

Хмельницький національний університет  
Факультет здоров'я, психології, фізичної культури та спорту  
Кафедра психології та педагогіки

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

Другий (магістерський)

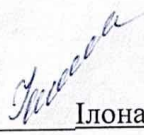
Освітній рівень


ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ КОГНІТИВНОГО ТА ОСОБИСТІСНОГО  
РОЗВИТКУ ДІТЕЙ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ  
В ПРОЦЕСІ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Галузь знань 05 Соціальні та поведінкові науки  
Шифр і назва галузі знань  
Спеціальність 053 Психологія  
Шифр і назва спеціальності

Шифр 241033

Номер ІНП

Виконала: студентка ІІ курсу, групи ППМз-24-2  Ілона ЗАЄНЦІ  
Підпис Ініціали, прізвище

Керівник: канд. психологічних наук, доцент  Алла РУДЕНОК  
Підпис Ініціали, прізвище

До захисту допускаю:  
Зав. кафедри психології та педагогіки  
доктор психологічних наук, професор

 Таїсія КОМАР  
Підпис Ініціали, прізвище

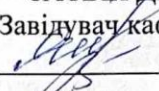
10 12 2025 р.

Хмельницький, 2025

## ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет здоров'я, психології, фізичної культури та спорту  
Кафедра психології та педагогіки  
Освітній рівень другий (магістерський)  
Галузь знань 05 «Соціальні та поведінкові науки»  
Спеціальність 053 «Психологія»  
Освітня програма освітньо-професійна програма «Психологія»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри психології та педагогіки  
 Таїсія КОМАР

підпис

протокол № 5 від 12 грудня 2024 р.

ЗАВДАННЯ  
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУІлони ЗАЄНЦІ

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ здобувача

1. Тема кваліфікаційної роботи: «Психологічні аспекти когнітивного та особистісного розвитку дітей із порушеннями опорно-рухового апарату в процесі реабілітації»

Керівник кваліфікаційної дипломної роботи: Алла РУДЕНОК, канд. психологічних наук, доцент.

Затверджено наказом ректора університету від 25 серпня 2024 р. № 65

2. Строк подання здобувачем роботи на кафедру 01 грудня 2025 р.

3. Вихідні дані до роботи: матеріали звіту з переддипломної практики, комплекс методів та методик дослідження: методика вивчення розумового розвитку дітей старшого дошкільного віку (Н. Стадненко, Т. Ілляшенко), методика «Малюнок неіснуючої тварини», анкети для батьків та педагогів.

4. Зміст кваліфікаційної дипломної роботи (перелік питань, які потрібно розробити): вступ, розділ 1. Теоретичні основи когнітивного та особистісного розвитку дітей із порушеннями опорно-рухового апарату, Характеристика порушень опорно-рухового апарату та їх вплив на психічний розвиток дітей, Особливості когнітивного та особистісного розвитку дітей із порушеннями ОРА, психологічні аспекти реабілітаційного процесу дітей із порушеннями ОРА, висновки до розділу; розділ 2 Емпіричне дослідження когнітивного та особистісного розвитку дітей із порушеннями ОРА в процесі реабілітації, опис та обґрунтування методів і методик дослідження, аналіз результатів емпіричного дослідження, програма психологічного супроводу та когнітивного розвитку дітей із порушеннями опорно-рухового апарату в процесі реабілітації, висновки до розділу; висновки, перелік джерел посилення, додаток.

5. Перелік графічного матеріалу (із зазначенням обов'язкових креслень) 1 рисунок, 3 таблиці.

6. Консультанти розділів кваліфікаційної роботи

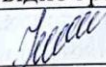
Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв

Дата видачі завдання 12 грудня 2024 року

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів (розділів) кваліфікаційної роботи магістра	Строк виконання етапу роботи	Примітка
1	Вибір теми дослідження. Визначення об'єкта і предмета дослідження, постановка мети і завдань.	До 01 січня 2025 р.	виконано
2	Визначення теоретико-методологічних засад дослідження. З'ясування актуальності проблеми.	До 03 березня 2025 р.	виконано
3	Оформлення вступу кваліфікаційної роботи.	До 01 вересня 2025 р.	виконано
4	I розділ кваліфікаційної роботи.	До 10 вересня 2025 р.	виконано
5	II розділ кваліфікаційної роботи.	До 01 жовтня 2025 р.	виконано
6	Загальні висновки.	До 01 листопада 2025 р.	виконано
7	Оформлення кваліфікаційної роботи.	До 01 грудня 2025 р.	виконано
8	Попередній захист кваліфікаційної роботи.	<u>18</u> листопада 2025 р.	виконано
9	Захист кваліфікаційної роботи (відповідно графіку)	<u>20</u> грудня 2025 р.	виконано

Здобувач



Ілона ЗАСНЦ

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

Керівник роботи



Алла РУДЕНОК

## АНОТАЦІЯ НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ

Тема кваліфікаційної роботи «Психологічні аспекти когнітивного та особистісного розвитку дітей із порушеннями опорно-рухового апарату в процесі реабілітації»

Здобувач Ілона ЗАЄНЦЬ

Керівник Алла РУДЕНОК

Кваліфікаційна робота включає 94 сторінки, 1 рисуноків, 3 таблиці, перелік джерел посилання із 68 найменувань.

Ключові слова: психологічні аспекти, когнітивний розвиток, особистісний розвиток, діти з порушеннями опорно-рухового апарату, реабілітація, психічний розвиток, адаптація, соціалізація, корекційно-реабілітаційна робота, нейропсихологічна підтримка.

**Об'єкт дослідження** – розвиток дітей із порушеннями опорно-рухового апарату.

**Предмет дослідження** – психологічні особливості розвитку когнітивних та особистісних характеристик дітей із порушеннями опорно-рухового апарату в умовах реабілітації.

За результатами дослідження встановлено, що фізичні обмеження дітей із порушеннями опорно-рухового апарату зумовлюють специфічні труднощі сенсомоторного досвіду, що впливають на когнітивний розвиток, емоційно-вольову сферу та соціальну адаптацію. Теоретичний аналіз розкрив взаємодію біологічних і соціально-психологічних чинників та підкреслив значення сімейної підтримки, інклюзивної освіти й комплексної реабілітації. Емпіричні результати підтвердили наявність дисгармоній у розвитку, водночас засвідчили потенціал до корекції. Розроблена програма психологічного супроводу сприяє розвитку когнітивних здібностей, формуванню позитивної самооцінки й зниженню тривожності, що має практичне значення для роботи психологів, педагогів і реабілітологів.

Дипломник *Ілона Заєнць* Ілона ЗАЄНЦЬ

Дата подання кваліфікаційної роботи до захисту      грудня 2025р.

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ КОГНІТИВНОГО ТА ОСОБИСТІСНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ.....	10
<b>1.1</b> Характеристика порушень опорно-рухового апарату та їх вплив на психічний розвиток дітей	10
1.2 Особливості когнітивного та особистісного розвитку дітей із порушеннями ОРА	
1.3 Психологічні аспекти реабілітаційного процесу дітей із порушеннями ОРА .....	22
Висновки до розділу.....	39
РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ КОГНІТИВНОГО ТА ОСОБИСТІСНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ОРА В ПРОЦЕСІ РЕАБІЛІТАЦІЇ.....	41
2.1 Організація проведення емпіричного дослідження .....	41
2.2 Аналіз результатів емпіричного дослідження.....	45
2.3 Програма психологічного супроводу та когнітивного розвитку дітей із порушеннями опорно-рухового апарату в процесі реабілітації .	64
Висновки до розділу.....	74
ВИСНОВКИ.....	75
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ .....	77

## ВСТУП

**Актуальність дослідження.** Проблема когнітивного та особистісного розвитку дітей із порушеннями опорно-рухового апарату (ОРА) є однією з ключових у сучасній психології та реабілітації. Обмежені рухові можливості можуть значною мірою впливати на психічний розвиток дитини, її когнітивні процеси, емоційно-вольову сферу та формування особистості. Внаслідок цього діти з порушеннями ОРА нерідко стикаються з труднощами соціальної адаптації, що може зумовлювати зниження самооцінки, розвиток тривожних розладів і труднощі у спілкуванні.

Особливого значення набуває психологічна реабілітація, яка спрямована не лише на фізичне відновлення, а й на гармонійний розвиток особистості, корекцію когнітивних порушень і формування позитивної соціальної ідентичності. Врахування індивідуальних психологічних особливостей у процесі реабілітації сприяє розробці ефективних методів психологічної підтримки, спрямованих на поліпшення якості життя дітей із порушеннями ОРА.

