікативно-мовленнєвих навичок у дітей із з РАС.

2. Розроблено експериментальну методiku дослідження та визначено напрями діагностики сформованості комунікативно-мовленнєвих навичок у дітей із з РАС. Проведено діагностичний, формувальний і контрольний експеримент задля оцінювання стану сформованості комунікативно-мовленнєвих навичок у дітей періоду першого дитинства із РАС та причин труднощів в оволодінні зазначеними навичками. Діагностичний експеримент було реалізовано у три етапи: вивчення анамнестичних відомостей про дітей та їхніх психолого-педагогічних характеристик; інтерв'ювання батьків, спостереження за поведінкою дитини в комунікативному середовищі (структурованому та неструктурованому); процедура оцінювання комунікативно-мовленнєвих навичок за допомогою адаптованих завдань.

3. У результаті дослідження втручання розроблено та науково обґрунтовано основні напрями розвитку комунікативно-мовленнєвих навичок у дітей із РАС ерготерапевтичними засобами для покращення виконання ADLs, та шляхи їх реалізації в умовах центру розвитку та поза його межами.

Дані, що представлені у кваліфікаційній роботі, можуть бути використані для вдосконалення діагностики специфічних особливостей мовленнєвого та емоційного розвитку дітей із з РАС і розробки на цій основі нових технологій успішного формування процесу комунікації. Результати дослідження розширюють уявлення про структуру причин порушень комунікативно-мовленнєвої діяльності дітей із з РАС, що може виступати засобом їх соціально-психологічної адаптації.

Дібрані та адаптовані комплекси діагностичних методик для визначення стану сформованості комунікативно-мовленнєвих навичок та тих факторів, з якими пов'язано труднощі в оволодінні ними, можуть бути використані і використовуються у професійній діяльності ерготерапевта психолога, вчителя-логопеда, поведінкового аналітика, АВА –терапевта (інструктора), спеціаліста з сенсорної інтеграції, фізичного терапевта, арт-терапевта в умовах спеціальної та інклюзивної освіти. Упровадження в практику результатів дослідження здійснено в центрі розвитку: Громадське Об'єднання «ДОМ» міста Харкова.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Колупаєва А.А. Інклюзивна освіта: реалії та перспективи: монографія. Київ: Видавництво «СамітКнига», 2009. – 272 с.
2. Тарасун В.В., Аутологія: теорія і практика. Підручник. Тарасун В.В., – К.: «Вадекс», 2018. – с.590.
3. ASD Handbook – Ukrainian Translation [інтернет]. OHSU; 2023. Доступно:<https://www.ohsu.edu/sites/default/files/2024-02/ASD-Handbook-Ukrainian-Translation.pdf>
4. Базима Н.В. Особливості мовленнєвої та комунікативної діяльності у дітей з аутизмом // Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія Корекційна педагогіка та спеціальна психологія: зб. наук. праць. – К.: НПУ імені М.П. Драгоманова, 2011. – № 18. – С. 7-9.
5. Скрипник Т. В. Феноменологія аутизму: монографія. Київ: Видавництво «Фенікс», 2010. – 368 с.
6. Burkhart L. What is AAC? [Електронний ресурс] / Linda Burkhart // International Society of AAC. – 2016. – Режим доступу до ресурсу: <https://www.isaac-online.org/english/what-is-aac/>
7. Centers for Disease Control and Prevention. Data and statistics on autism spectrum disorder [Internet]. Atlanta (GA): CDC; 2023 [cited 2025 May 2]. Available from: <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>
8. Центр контролю та профілактики захворювань США. Поширеність та раннє виявлення розладів аутистичного спектру серед дітей віком від 4 до 8 років. Мережа моніторингу аутизму та порушень розвитку, центрів, США, 2022 рік. [Електронний ресурс] Режим доступу до ресурсу: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/74/ss/ss7402a1.htm>
9. Мангушева ОЮ. Словник ерготерапії [Internet]. Київ: Українське товариство ерготерапевтів; 2021 [cited 2025 May 2]. Available from: <https://ergo-ukraine.com.ua/storage/files/%D0%A1%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%BD%>

[D0%B8%D0%BA%20%D0%B5%D1%80%D0%B3%D0%BE%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BF%D1%96%D1%97_%D0%9C%D0%B0%D0%BD%D0%B3%D1%83%D1%88%D0%B5%D0%B2%D0%B0_2021.pdf](#)

10. Дефектологічний словник: навчальний посібник / За редакцією В.І.Бондаря, В.М. Синьова. – К.: «МП Леся», 2011. – 528 с.