У науковій літературі існують суперечності щодо впливу порушень ОРА на когнітивний та особистісний розвиток дітей, а також ефективності різних підходів до їхньої психологічної реабілітації. Деякі дослідження вказують, що порушення ОРА не мають прямого впливу на когнітивні здібності за відсутності уражень центральної нервової системи. Водночас інші науковці зазначають, що обмеження рухової активності може сповільнювати когнітивний розвиток через знижену сенсомоторну взаємодію із середовищем. Також є дані про підвищений ризик розвитку тривожності та соціальної ізоляції у таких дітей, проте за умови належної підтримки родини та спеціалізованих закладів вони можуть успішно адаптуватися до соціального життя. Існують різні підходи до психологічної реабілітації дітей із ОРА. Деякі дослідники наголошують на ефективності когнітивно-

поведінкової терапії, тоді як інші демонструють позитивний вплив арт-терапії, сенсорної інтеграції та тілесно-орієнтованих практик.

За даними досліджень, порушення функцій опорно-рухового апарату спостерігаються у 5-7% дітей і можуть мати як вроджений, так і набутий характер. Статистичні дослідження України свідчать, що з кожним роком кількість дітей із різними формами порушень постави й сколіозом значно зростає. Так, у дошкільному віці порушення постави виявлено у 2,1% дітей, у чотири роки – у 15–17% дітей, у сім років – уже в 33% (кожна третя дитина).

Аналіз наукових джерел свідчить про необхідність подальших досліджень, спрямованих на комплексне вивчення взаємозв'язку між фізичними обмеженнями, психологічними особливостями та ефективністю реабілітаційних заходів. Це дозволить розробити оптимальні програми психологічної підтримки дітей із порушеннями ОРА, спрямовані на їхню успішну соціалізацію та гармонійний розвиток.

**Об'єкт дослідження** – розвиток дітей із порушеннями опорно-рухового апарату.

**Предмет дослідження** – психологічні особливості розвитку когнітивних та особистісних характеристик дітей із порушеннями опорно-рухового апарату в умовах реабілітації.

**Мета дослідження** – теоретично проаналізувати та емпірично дослідити психологічні особливості розвитку когнітивних та особистісних характеристик дітей із порушеннями опорно-рухового апарату в умовах реабілітації.

**Завдання дослідження:**

1. Проаналізувати теоретичні підходи до проблеми когнітивного та особистісного розвитку дітей із порушеннями опорно-рухового апарату. Визначити особливості впливу фізичних обмежень на когнітивний розвиток, емоційно-вольову сферу та формування особистості дітей із порушеннями ОРА.

2. Охарактеризувати психологічні аспекти та умови ефективної реабілітації дітей із порушеннями опорно-рухового апарату.

3. Здійснити емпіричне дослідження когнітивних та особистісних особливостей дітей із порушеннями опорно-рухового апарату у процесі реабілітації.

4. Розробити програму психологічного супроводу і когнітивного розвитку дітей із порушеннями опорно-рухового апарату.

**Гіпотеза дослідження:** виявлення когнітивних та особистісних особливостей дітей із порушеннями опорно-рухового апарату у процесі реабілітації дозволить у подальшому обґрунтовано розробити програму психологічного супроводу та когнітивного розвитку, спрямовану на підвищення адаптивних і психоемоційних показників дітей у процесі реабілітації.

**Методи дослідження:** *теоретичні:* аналіз, синтез, класифікація, систематизація даних науково-психологічної літератури, порівняння, систематизація й узагальнення даних теоретичних та емпіричних досліджень; *емпіричні:* методика вивчення розумового розвитку дітей старшого дошкільного віку (Н. Стадненко, Т. Ілляшенко) – 12 субтестів, методика «Малюнок неіснуючої тварини», анкети для батьків та педагогів.

*статистичні:* кількісний та якісний аналіз емпіричних даних та їх узагальнення.

Практичне значення отриманих результатів полягає у розробці та апробації програми психологічного супроводу й когнітивного розвитку дітей із порушеннями опорно-рухового апарату, яка може бути впроваджена у діяльність реабілітаційних центрів, спеціальних та інклюзивних закладів освіти, а також у практику роботи фахівців соціального захисту. Запропонована програма та методичні матеріали забезпечують можливість цілеспрямованого впливу на розвиток когнітивної сфери, формування адаптивних механізмів, зниження рівня тривожності та підвищення соціальної інтегрованості дітей із фізичними обмеженнями. Практична

значущість роботи полягає також у наданні інструментарію для батьків, який може бути використаний у домашньому середовищі для організації психологічної підтримки дитини та розвитку її самостійності.

Отримані результати мають прикладне значення для вдосконалення системи психологічної реабілітації та соціальної інтеграції дітей із порушеннями опорно-рухового апарату, а також можуть бути використані в підготовці майбутніх фахівців – психологів, педагогів і реабілітологів – у процесі викладання курсів із спеціальної та вікової психології, інклюзивної педагогіки та реабілітаційної психології.

**Експериментальна база:** дослідження проводилося на базі реабілітаційного центру «Апельсин».

**Дипломна робота** складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел, що нараховує 68 найменувань. Загальний обсяг роботи становить 95 сторінок. Робота містить 3 таблиці та 1 рисунок.

# РОЗДІЛ 1

## ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ КОГНІТИВНОГО ТА ОСОБИСТІСНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

### 1.1 Характеристика порушень опорно-рухового апарату та їх вплив на психічний розвиток дітей

Порушення опорно-рухового апарату (ОРА) – це комплекс патологічних станів, які обмежують або унеможливають повноцінну рухову активність людини внаслідок ураження кістково-м'язової, нервової або сполучнотканинної систем. Вони можуть бути зумовлені генетичними аномаліями, внутрішньоутробними порушеннями розвитку, травматичними пошкодженнями або набутими хронічними захворюваннями. За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), до цієї групи патологій належать стани, які викликають часткову або повну втрату рухових функцій, порушення координації, м'язової сили, статичної й динамічної рівноваги тіла. Вони суттєво впливають на рівень життєдіяльності людини, зокрема на її соціальну адаптацію, комунікацію, когнітивний та емоційно-вольовий розвиток.

Порушення ОРА можуть бути класифіковані за різними критеріями: етіологією, характером ураження, ступенем обмеження рухової активності.

Класифікація порушень опорно-рухового апарату

1. За етіологією виникнення:
  - Вроджені порушення – зумовлені генетичними або внутрішньоутробними патологіями розвитку (наприклад, вроджений вивих стегна, косолапість, ахондроплазія, дисплазія суглобів).
  - Набуті порушення – розвиваються внаслідок травм, запальних, інфекційних, дегенеративних або нейродегенеративних процесів (наприклад, поліомієліт, остеомієліт, цереброваскулярні ураження, травми хребта і кінцівок).

2. За локалізацією уражень:
  - Патології кісткової системи (сколіоз, кіфоз, лордоз, дисплазії кісток).
  - Захворювання суглобів (артрогрипоз, ревматоїдний артрит, остеоартроз).
  - Ураження м'язової системи (міопатії, м'язова дистрофія Дюшенна).
  - Ураження нервової системи, що впливають на рухову функцію (ДЦП, розсіяний склероз, спинальна м'язова атрофія).
3. За ступенем вираженості порушень:
  - Легкі (порушення координації, м'язової сили без значних обмежень рухової активності).
  - Помірні (наявність деформацій, обмеження самостійного пересування, потреба у допоміжних засобах).
  - Важкі (повна втрата здатності до самостійного пересування, залежність від сторонньої допомоги).
4. За характером порушень:
  - Статико-локомоторні (порушення постави, рівноваги, ходи).
  - Паретичні та паралітичні (парези, паралічі кінцівок).
  - Контрактурні (обмеження рухів у суглобах).

Порушення опорно-рухового апарату у дітей не лише обмежують фізичну активність, але й впливають на їхній загальний психофізіологічний розвиток. Обмеження самостійного пересування знижує рівень сенсорного та когнітивного досвіду, що може впливати на розвиток просторового мислення, моторної координації, емоційно-вольової сфери та соціальної адаптації [15; 21].

Діти з порушеннями ОРА часто потребують спеціальних умов навчання, реабілітації та психологічного супроводу для адаптації до соціуму. Інклюзивна освіта та реабілітаційні програми сприяють зниженню рівня

соціальної ізоляції, підвищенню самооцінки та формуванню життєвих компетентностей.

Таким чином, розуміння природи порушень опорно-рухового апарату та їх впливу на психічний розвиток дітей є ключовим для розробки ефективних методів корекції та реабілітації, що сприятимуть покращенню якості їхнього життя та інтеграції в суспільство.

Дитячий церебральний параліч (ДЦП) є одним із найскладніших порушень психофізичного розвитку дітей. Основною його особливістю є розлади рухової активності, які нерідко супроводжуються проблемами мовленнєвого розвитку, затримкою когнітивного становлення та труднощами у формуванні особистості. У багатьох випадках спостерігається також зниження інтелектуального потенціалу різного ступеня вираженості (Т. Вісковатова, С. Євтушенко, Е. Калижнюк, О. Мастюкова, М. Рождествінська, Л. Руденко, Л. Ханзерук та ін.). Це захворювання є однією з провідних причин інвалідизації дітей, що зумовлює необхідність його всебічного дослідження та розробки ефективних методів корекції [5; 24].

ДЦП належить до найпоширеніших неврологічних розладів у дітей. Протягом останніх десятиліть активно впроваджуються нові методики лікування, а також психолого-педагогічні програми реабілітації, спрямовані на покращення стану дітей із цим діагнозом. Наукові дослідження підтверджують ефективність комплексного підходу, що передбачає раннє втручання з одночасним проведенням медичних і корекційно-розвивальних заходів. Особливу роль у процесі реабілітації відіграє взаємодія батьків із командою фахівців, адже своєчасна підтримка значною мірою визначає подальший розвиток дитини та її адаптацію до соціального середовища.

За останні роки ДЦП залишається одним із найпоширеніших дитячих неврологічних розладів у світі. Це захворювання спричиняє серйозні обмеження життєдіяльності, оскільки ураження опорно-рухової системи

часто супроводжується додатковими порушеннями: мовленнєвими (80%), когнітивними (50%), зоровими (20%) і слуховими (15%) [25, с. 6].

Перший науковий опис дитячого церебрального паралічу (ДЦП) здійснив англійський лікар-хірург В. Літлль у 1861 році. Він представив результати своїх досліджень на засіданні Королівського медичного товариства Великої Британії, після чого опублікував спостереження щодо дітей, у яких після родових травм головного мозку виникли паралітичні порушення кінцівок. Упродовж майже століття цей розлад називали «хворобою Літлля».

Термінологічне визначення «дитячий церебральний параліч» запровадив З. Фрейд. У 1893 році він запропонував об'єднати всі внутрішньоутробні форми спастичних паралічів із подібними клінічними проявами в єдину категорію – церебральні паралічі. На засіданні ВООЗ у 1958 році в Оксфорді цей термін був офіційно затверджений, а також сформульовано його визначення: ДЦП – це патологія головного мозку, що не прогресує, але впливає на функціонування його відділів, відповідальних за рухову активність і положення тіла. Цей термін залишається актуальним і нині [20; 22].

У 1983 році Л. Бадалян запропонував альтернативне визначення для церебральних паралічів у дітей, використовуючи термін «дизонтогенетичні поступальні дискінезії». Він наголосив, що при ДЦП має місце не руйнування вже сформованих нейрофізіологічних механізмів, а їхнє неправильне або затримане формування [2]. Сучасні дослідження розглядають ДЦП як стан, що виникає через ураження головного мозку в період внутрішньоутробного розвитку або під час новонародженості. Його класифікують як один із різновидів резидуальної нервово-психічної патології центральної нервової системи, що має складний генез. Оскільки мозковий дефект формується ще на ранніх етапах онтогенезу, коли відбувається становлення ключових структур і функцій, ДЦП характеризується

комплексними неврологічними й психічними порушеннями (К. Семенова, Є. Мастюкова, А. Бадалян, Е. Калижнюк, І. Мамайчук та ін.) [1; 21; 24; 25; 37].

Результати наукових досліджень свідчать, що ключову роль у розвитку психічних порушень у дітей із діагнозом церебральний параліч відіграє недостатній або аномальний розвиток мозкових структур, формування яких триває в постнатальний період. Для дітей із ДЦП характерним є порушення функціонування рухової системи, що значною мірою впливає на їхню життєдіяльність. Виражені рухові порушення, особливо у поєднанні із сенсорною дисфункцією, можуть спричиняти відставання у розвитку когнітивних процесів та інтелектуальних здібностей.

Аналізуючи дослідження А. Колупасової, можна виокремити основні чинники, що спричиняють розвиток ДЦП. Виникнення цього захворювання зумовлене ураженням певних ділянок мозку, що перебувають у процесі розвитку. Такі пошкодження можуть відбуватися ще на ранніх етапах вагітності, коли відбувається формування нервової системи, у процесі пологів, коли дитина проходить через родові шляхи, або ж у перші роки після народження. У багатьох випадках встановити точну причину церебрального паралічу не вдається [24].

Раніше основною причиною розвитку ДЦП вважали ускладнення під час пологів, зокрема гіпоксію. Однак сучасні дослідження свідчать, що лише близько 10% випадків ДЦП пов'язані з факторами, які діяли у перинатальному періоді. Натомість більшість випадків (приблизно 70-80%) мають пренатальне походження, а інколи розвиток патології починається у постнатальному періоді. Дослідники припускають, що в багатьох випадках церебральний параліч є наслідком сукупної дії пренатальних, перинатальних та постнатальних чинників.

Наукові дослідження свідчать, що одним із ключових факторів у розвитку психічних порушень у дітей із церебральним паралічем є недостатній або патологічний розвиток наймолодших мозкових структур, формування яких відбувається вже у постнатальний період. У дітей із цим

діагнозом насамперед порушена діяльність рухової системи, що суттєво впливає на їхню загальну активність. Важкі порушення моторики, особливо в поєднанні із сенсорною недостатністю, можуть спричинити затримку когнітивного розвитку та формування інтелектуальних здібностей [25].

Аналіз праць А. Колупаєвої дозволяє виокремити основні фактори, що зумовлюють виникнення та розвиток церебрального паралічу. Це захворювання пов'язане з ушкодженням певних зон мозку, що перебувають у процесі розвитку. Такі порушення можуть виникати ще на ранніх етапах вагітності, коли триває формування нервової системи, у період пологів під час проходження дитини через родові шляхи або в перші роки життя після народження. У багатьох випадках точно визначити причину пошкодження мозкових структур не вдається [24].

Раніше вважалося, що основним чинником розвитку ДЦП є ускладнення під час пологів, зокрема гіпоксія. Однак сучасні дослідження свідчать, що лише близько 10% випадків церебрального паралічу спричинені факторами, які діяли у перинатальному періоді. Водночас близько 70-80% випадків ДЦП мають пренатальне походження, а інколи патологія починає розвиватися після народження (у постнатальний період). Існує висока ймовірність того, що розвиток ДЦП є результатом сукупного впливу пренатальних, перинатальних і постнатальних чинників.

До факторів ризику виникнення церебрального паралічу належать:

- Інфекційні хвороби, епілептичні напади, порушення функції щитоподібної залози, шкідливі звички та інші медичні ускладнення у матері під час вагітності.
- Вроджені патології, зокрема дефекти розвитку головного та спинного мозку, черепа, обличчя, легень, а також порушення обміну речовин.
- Несумісність резус-фактора або групи крові між матір'ю та плодом, що може спричинити ураження мозку плода. Завдяки сучасній медицині цей стан зазвичай діагностується та вчасно коригується у жінок, які отримують необхідну дородову допомогу.

- Генетичні та спадкові чинники.
- Ускладнення, що виникають під час пологів.
- Передчасні пологи.
- Низька маса тіла новонародженого, особливо якщо вона не перевищує одного кілограма.

- Виражена жовтяниця в перші дні життя.
- Багатоплідна вагітність (двійня, трійня тощо).
- Дефіцит кисню в мозкових структурах (гіпоксія) під час вагітності, пологів або після народження.

- Ураження головного мозку в ранньому дитинстві через інфекційні захворювання (наприклад, менінгіт), черепно-мозкові травми, гіпоксію або внутрішньочерепні крововиливи.

Таким чином, церебральний параліч є органічним ураженням головного мозку, що формується ще у внутрішньоутробному періоді, під час пологів або в перші місяці життя. Це захворювання супроводжується розладами рухової активності, мовлення та психічного розвитку.

Наукові дослідження вказують на те, що дифузні ураження кори головного мозку можуть спричиняти порушення інтелектуального розвитку. За даними різних авторів, розумова відсталість виявляється у 40-60 % дітей із ДЦП. Саме тому особливу увагу приділяють ранньому віку дітей із неврологічними та психічними порушеннями, зокрема із церебральним паралічем [16]. Серед таких порушень виділяють:

1. Затримку психічного розвитку;
2. Атипову форму олігофренії.