11. Hoffman HJ, Li C-M, Losonczy K, Chiu MS, Lucas JB, St. Louis KO. [Voice, speech, and language disorders in the U.S. population: The 2012 National Health Interview Survey \(NHIS\). Abstract No. 648.](#) In Abstracts of the 47th Annual Meeting of the Society for Epidemiologic Research, June 24-27, 2014, Seattle, WA; p. 156.

12. Дичківська І. М. Інноваційні педагогічні технології: підручник / І.М. Дичківська. – 2-ге вид., доповн. – К.: Академвидав, 2012. – 349 с.

13. Єжова Т. Є. Альтернативна комунікація як засіб соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями життєдіяльності [Електронний ресурс] / Тетяна Євгенівна Єжова // Збірник «Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами». – 2011. – Режим доступу до ресурсу: <http://ap.uu.edu.ua/article/102>.

14. Куценко Т. О. Використання допоміжної альтернативної комунікації при навчанні дітей з розладами аутичного спектра [електронний ресурс] / Т. О. Куценко // Освіта осіб з особливими потребами. – 2013. Режим доступу до ресурсу: http://irbinbu/cgiirbis_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAGE_FILE_DOWNLOAD=1&Image_file_name=PDF/ooop_2013_4%282%29_26.pdf

15. Куценко Т. О. Розвиток комунікації у дітей з аутизмом: методичні алгоритм втручання / Т. О. Куценко. – К.: 2012.-28с.

16. Літвінова О.В. Щодо питання систематизації мовленнєвих порушень при аутизмі. Логопедія. – 2013. – № 3. – С. 48-51.

17. Логвінова І.П. Навички невербальної соціальної взаємодії у дошкільників з розладами спектру аутизму / І.П. Логвінова // Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія Корекційна педагогіка та

спеціальна психологія : зб. наук. праць. – К.: НПУ імені М.П. Драгоманова, 2011. – №18. – С. 137-141.

18. Лопатіна Г. О. Методичні основи системи спілкування за допомогою обміну картками / Г. О. Лопатіна // Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія / М-во освіти і науки, молоді та спорту України, Нац. пед. ун-т ім. М.П. Драгоманова. – Київ: Вид-во НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2014. – Вип. 27. – С. 110 – 113.
<http://enpuir.npu.edu.ua/handle/123456789/7788>

19. Скрипник Т. В. Феноменологія аутизму: монографія. Київ: Видавництво «Фенікс», 2010. – 368 с.

20. Система альтернативної комунікації за допомогою карток PECS[Електронний ресурс]: Сайт реабілітаційного центру «Малютко»
Режим доступу: <http://www.malyatkocenter.com/poslugi/alternativnakomunikaciyapecs.htm>

21. Тарасун В.В., Куценко Т.О., Недозим І.В., Скрипник Т. В., Дуброва І.М., Лощених В.П., Душка А.Л. Комплексна програма розвитку дітей дошкільного віку з аутизмом «Розквіт» [Електронний ресурс] : – Режим доступу: <https://mon.gov.ua/ua/osvita/doshkilna-osvita/programi-rozvitku-ditej>

22. Тарасун В.В., Аутологія: теорія і практика. Підручник. Тарасун В.В., – К.: «Вадекс», 2018. – с.590.

23. Концепція розвитку, навчання і соціалізації дітей з аутизмом / за ред. В. Тарасун – Київ. «Вадекс», 2004. – 103 с.

24. Нuman SL, Levy SE, Myers SM; Council on Children with Disabilities, Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. Identification, evaluation, and management of children with autism spectrum disorder. Pediatrics. [2020;145\(1\):e20193447. doi:10.1542/peds.2019-3447.](https://doi.org/10.1542/peds.2019-3447)

25. М.К. Шеремет, В. В. Тарасун, С. Ю. Конопляста .Логопедія: підруч. для студ. вищ. навч. закл. / М.К. Шеремет, В. В. Тарасун, С. Ю.

Конопляста [та ін.] ; за ред. М.К. Шеремет. – 2-ге вид., переробл. та допов. – Київ: Слово, 2010. – 665 с.