Згідно з результатами наукових досліджень, більшість дітей із ДЦП, які навчаються у спеціалізованих школах-інтернатах, мають затримку психічного розвитку. Для цієї категорії пацієнтів характерний сприятливий прогноз: за умови раннього втручання та ефективної корекційної роботи багато клінічних проявів інтелектуальної недостатності можуть значно зменшитися.

На нашу думку, особливої уваги заслуговує проблема легкої інтелектуальної недостатності, оскільки діти з подібними порушеннями становлять у середньому 10-16 % загальної кількості школярів. Проте науковці ще не дійшли згоди щодо єдиного визначення таких станів. Їх розглядають як мінімальну мозкову дисфункцію та класифікують як інтелектуальні порушення органічного походження.

На основі етіологічних особливостей К. Лебединська виокремлює декілька типів затримки психічного розвитку. До них належать варіанти, що зумовлені конституціональними факторами (зокрема, гармонійним психічним і психофізичним інфантилізмом), наслідками тривалих соматичних захворювань, несприятливими умовами виховання, а також органічними ураженнями головного мозку. Дослідниця Т. Віскотова доповнює цю класифікацію ще одним видом – затримкою психічного розвитку сомато-психічного походження [5].

Органічні порушення центральної нервової системи створюють специфічне підґрунтя, на якому формується психіка дитини під час її взаємодії з навколишнім середовищем, особливо у процесі соціальної комунікації. Л. Виготський, видатний радянський психолог, ще на початку ХХ століття розробив теоретичне обґрунтування зв'язку між біологічними і соціальними детермінантами психічного розвитку.

На сьогодні широко застосовується введене ним поняття про первинні та вторинні порушення. Первинні порушення мають біологічне походження та ускладнюють адаптацію дитини до соціального середовища. Вторинні ж формуються як наслідок первинних порушень і впливають на процес входження дитини у соціум. Виготський наголошував, що коректне визначення взаємозв'язку між цими типами відхилень є ключем до ефективних методів дослідження та спеціального педагогічного підходу до дітей із труднощами в розвитку [3].

Процес формування пізнавальних функцій у дітей, які мають церебральний параліч, яскраво демонструє взаємодію первинних і вторинних

порушень у психічному розвитку. Дослідження показують, що у дітей із церебрально-органічною недостатністю, характерною для ДЦП, ще з перших місяців життя спостерігається відставання у розвитку низки психічних функцій. Наприклад, у значної кількості таких дітей протягом перших трьох місяців життя відзначають порушення сенсорного розвитку, що проявляється у відсутності типового для цього віку зорового та слухового зосередження.

Окрім того, відставання спостерігається у формуванні координації між зором і рухами рук, що впливає на розвиток моторних дій, зокрема хапання, кидання та гойдання. Значні труднощі виникають і під час становлення співвідносних дій, таких як постукування, відкривання чи всовування предметів. Спеціальні дослідження підтверджують, що затримки у розвитку цих навичок характерні для всіх обстежуваних дітей [28, с. 56-57].

Варто зазначити, що при церебральному паралічі патологічні зміни в центральній нервовій системі не мають прогресуючого характеру, як це спостерігається при деяких спадкових захворюваннях. Однак із віком можуть змінюватися зовнішні прояви порушень, що впливає на подальший психічний та фізичний розвиток дитини [25, с. 7].

Соціально-психологічні фактори, що мають вплив на розвиток дітей з порушеннями опорно-рухового апарату (ОРА), є важливим аспектом у процесі їхнього соціального адаптування та психічного розвитку. Діти з ОРА часто стикаються з соціальними труднощами, які можуть значно вплинути на їхній емоційний стан та поведінку. Важливу роль у формуванні соціально-психологічного клімату для таких дітей відіграє як сімейне оточення, так і соціальне середовище, зокрема школа та громадські інститути.

На етапах розвитку дитини з ОРА особливо важливою є підтримка сім'ї. Психологічний клімат, який формується в родині, визначає, наскільки дитина буде здатна адаптуватися до соціуму. Взаємодія з батьками, їхня емоційна підтримка та вміння справлятися з труднощами є ключовими факторами, що можуть вплинути на формування позитивної самооцінки та успішну інтеграцію в суспільство.

Також значну роль у соціальному розвитку таких дітей відіграють однолітки. Діти з ОРА, які мають обмежену мобільність чи інші функціональні порушення, можуть бути піддані соціальній ізоляції або дискримінації. Це може призвести до розвитку тривожності, депресії чи низької самооцінки. Взаємодія з іншими дітьми, особливо в умовах спеціалізованих навчальних закладів або реабілітаційних програм, сприяє формуванню соціальних навичок, що допомагають адаптуватися в суспільстві.

Незалежно від фізичних обмежень, соціально-психологічні фактори, які включають рівень підтримки, позитивне соціальне оточення та програми психологічної реабілітації, можуть значно полегшити процес інтеграції та розвитку таких дітей.

## **1.2 Особливості когнітивного та особистісного розвитку дітей із порушеннями ОРА**

Порушення опорно-рухового апарату (ОРА) у дітей можуть суттєво впливати на їхній психічний розвиток, що обумовлено низкою біологічних, психологічних і соціальних факторів. Обмеження рухової активності призводять не лише до фізичних труднощів, але й до змін у когнітивній, емоційно-вольовій та соціальній сферах дитини.

Результати наукових досліджень свідчать, що діти з порушеннями ОРА мають неоднорідний рівень когнітивного розвитку, який залежить від ступеня вираженості рухових обмежень, супутніх неврологічних порушень та особливостей навчального середовища. Дослідження [43] вказують, що за відсутності органічних уражень головного мозку рівень інтелектуального розвитку дітей із порушеннями ОРА може відповідати нормотиповому. Водночас, обмеження сенсомоторного досвіду, зменшення кількості дослідницької активності та складнощі з просторовим сприйняттям можуть

спричиняти певне відставання в когнітивному розвитку, зокрема в розвитку уваги, пам'яті та мислення.

Діти з порушеннями ОРА часто стикаються з підвищеним рівнем тривожності, невпевненістю у власних силах та труднощами у саморегуляції. [30] зазначає, що обмеження фізичної активності може знижувати рівень самостійності дитини, що, у свою чергу, впливає на формування емоційної стійкості та мотиваційної сфери. Важливим аспектом є підтримка з боку родини та фахівців, адже позитивне емоційне оточення сприяє гармонійному психічному розвитку.

Соціальна інтеграція дітей із порушеннями ОРА нерідко ускладнюється через фізичні обмеження, що можуть викликати труднощі у комунікації з однолітками та обмежувати участь у спільних ігрових та навчальних активностях. Дослідження [37] свідчать, що діти з обмеженими можливостями руху частіше відчувають труднощі у встановленні дружніх відносин та можуть мати занижену самооцінку через соціальну ізоляцію. Водночас, наявність інклюзивного освітнього середовища та спеціалізованих реабілітаційних програм значно підвищує рівень їхньої соціалізації.

Таким чином, психічний розвиток дітей із порушеннями ОРА визначається багатьма факторами – від особливостей соматичного стану до умов соціального середовища. Своєчасна психологічна підтримка, корекційні методики та інклюзивне навчання сприяють гармонійному розвитку таких дітей, допомагаючи їм адаптуватися до соціуму та розкрити свій потенціал.

Аналізуючи сучасні психологічні джерела, можна відзначити, що проблема інтелектуального розвитку перебуває в центрі уваги як психологів, так і педагогів. Ця проблема була предметом дослідження здавна і залишається однією з головних в галузях психології та педагогіки. Зокрема, нею займалися такі видатні вчені, як Ж. Руссо, М. Монтессорі, Й. Герберт, Й. Песталоцці (якому належить термін «розвивальне навчання»), К. Ушинський, Л. Виготський, Л. Занков, П. Гальперін, Н. Дусавицький, О. Савченко.

Важливе значення в цьому контексті мають також праці Л. Богоявленського, Н. Менчинської та С. Рубінштейна [3; 7].

Сучасний підхід до вирішення проблеми дитячого церебрального паралічу (ДЦП) характеризується наявністю реабілітаційної спрямованості, яка, з одного боку, передбачає необхідність вивчення психомоторного розвитку дітей у ранньому віці для своєчасного коригування інтелектуальних дефектів, а з іншого – потребує комплексного аналізу рухових, мовних і психічних порушень. Це є важливим для максимально ефективної участі дітей з ДЦП у реабілітаційних заходах.

ДЦП проявляється як поєднання трьох основних порушень: рухових, психічних і мовних, які нерідко супроводжуються порушеннями зору, слуху та сенсомоторної чутливості. При цьому варто зазначити, що немає прямої залежності між вираженістю рухових і інтелектуальних порушень. Наприклад, значні порушення рухових функцій можуть поєднуватися з незначною розумовою відсталістю, тоді як незначні церебральні симптоми можуть супроводжуватися тяжким недорозвитком окремих психічних функцій [41].

Інтелектуальні порушення у дітей із церебральним паралічем є складовою частиною комплексного розладу, який включає не лише рухові дисфункції, а й відхилення у сенсорному, емоційно-вольовому розвитку. Для таких дітей характерна виражена недостатність когнітивної діяльності, зокрема труднощі з формуванням абстрактного мислення та інших вищих психічних функцій. За статистичними даними, у 35-40% випадків ДЦП спостерігаються інтелектуальні порушення різного ступеня вираженості [25, с. 21-22]. Важливою особливістю пізнавального розвитку цієї категорії дітей є нерівномірність у формуванні різних когнітивних процесів, що обумовлює загальну дисгармонійність інтелектуального розвитку.

Дослідження вказують на те, що у дітей із ДЦП найбільш уразливою є невербальна складова інтелекту, тобто когнітивні процеси, що не пов'язані з мовленням. Зокрема, це стосується сенсорних функцій, які включають різні

види відчуттів, просторове сприйняття, формування уявлень, а також сенсомоторну координацію. Саме цей компонент інтелекту безпосередньо пов'язаний із органічними ураженнями мозку. Проте ступінь сенсорних порушень не завжди корелює з важкістю рухових дисфункцій.

Значно краще збереженим зазвичай є вербальний інтелект, що проявляється у здатності до оперування поняттями, логічними міркуваннями та розвитку словесно-логічного мислення. Однак, попри відносну збереженість цього компонента, він нерозривно пов'язаний із невербальною сферою, що обумовлює його вразливість. Обмеженість конкретно-чуттєвого досвіду у дітей з ДЦП безпосередньо впливає на словесно-логічне мислення, що призводить до формування певних когнітивних труднощів [23].

Розглянемо особливості психічних функцій у дітей, які мають діагноз ДЦП, та їхній вплив на розв'язання різноманітних когнітивних і практичних завдань. Важливим аспектом дослідження є вивчення порушень сенсорних процесів, зокрема відчуттів і сприймання. Так, Т. Пелимський та Н. Шматко, аналізуючи проблему слухового сприйняття у дітей із церебральним паралічем, розробили методику педагогічного оцінювання слуху в дітей першого року життя, що дозволяє своєчасно виявляти зниження слухової чутливості. У свою чергу, Е. Фрухт, досліджуючи механізми зорових реакцій, створив методику діагностики зорових і слухових орієнтовних відповідей [30].

Для розвитку дитини ключову роль відіграють такі сенсорні системи, як зорове, слухове, тактильне та кінестетичне сприймання. Оскільки у дітей із ДЦП наявні рухові порушення, це безпосередньо впливає на повноцінне формування зазначених функцій. Наприклад, недостатня розвиненість зорового аналізатора часто пов'язана з обмеженими рухами очей і труднощами фіксації погляду. Окрім того, затримка у розвитку предметних дій не дозволяє дитині активно досліджувати об'єкти, що, у свою чергу, уповільнює формування зорових образів і процес розпізнавання знайомих

предметів. Це може призводити до труднощів у засвоєнні понять про форму, розмір і використання цих категорій у пізнавальній діяльності.

Особливі труднощі спостерігаються у дітей, які мають вади зору, косоокість або обмежені можливості руху очей, що є характерними проявами ДЦП. Окрім цього, у частини дітей можуть виявлятися порушення слухового сприймання, що призводить до труднощів у диференціації звуків мовлення. Як наслідок, дитина може неправильно вимовляти окремі фонемні або замінювати їх іншими звуками. Дефекти слухового сприйняття значною мірою впливають на розвиток мовлення та загальний когнітивний розвиток.

У дітей із церебральним паралічем також часто спостерігається підвищена чутливість до гучних звуків: вони можуть здригатися від різких шумів, що іноді супроводжується посиленням м'язових спазмів. Крім того, у частини дітей відзначаються порушення тактильного сприймання або кінестетичного відчуття, що відповідає за сприйняття власних рухів. Такі порушення спричиняють труднощі у впізнаванні предметів на дотик, що обмежує можливості збагачення сенсорного досвіду та створює додаткові бар'єри для взаємодії з навколишнім світом.

У своїх наукових дослідженнях І. Ільчікова, М. Вернадська, О. Парамей і Є. Козлова акцентували увагу на особливостях зорово-моторної координації та просторового орієнтування у дітей із ДЦП. Зокрема, вони детально розглянули характер цих порушень і розробили підходи до їхньої психолого-педагогічної діагностики [4; 14]. Для точного визначення рівня та характеру відхилень у психомоторному розвитку, а також для прогнозування й розробки корекційних заходів необхідний ретельний клінічний аналіз. З цією метою застосовують методики, розроблені Л. Журбою, Е. Мастюковою та Є. Айнгорн [37;57].

Одним із ключових аспектів розвитку дитини є здатність до злагодженої роботи очей і рук, що дозволяє їй ефективно взаємодіяти з предметами та координувати свої рухи. Проте у дітей із церебральним паралічем цей процес відбувається із затримкою, що гальмує оволодіння

предметними діями та загальний розвиток. Також у них часто виникають труднощі під час виконання таких завдань, як малювання, конструювання, письмо та читання. Наприклад, діти можуть мати проблеми з утриманням погляду на рядку під час читання, труднощі у засвоєнні графічних елементів, необхідних для письма.

Порушення зорово-моторної координації тісно пов'язані з труднощами у формуванні просторових уявлень і орієнтації у просторі. Такі діти часто не можуть визначити, де права, а де ліва сторона, мають проблеми з орієнтацією у схемі власного тіла, не можуть правильно назвати чи показати його частини. Окрім цього, їм складно встановлювати взаємне розташування предметів, що ускладнює засвоєння понять «зверху», «знизу», «біля», «під», «над», «ліворуч», «праворуч», «позаду» [10, с. 25]. Навіть у шкільному віці деякі діти можуть плутати ці поняття та не застосовувати їх у практичній діяльності. Це призводить до труднощів у роботі з зошитом, а також у розпізнаванні та запам'ятовуванні букв, особливо тих, що схожі за написанням. Крім того, дітям складно складати зображення з окремих частин або будувати конструкції з кубиків.

Недостатній розвиток зорово-моторної координації та труднощі з просторовим орієнтуванням значно ускладнюють набуття навичок самообслуговування, роблячи дітей менш самостійними. Вони можуть плутати, на яку ногу вдягати взуття, мають труднощі із зав'язуванням шнурків, навіть якщо їхні руки здатні виконувати необхідні рухи. Часто вони неправильно вдягають одяг, наприклад, можуть переплутати передню і зворотну сторони сорочки. Крім того, у таких дітей спостерігаються труднощі з орієнтацією в приміщенні: навіть у шкільному віці вони можуть не знаходити свою парту в класі або не розуміти, як дістатися до їдальні.

На жаль, у ранньому та дошкільному віці, коли відбувається активне формування конкретно-чуттєвого пізнання навколишнього середовища, спеціальна педагогічна підтримка дітей із ДЦП часто відсутня. Це призводить до недостатньої підготовки основи для подальшого

інтелектуального розвитку. Оскільки понятійне, або словесно-логічне мислення, безпосередньо пов'язане з мовленням, його розвиток у таких дітей також може бути ускладненим. Разом із тим формується система знань та уявлень про себе, соціальні відносини та взаємозв'язки між предметами і явищами навколишнього світу [65].

Як зазначалося раніше, дитячий церебральний параліч передусім проявляється у порушеннях рухових функцій, які часто супроводжуються мовленнєвими розладами, іншими труднощами в розвитку психічних процесів та особистості, а також, у деяких випадках, зниженням інтелекту. Дослідження цієї проблеми проводили такі науковці, як Т. Вісковатова, С. Євтушенко, Е. Калижнюк, О. Мастюкова, М. Рождественська, Л. Руденко, Л. Ханзерук та інші [5; 23; 24].

Оцінити словесно-логічне мислення дітей із ДЦП (а саме увагу, пам'ять, мислення) можна за допомогою комплексу нейропсихологічних тестів, зокрема, проб А. Лурія. Дослідницькі дані свідчать про те, що у більшості дітей інтелектуальні здібності збережені. Проте у 15-20% дітей спостерігається легка розумова відсталість, 30-40% мають затримку психічного розвитку, а 60-70% страждають на дизартрію – порушення вимови звуків, що виникає внаслідок паралічу м'язів, відповідальних за артикуляцію. Водночас ці діти мають значний потенціал для розвитку: вони можуть навчатися за загальноосвітньою програмою, вступати до вищих навчальних закладів та опановувати різні професії.