26. Шульженко Д. І. Основи психологічної корекції аутистичних порушень у дітей : монографія. – К. : Слово, 2009. – 381 с.

27. Kosinski С. Ерготерапія для дітей з аутизмом. Київ: BookHut; 2023.

28. Сучасні підходи до ерготерапії дітей з розладами аутистичного спектра [інтернет]. J Med Biol Sci. 2021;6(2):28–32. Доступно: <https://jmbs.com.ua/pdf/6/2/jmbs0-2021-6-2-007.pdf>

29. Особливості ерготерапії дітей з розладами аутистичного спектра [інтернет]. Ужгородський нац. ун-т. Сер. Медицина. 2022;(69):101–105. Доступно: <https://journals.uzhnu.uz.ua/index.php/health/article/view/1224>

30. Розвиток комунікації у дітей з аутизмом: методичні рекомендації [інтернет]. Київ: ІТЗН НАПН України; 2019. Доступно: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/7021>

31. Ткач Х. Обстеження мовленнєвого розвитку дітей з аутизмом і тяжкими порушеннями. Нова Каховка: Центр психолого-педагогічної допомоги; 2020.

32. Greenspan SI, Wieder S. На ти з аутизмом: використання методики Floortime для розвитку стосунків, спілкування та мислення. Київ: Освіта; 2017.

33. Семизорова В. Діти з розладами аутистичного спектра: комплексний підхід. Київ: Шкільний світ; 2021.

34. Скрипник Т. Діти з аутизмом в інклюзії: система технологій. Київ: Київ. ун-т ім. Б. Грінченка; 2019.

35. Сухіна І, Риднер І, Скрипник Т. Психологічна модель раннього втручання для дітей з аутизмом. Київ: УМО; 2020.

36. Centers for Disease Control and Prevention. Data and statistics on autism spectrum disorder [Internet]. Atlanta (GA): CDC; 2023 [cited 2025 May 2]. Available from: <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>

37. Козій ТП, Велюш ДЮ. Методичні особливості та ефективність застосування ерготерапії при дитячому аутизмі. Педагогічні технології формування культури здоров'я особистості: матеріали V Всеукр. наук.-практ. конф. молодих вчених і студентів; 2018 квіт 26; Чернігів. Чернігів: НУЧК ім. Т.Г. Шевченка; 2018. с. 53-55.

38. Вітомська М. Сучасні підходи до ерготерапії дітей з розладами аутистичного спектра. Український журнал медицини, біології та спорту. 2021;6(2):30-34.

39. Козій ТП, Велюш ДЮ. Ерготерапія як складова комплексної реабілітації при аутизмі та її ефективність. Сумський державний педагогічний університет імені А.С.Макаренка; 2017.

40. Сучасні підходи до ерготерапії дітей з розладами аутистичного спектра. Український журнал медицини, біології та спорту. 2021;6(2):30-34.

41. Єжова ТЄ. Альтернативна комунікація як засіб соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями життєдіяльності. Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами. 2011;(7):102.

42. Лопатіна ГО. Методичні основи системи спілкування за допомогою обміну картками. Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. 2014;(27):110-113.

43. Логвінова ІІ. Навички невербальної соціальної взаємодії у дошкільників з розладами спектру аутизму. Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. 2011;(18):137-141.

44. Куценко ТО. Розвиток комунікації у дітей з аутизмом: методичні алгоритми втручання. Київ: 2012. 28 с.

45. Тарасун ВВ, Куценко ТО, Недозим ІВ, Скрипник ТВ, Дуброва ІМ, Лощених ВП, Душка АЛ. Комплексна програма розвитку дітей

дошкільного віку з аутизмом «Розквіт». Міністерство освіти і науки України; 2018.

46. Колупаєва АА. Інклюзивна освіта: реалії та перспективи. Київ: Саміт-Книга; 2009. 272 с.