Науковці, які досліджували психологічні аспекти розвитку дітей із церебральним паралічем, відзначають, що їхній вербальний інтелект зазвичай розвинений краще, ніж наочно-образне мислення, що базується на сприйнятті. Проте, оскільки його формування відбувається на недостатньо розвиненій конкретно-чуттєвій основі та в умовах обмеженого кола спілкування, він набуває дисгармонійного характеру. Через вимушене обмеження практичної діяльності та комунікації, яка здебільшого зводиться до взаємодії з дорослими, ці діти мають певні особливості в обізнаності,

обсязі активного словника та його наповненості. Часто їхні словесні поняття є нечіткими або неповністю відповідають реальності [4;12;36].

Проблеми у сприйнятті навколишнього світу, притаманні дітям із ДЦП, негативно впливають на розвиток їхніх уявлень та уяви, яка є більш творчим когнітивним процесом. Саме через це уявлення та уява є найуразливішими елементами їхнього інтелектуального розвитку. Такі особливості значною мірою ускладнюють для них процес визначення конкретних понять та їх правильного використання.

Досить часто діти з ДЦП, навіть володіючи добре розвиненим мовленням, стикаються з труднощами у використанні прийменників, які вказують на просторові взаємозв'язки між предметами. Це зумовлено їхніми проблемами з просторовим орієнтуванням, що заважають їм співвідносити мовні конструкції з реальними об'єктами та їхнім розташуванням у просторі.

Аналізуючи особливості когнітивного розвитку дітей із церебральним паралічем, багато дослідників зазначає їхню схильність до вербалізму – тобто до довгих розмов, які іноді стосуються тем, що не відповідають їхньому віковому досвіду та рівню обізнаності. Це явище має логічне пояснення: через значні фізичні обмеження такі діти мають вкрай обмежені можливості для активної діяльності. У результаті мовлення стає для них своєрідним заміном інших форм активності. Водночас їхнє спілкування здебільшого відбувається лише з обмеженим колом дорослих, від яких вони переймають як зміст бесід, так і мовні конструкції [30;37].

Таким чином, інтелектуальний розвиток дітей із церебральним паралічем має дисгармонійний характер. Він поєднує недостатню сформованість перцептивних функцій із обмеженим і дещо однобічним досвідом, що накладає відбиток навіть на їхнє словесно-логічне мислення та мовлення, попри їхню відносну збереженість. Додатково утруднює застосування набутих знань та навичок нестійка увага та обмежений обсяг оперативної пам'яті, що пояснюється швидкою стомлюваністю нервової системи та зниженим рівнем працездатності.

Навіть у тих випадках, коли розвиток інтелекту у дитини з ДЦП оцінюється як нормальний, все одно існує низка слабких місць, які потребують корекції. Для їх подолання необхідний комплексний та системний підхід, що передбачає індивідуальну педагогічну підтримку. Результати численних психолого-педагогічних досліджень підтверджують, що найбільш сприятливий період для розвитку інтелектуальних здібностей людини – це саме дитинство.

Фізичні обмеження, зокрема ті, що спостерігаються при церебральному паралічі та інших неврологічних порушеннях, значною мірою впливають на когнітивну діяльність та формування особистості дитини. Взаємозв'язок між фізичним станом і психічним розвитком охоплює пізнавальні процеси, емоційно-вольову сферу, соціальну адаптацію та самооцінку. Фізичні порушення зумовлюють обмежений сенсорний досвід, оскільки труднощі у руховій активності перешкоджають активному дослідженню навколишнього середовища. Це впливає на розвиток сенсорного сприйняття (зорового, тактильного, кінестетичного) та може уповільнювати формування просторових уявлень, уваги й пам'яті. Крім того, затримка розвитку моторно-когнітивних навичок призводить до труднощів у засвоєнні письма, читання, малювання та конструювання. Важливим фактором є нестійкість уваги та швидка втомлюваність, які знижують рівень працездатності та ускладнюють навчальну діяльність [23;28;51;60].

Особливістю когнітивного розвитку дітей з фізичними порушеннями є дисгармонійність мислення: відносно добре розвинений вербальний інтелект поєднується з недостатнім розвитком наочно-образного мислення. Це пояснюється обмеженою практичною діяльністю та недостатньою взаємодією з предметним світом.

Фізичні обмеження впливають і на формування особистості, спричиняючи зниження рівня самостійності, що може призводити до розвитку вивченої беспорядності та зниження мотивації до самостійного виконання завдань. Обмежені можливості комунікації та соціальної взаємодії

сприяють розвитку емоційних проблем, зокрема підвищеної тривожності, невпевненості у собі та страху перед новими ситуаціями. Такі діти часто мають труднощі в соціальній адаптації, що проявляється у складнощах встановлення контактів із ровесниками, порушенні комунікативних навичок і труднощах інтеграції у суспільство. Недостатність успішного досвіду в різних сферах діяльності може призводити до формування заниженої самооцінки та відчуття соціальної ізоляції. Водночас підтримка з боку батьків, педагогів і ровесників сприяє становленню позитивного ставлення до себе, прийняття власних особливостей і розвитку мотивації до самореалізації [25; 46].

Отже, фізичні обмеження значною мірою впливають на когнітивну діяльність і формування особистості, проте своєчасна корекційна та педагогічна підтримка можуть мінімізувати ці наслідки. Важливим завданням є створення сприятливого розвивального середовища, що забезпечує доступність навчання, стимулює пізнавальну активність і сприяє соціальній інтеграції дітей із фізичними порушеннями.

Розвиток дітей із порушеннями опорно-рухового апарату (ОРА) відбувається під впливом комплексу соціально-психологічних факторів, які визначають їхню адаптацію, формування особистості, пізнавальну активність і соціальну інтеграцію [15;27]. До таких факторів належать сімейне середовище, особливості соціалізації, рівень доступності освіти та психологічна підтримка:

1. Вплив сімейного середовища, адже сім'я є основним мікросоціальним середовищем, що визначає розвиток дитини. Емоційний клімат у родині, прийняття або неприйняття дитиною свого стану, стиль виховання та соціально-економічне становище сім'ї відіграють важливу роль. Підтримка батьків, їхня активна участь у реабілітаційних заходах і навчальному процесі сприяють позитивній соціалізації дитини. Водночас гіперопіка або, навпаки, емоційна дистанційність можуть гальмувати її самостійність та ініціативність.

2. Соціалізація та комунікативні труднощі. Через фізичні обмеження діти з порушеннями ОРА часто мають зменшене коло спілкування, що може призводити до дефіциту комунікативних навичок. Соціальна ізоляція або неприйняття у колективі здатні формувати низьку самооцінку, тривожність, страх перед взаємодією з ровесниками. Наявність підтримуючого середовища, інклюзивного навчання та програм соціальної адаптації допомагає подолати ці труднощі.

3. Освітня інтеграція та доступність навчання. Доступність якісної освіти є ключовим фактором у формуванні когнітивних здібностей і особистісного розвитку дітей із порушеннями ОРА. Інклюзивне навчання сприяє не лише академічному зростанню, а й соціалізації, формуванню самостійності. Водночас бар'єри у фізичному середовищі (необлаштованість шкіл, відсутність спеціальних навчальних матеріалів) можуть обмежувати можливості дитини та стримувати її розвиток.

4. Психологічна підтримка та реабілітація. Професійна психологічна допомога, соціальна підтримка з боку педагогів, ровесників і громади мають велике значення для формування позитивної самооцінки та адаптації дітей із порушеннями ОРА. Реабілітаційні програми, психотерапія, залучення до активної діяльності допомагають долати страхи, розвивати мотивацію до навчання та самореалізації.

Таким чином, соціально-психологічні фактори відіграють ключову роль у розвитку дітей із порушеннями ОРА. Створення сприятливого середовища, яке враховує їхні потреби, сприяє формуванню повноцінної особистості, здатної до активної соціальної взаємодії та успішної інтеграції в суспільство.

### **1.3 Психологічні аспекти реабілітаційного процесу дітей із порушеннями ОРА**

У сучасній психологічній термінології поняття «реабілітація» (від лат. *rehabilitatio*, що означає «відновлення», де *re-* – «знову», а *habilitas* – «здатність, спроможність») трактується як система заходів медичного та педагогічного характеру, спрямованих на адаптацію дітей із порушеннями розвитку до соціального середовища, їхню інтеграцію в суспільне життя та трудову діяльність відповідно до індивідуальних психофізичних можливостей.

Цей процес передбачає використання психологічних методів для корекції або зменшення негативних проявів порушень, а також спеціальне навчання, виховання й професійну підготовку. Виконання завдань реабілітації здійснюється в рамках спеціалізованих освітніх закладів для дітей із особливими потребами, де методи та організація навчального процесу визначаються характером і рівнем розвитку кожної дитини [7, с. 55].

Реабілітація є заключним етапом комплексного лікувального підходу, що передбачає оцінку результативності терапії, її вплив на організм і, найголовніше, на відновлення особистісного та соціального статусу людини. За визначенням ВООЗ, реабілітація являє собою координовану систему заходів соціального, медичного, педагогічного та професійного спрямування, що має на меті повернення або підвищення рівня працездатності індивіда [14, с. 11].

До структури реабілітаційного процесу входять профілактика, лікування, адаптація до повсякденного життя та професійної діяльності після хвороби. Однак ключову роль у цьому процесі відіграє індивідуальний підхід до кожної людини (М. Кабанов) [32]. Сьогодні загальноприйнято розрізняти такі основні види реабілітації: медичну, психологічну, соціальну та професійну.

Психологічна реабілітація зосереджена на заходах, спрямованих на профілактику та корекцію психічних порушень, а також на формування в пацієнта активної позиції щодо власного відновлення [14]. Вона охоплює медико-психологічні, педагогічні та соціальні методи, що сприяють

відновленню психічного стану, корекції емоційних і поведінкових відхилень, а також покращенню соціальної адаптації осіб, які перенесли захворювання або психічну травму внаслідок змін у соціальному середовищі та життєвих умовах [35, с. 39-40].

Отже, ефективність психологічної реабілітації залежить від створення належних умов, що забезпечують збереження та закріплення позитивних результатів лікування. Вона є невід'ємною складовою всього процесу відновлення та супроводжує пацієнта на всіх його етапах [35, с. 40].

Психологічна реабілітація відіграє важливу роль у когнітивному розвитку дітей, особливо тих, які мають порушення розвитку, хронічні захворювання чи інвалідність. Вона спрямована на підтримку емоційного благополуччя, розвиток адаптивних механізмів, поліпшення пізнавальної активності та створення сприятливих умов для навчання. Діти з обмеженими можливостями, особливо з порушеннями опорно-рухового апарату (ОРА), часто стикаються з проблемами уваги та пам'яті. Це може бути наслідком як неврологічних факторів, так і емоційного стану. Психологічна реабілітація, що включає когнітивно-поведінкові методики, вправи на концентрацію уваги та розвиток пам'яті, сприяє покращенню цих функцій, підвищує здатність до засвоєння інформації [30].

Низька самооцінка та відчуття соціальної ізоляції можуть знижувати мотивацію дитини до пізнавальної діяльності. Завдяки психологічній підтримці діти стають більш упевненими у власних силах, що позитивно впливає на їхню навчальну діяльність. Методи арт-терапії, ігрової терапії та тренінги особистісного зростання допомагають розвинути інтерес до пізнання. Часто діти, які мають проблеми з координацією рухів, просторовим сприйняттям чи комунікацією, відчувають труднощі у засвоєнні навчального матеріалу. Психологічна реабілітація включає вправи на покращення зорово-моторної координації, мовленнєвої активності та соціальних навичок, що сприяє підвищенню рівня когнітивного розвитку [41].

Хронічний стрес і високий рівень тривожності можуть негативно впливати на когнітивні функції, знижуючи працездатність і здатність до засвоєння інформації. Психологічна реабілітація допомагає дітям краще контролювати свої емоції, знижує рівень тривожності та створює комфортне середовище для навчання та розвитку. Розвиток когнітивних навичок тісно пов'язаний із соціальним досвідом. Діти, які отримують психологічну допомогу, краще адаптуються до суспільного життя, ефективніше взаємодіють з однолітками, що позитивно впливає на їхнє мовлення, логічне мислення та здатність вирішувати проблеми [43;51]. Таким чином, психологічна реабілітація є важливим інструментом у розвитку когнітивних здібностей дітей, допомагаючи їм долати труднощі навчання, покращувати увагу, пам'ять, мислення та соціальні навички. Комплексний підхід до реабілітації сприяє не лише академічному успіху, а й гармонійному формуванню особистості.

Аналізуючи дослідження Т. Ілляшенко [58], можна виокремити ключові аспекти психологічної реабілітації дітей з діагнозом ДЦП:

- Психологічна реабілітація передбачає розвиток та компенсацію психічних функцій і особистісних якостей дитини.
- Соціальна реабілітація є логічним продовженням психологічної та спрямована на формування навичок суспільного життя, самореалізацію через посилену працю, спілкування та громадську активність.
- Фізична реабілітація охоплює розвиток рухових функцій і навичок самообслуговування, що сприяє зменшенню залежності від оточення та полегшенню щоденного життя дітей з обмеженими можливостями.

Окрему увагу варто приділити реабілітації сімей, які виховують дітей з інвалідністю. Коли йдеться про захворювання, що наразі не можуть бути повністю вилікувані, ключову роль у процесі реабілітації відіграє психосоціальний підхід. Він орієнтований на підтримку розвитку дитини, враховуючи її збережені психофізичні можливості, що допомагає гармонійно інтегрувати її в соціум.

На сучасному етапі особливої актуальності набуває розвиток системи раннього втручання. Дослідження І. Мамайчук [20] свідчать, що у дітей з ДЦП уже в ранньому віці виявляються порушення розвитку психічних функцій. У більшості випадків діти потрапляють до реабілітаційних центрів у дошкільному віці, зазвичай у 4-5 років, коли ранній період розвитку вже позаду.

До початку реабілітаційного процесу такі діти зазвичай отримують необхідну медичну допомогу, проте їхній психічний розвиток часто не має належного супроводу. Вплив умов виховання, зокрема гіперопіки, обмежених можливостей для соціальної взаємодії чи емоційної депривації, може призводити до дисгармонійності розвитку. Відсутність спеціального корекційного супроводу призводить до відставання від потенційних можливостей дитини, що ускладнює її соціальну адаптацію. Таким чином, систематична психолого-педагогічна робота, спрямована на подолання цих труднощів, виконує реабілітаційну функцію та допомагає скоригувати наявні порушення розвитку [19].

Реабілітаційні завдання для дітей різних вікових груп мають суттєві відмінності, оскільки кожен етап розвитку передбачає свої особливості. Недоліки психосоціального розвитку дитини визначають спектр проблем, що потребують корекційного втручання. Для цього необхідна взаємодія різних фахівців, які повинні діяти у злагодженій команді, маючи єдине уявлення про труднощі, з якими стикається дитина. Важливу роль у реабілітаційному процесі відіграють також батьки, адже без їхньої активної участі позитивні зміни у психосоціальному розвитку дитини малоімовірні [10, с. 11-17].

Процес реабілітації розпочинається з діагностики. Для цього застосовується комплекс методичних підходів, що включають виконання спеціально розроблених діагностичних завдань, спостереження за поведінкою дитини в повсякденному житті, бесіди з нею та її батьками, а також аналіз історії розвитку. Дані, отримані під час обстеження, слугують основою для розробки індивідуальної програми реабілітаційної роботи.

Для фіксації результатів діагностики та змін, що відбуваються внаслідок корекційно-розвивальних заходів, використовується Індивідуальна карта психосоціальної реабілітації дитини (див. Додаток А). Цей документ містить кілька змістових блоків: загальна інформація про дитину; розвиток когнітивних функцій; мовленнєві навички; емоційно-особистісний розвиток; фізичний розвиток і здатність до самообслуговування.

Ефективність реабілітаційного процесу значною мірою залежить від рівня підготовки фахівців. Вони повинні добре орієнтуватися в особливостях порушень, що виникають у дітей з ДЦП, знати методи їх діагностики та корекції, а також володіти сучасними підходами до ведення реабілітаційної документації [10, с. 17-21].

Аналіз наукової літератури свідчить про значний внесок дослідників у вивчення формування та розвитку абілітаційних і реабілітаційних процесів у дітей із церебральним паралічем. Зокрема, цією проблематикою займалися такі вчені, як В. Козявкін, В. Ковальов, Е. Калижнюк, Л. Малишка, Т. Шуплецова, Л. Васильєва, Є. Шульга, А. Бокач, А. Потєєнко та інші [1; 2; 15; 36].