47. Matson JL, Rivet TT. Daily living skills in adolescents with autism spectrum disorders. *Res Autism Spectr Disord* [Internet]. 2008;2(3):391–8 [cited 2025 May 7]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8009320/>

48. Lorah ER, Parnell A, Speight D. Teaching communication and functional life skills in children with autism spectrum disorder. *Behav Sci (Basel)* [Internet]. 2023 Feb;15(2):198 [cited 2025 May 7]. Available from: <https://www.mdpi.com/2076-328X/15/2/198>

49. Blomqvist K, Ljunggren S. Interventions enhancing daily living skills for children with autism spectrum disorder: A systematic review. *DiVA portal* [Internet]. 2020 [cited 2025 May 7]. Available from: <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1453893/FULLTEXT01.pdf>

50. Bondy A, Frost L. The Picture Exchange Communication System. *Wikipedia* [Internet]. [cited 2025 May 7]. Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/Picture_Exchange_Communication_System

51. Kosinski С. Ерготерапія для дітей з аутизмом. Київ: BookHut; 2023.

52. Evaluating the Benefits of Occupational Therapy in Children With Autism. *Cureus*. 2023;15(7):e11302171. [PMС](#)

53. Occupational Therapy Interventions Using New Technologies in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(2):1052. [PubMed](#)

54. Occupational Therapy's Role in the Treatment of Children with Autism Spectrum Disorders. In: *Autism Spectrum Disorders: From Theory to Practice*. 2018. p. 123–135. [ResearchGate](#)

55. Occupational Therapy for Children with Autism. In: Autism Spectrum Disorders: A Handbook for Parents and Professionals. Springer; 2013. p. 789–802.
56. Meeting the Needs of Families of People With Autism Spectrum Disorder. *Am J Occup Ther.* 2015;69(5):6905170010p1.research.aota.org+1Verywell Health+1
57. Effectiveness of Occupational Therapy Interventions to Promote Socialization in Children With Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. *Am J Occup Ther.* 2021;75(2):7502205030.scholarworks.iupui.edu
58. Occupational Therapy and Treatment of Sensory Issues Related to Autism Spectrum Disorder. Western Washington University Honors Program. 2019.
59. Schell B, Gillen G. Willard and Spackman's occupational therapy. 13th ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer; 2019.
60. Baum CM, Bass JD, Christiansen CH. Interventions and outcomes: The Person-Environment-Performance (PEOP) occupational therapy process. In: Christiansen CH, Baum CM, Bass JD, editors. Occupational therapy: performance, participation and well-being. Thorofare: SLACH Incorporated; 2015. p. 57-80.
61. Brown C. Ecological models in occupational therapy. In: Willard and Spackman's occupational therapy. 13th ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer; 2019. p. 622-32.
62. Van Dijk K, Nas A, Van Barschot K, Derkx J. Ergovaardig deel 1 (4^o druk) Inventaris en analyse. Amsterdam: Boom Uitgevers; 2022.
63. Van Hartingsveldt M, Kos D, Le Granse M. Grondslagen van ergotherapie. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2023.

ДОДАТКИ

Додаток А

Психолого-педагогічна характеристика

Дамір О -вік 6 років, діагноз- дитячий аутизм 6A02

-Когнітивна сфера і психофізичний розвиток (Увага нестійка, концентрується на короткий час. Довільність психічних процесів сформована недостатньо. Темп працездатності нерівномірний. Пам'ять механічна. Потребує стимуляції і заохочення. Емоційно нестійкий. Інтерес до співпраці з дорослим стимулюється за допомогою ігрового матеріалу.)

-Мовленнєва діяльність і комунікативні навички (Звукові, безумовно-рефлекторні реакції: радісні вигуки, сміх, плач, крик. Обсяг пасивного словника переважає над активним (П> А)). Активний словник у початковій стадії формування, значно відстає від вікової норми, обмежений побутовою тематикою. У спонтанному мовленні фіксуються різні вокалізації. Не сформовано правильне мовленнєве дихання. Грубо порушена складова структура слів. Фонематичне сприйняття і фонематичний слух не відповідають віковій нормі. Оральний праксис сформований недостатньо, відзначаються труднощі у відтворенні довільних рухів.

-Соціальна взаємодія (Контакт встановлюється поступово, після адаптаційної паузи. Інтерес до співпраці з дорослим стимульований. Пошуково-наслідувальна діяльність здійснюється за допомогою дорослого.) На момент обстеження зоровий контакт та розділена увага вже були набуті, вказівний жест використовувався дитиною, але не був закріплений.

-Загальна і дрібна моторика, навички самообслуговування (Дрібна моторика і навички самообслуговування сформовані недостатньо. Порушена скоординованість рухів.)

Можливі прояви небажаної поведінки (кричить, кусається, дряпає себе), це викликано нерозумінням дитиною наданих інструкцій. Також може демонструвати негативну поведінку при не досягненні бажаного.

Додаток Б

Ім'я дитини _____ Дата
народження _____

Дата
заповнення _____

*Будь ласка, позначте варіант відповіді, що найточніше характеризує поведінку
Вашої дитини та додайте коментар, якщо необхідно..*

.п.	Категорії запитань	Відповідь		Коментар
		так	і	
	<i>Емоційний і зоровий контакт</i>			
.	Чи знаєте Ви, коли Ваша дитина задоволена або засмучена? Як вона (він) поводить ся?			
.	Коли Ваша дитина грається, чи поглядає вона на Вас, щоб дізнатися, чи спостерігаєте Ви за нею?			
.	Чи усміхається дитина, коли зустрічається з Вами поглядом?			
.	Коли Ви дивитесь або вказуєте на іграшку в кімнаті, чи знаходить її поглядом дитина?			
	<i>Комунікація</i>			
.	Ваша дитина дає знати про те, що потребує допомоги або хоче дістати певний об'єкт?			
.	Чи намагається дитина привернути Вашу увагу до себе, якщо ви не зважаєте на неї? Яким чином?			
.	Чи вдається Ваша дитина до будь-яких дій, щоби розвеселити Вас?			

.	Чи привертає дитина Вашу увагу до об'єктів, що цікавлять її (просто щоб Ви побачили об'єкт, не очікуючи будь-яких дій від Вас)?		
.	Щось може спонукати дитину до спілкування (їжа, ТБ, комп'ютер, інше)?		
<i>Символи та жести</i>			
0.	Чи піднімає та приносить дитина предмети на Ваше прохання?		
1.	Ваша дитина приносить Вам предмети, щоб показати?		
2.	Чи махає дитина «привіт» або «пока»?		
3.	Ваша дитина користується вказівним жестом (вказує на предмети пальцем чи рукою)?		
4.	Чи киває дитина головою на знак згоди або хитає, заперечуючи?		
5.	Ваша дитина отримує задоволення від перегляду книжок?		
6.	Впізнає зображення знайомих предметів на картинках?		
<i>Активне мовлення</i>			
7.	Ваша дитина користується жестами чи звуками, щоб привернути Вашу увагу або попросити про допомогу?		
8.	Чи сполучає Ваша дитина звуки разом, наприклад, <i>ой, ам, ма, ди</i> і т. ін.?		

9.	Скільки приблизно з наведених звукосполучень може вимовляти Ваша дитина: <i>ма, ба, на, ди, ва, ла, ке, ша, йа?</i>		
0.	Скільки приблизно слів із зрозумілим Вам значенням вимовляє дитина (наприклад, <i>кека</i> , що означає цукерку; <i>кіся</i> , означає кицька)?		
1.	Чи називає Ваша дитина предмети чи картинки?		
2.	Ваша дитина вимовляє, користується дієсловами?		
3.	Чи з'єднує Ваша дитина два слова разом (наприклад, <i>дай печива, пока, тато</i> і т. ін.)?		
4.	Наскільки чітко вимовляються слова? Чи зрозуміле мовлення дитини сторонній особі?		
<i>Розуміння мовлення</i>			
5.	Коли Ви кличете дитину по імені, чи повертається він (вона) до Вас або спрямовує погляд?		
6.	Скільки приблизно словосполучень або фраз розуміє Ваша дитина, якщо Ви не супроводжуєте сказане жестами (наприклад, «покажи свої вухка», «де тато?», «йди сюди», «дай мені м'яч»)?		
<i>Використання предметів</i>			
7.	Ваша дитина виявляє інтерес до гри з різноманітними іграшками, чи має обмежені інтереси?		
8.	Скільки із наведених нижче предметів Ваша дитина використовує за призначенням: чашка, гребінець, ложка, зубна щітка, тарілка, м'яч, іграшкове авто, телефон, капелюх?		

9.	Скільки кубиків Ваша дитина вибудовує у вежу, або скільки кілець нанизує на піраміду?		
0.	Чи використовує дитина іграшки для гри «понарошку» (як от, годувати м'яку іграшку, вкладати ляльку спати, катати іграшку на авто)?		