Серед українських науковців, що займаються реабілітацією дітей із ДЦП, слід відзначити кандидата медичних наук, доцента Херсонського державного університету С. Яковлеву. На основі аналізу досліджень вона висвітлює формування системного підходу до реабілітації дітей із церебральним паралічем [12]. Дослідниця наголошує, що кінцева мета реабілітації полягає у розвитку пізнавальних можливостей дітей у процесі навчання. Власний досвід формується за умови правильно організованого освітнього, виховного та лікувального процесу. Для досягнення цієї мети використовують кінезитерапію, психологічну корекцію, конструктивну діяльність тощо. Особливу увагу слід приділяти потенційним можливостям кожної дитини, адже кожна з них потребує індивідуального підходу та спеціально розробленої корекційно-розвивальної програми.

Діти з ДЦП становлять окрему групу, оскільки у них порушені механізми чуттєвого пізнання, перцептивні дії та гностичні процеси. Отже, реабілітація повинна починатися якомога раніше і охоплювати як розвиток рухової активності, так і стимуляцію психічної діяльності [33]. Досягнення основної мети – розвитку когнітивних можливостей та формування навичок, необхідних для соціальної адаптації – можливе лише за умови комплексного підходу, що поєднує лікування, виховання та навчання дітей із ДЦП. Корекція рухових порушень включає медикаментозну терапію (препарати, що нормалізують церебральний метаболізм, процеси мієлінізації та регенерації, а також знижують патологічну активність стовбурових структур мозку), фізичну культуру, фізіотерапевтичні методи (масаж, лікувальну фізкультуру, водні процедури), а також спеціальні заняття, спрямовані на корекцію рухів у повсякденній діяльності [8].

Важливою ланкою в системі соціалізації дитини з церебральним паралічем є психологічна корекція. Її головною метою є усунення або зменшення відхилень у розвитку вищих психічних функцій, що сприяє ефективній адаптації дитини в суспільстві. Одним із ключових чинників, що ускладнюють соціалізацію дітей з ДЦП, є відчуття власної неповноцінності, яке формується через множинні ураження, зокрема порушення рухової активності та мовлення. Ці порушення можуть спричинити ізоляцію дитини, що психотравмує та впливає на її особистісний розвиток. Ефективність психологічної корекції значною мірою залежить від глибокого аналізу психологічної структури порушень та визначення їх причин [26].

Складність і своєрідність відхилень у розвитку дитини з ДЦП вимагають диференційованого методологічного підходу до їх аналізу та психокорекційних впливів. Основними завданнями психологічної корекції сенсорних процесів є: навчання дитини засвоєнню сенсорних еталонів та формування перцептивних операцій; розвиток константності, предметності та узагальненості сприйняття; вдосконалення орієнтації у просторі та взаємозв'язку предметів; стимулювання розвитку конструктивної діяльності,

що сприяє формуванню точних уявлень про форму, величину предметів та їх просторові співвідношення [28].

Більшість дітей з церебральним паралічем мають збережені потенційні можливості розвитку вищих форм пізнавальної діяльності, що є необхідною умовою для успішного оволодіння навичками пізнання світу. Проте недоліки формування сенсорних функцій можуть ускладнювати конкретно-чуттєве пізнання навколишнього середовища. Це проявляється у запізнілому та недостатньому розвитку предметних дій, затримці формування уявлень про ознаки предметів, труднощах у просторовому орієнтуванні. Внаслідок цього знижується рівень уяви дитини, що може обмежувати її когнітивний розвиток і можливості адаптації в соціальному середовищі.

Таким чином, психологічна корекція дітей з ДЦП є багатовекторним процесом, що спрямований на всебічний розвиток їх пізнавальних можливостей. Вона сприяє покращенню сенсорного сприйняття, підвищенню самооцінки та формуванню позитивного ставлення до власних можливостей, що є важливим чинником соціальної інтеграції.

Реабілітація дітей з дитячим церебральним паралічем є важливим процесом, що спрямований на адаптацію дитини до соціального середовища, покращення фізичного та психоемоційного стану. Успішність цього процесу значною мірою залежить від застосування сучасних корекційно-розвивальних методів, які сприяють формуванню нових навичок, зменшенню фізичних обмежень і підвищенню загальної якості життя. Одним із важливих аспектів є використання природних чинників, які сприяють відновленню організму. До таких методів належать іпотерапія, гідрокінезотерапія, дельфінотерапія та інші [15].

Одним із найбільш ефективних методів реабілітації дітей із ДЦП є іпотерапія – терапія за допомогою взаємодії з конем. Цей підхід базується на тому, що під час їзди активуються глибокі м'язи, покращується координація рухів і зміцнюється опорно-руховий апарат. Крім того, встановлення емоційного зв'язку між дитиною та твариною сприяє зниженню рівня

тривожності, підвищенню самооцінки та розвитку комунікативних навичок. Таким чином, іпотерапія є не лише фізичною, а й психологічною корекційною практикою. Ще одним дієвим методом є гідрокінезотерапія – лікування рухами у водному середовищі. Дослідження підтверджують, що вода значно знижує навантаження на м'язи та суглоби, що особливо важливо для дітей із порушеннями опорно-рухового апарату. Крім того, гідротерапія стимулює роботу нервової системи, сприяє покращенню координації рухів і допомагає формувати нові навички ходьби. Поєднання фізичних вправ у воді з елементами гри також позитивно впливає на емоційний стан дитини [28].

Не менш ефективним методом є дельфінотерапія, що базується на взаємодії дитини з дельфінами. Наукові дослідження вказують на позитивний вплив дельфінотерапії на розвиток комунікативних навичок, зниження рівня стресу та покращення когнітивних функцій. Вважається, що звукові хвилі, які випромінюють дельфіни, можуть позитивно впливати на мозкову активність, активізуючи відновлювальні процеси в організмі. Важливо зазначити, що цей метод рекомендований не лише дітям із ДЦП, а й пацієнтам із розладами аутистичного спектру [34].

Окрім фізичної реабілітації, важливу роль відіграють методи, що сприяють стабілізації емоційного стану. Одним із них є арт-терапія – метод, що використовує різні види мистецтва для корекції психоемоційного стану дитини. Завдяки малюванню, ліпленню чи створенню аплікацій діти розвивають моторику, уяву та сенсорне сприйняття. Крім того, творчий процес допомагає висловити емоції, знизити рівень тривожності та підвищити впевненість у власних силах. Доповнює арт-терапію ще один важливий метод – музикотерапія, яка ґрунтується на впливі ритмічних звуків на психоемоційний стан дитини. Доведено, що музика може стимулювати роботу мозку, сприяти концентрації уваги, покращувати настрій і навіть регулювати рівень стресу. У дітей із ДЦП цей метод особливо корисний, оскільки музичні заняття розвивають слухове сприйняття, сприяють кращій координації рухів та покращують мовленнєві навички [28].

Ще одним ключовим методом є ігротерапія, яка допомагає дитині засвоювати нові соціальні навички, знижувати рівень тривожності та коригувати поведінкові особливості. Гра виступає засобом комунікації, через який дитина може виражати свої почуття, розв'язувати внутрішні конфлікти та отримувати позитивний досвід соціальної взаємодії. Це особливо важливо для дітей із порушеннями мовлення, які через гру можуть навчитися ефективно висловлювати свої емоції [43].

Також варто згадати ще один ефективний метод – кінезіотерапію, яка передбачає застосування спеціальних вправ для корекції рухових порушень. Цей підхід спрямований на активізацію м'язової діяльності, зміцнення суглобів і покращення координації. Важливою перевагою кінезіотерапії є її комплексний вплив: вона не лише сприяє фізичному відновленню, а й позитивно впливає на психоемоційний стан дитини.

Отже, реабілітація дітей із ДЦП має бути комплексною та включати як фізичні, так і психоемоційні методи корекції. Іпотерапія, гідрокінезотерапія, дельфінотерапія, арт-терапія, музикотерапія, ігротерапія та кінезіотерапія демонструють високу ефективність у відновленні рухових і когнітивних функцій, зниженні рівня тривожності та покращенні якості життя дітей. Вибір конкретного методу залежить від індивідуальних потреб дитини, рівня її розвитку та рекомендацій фахівців. Подальші дослідження у цій сфері можуть допомогти удосконалити підходи до реабілітації та розширити можливості інтеграції дітей із ДЦП у суспільство.

Особистісний розвиток дітей із порушеннями ОРА характеризується певною специфікою. Так, у зв'язку з обмеженою руховою активністю вони часто відчують психологічні труднощі, пов'язані з низькою самооцінкою, тривожністю, схильністю до замкнутості та підвищеною емоційною чутливістю. Соціальна ізоляція або обмежена участь у колективних ігрових та навчальних активностях може призводити до формування залежності від дорослих та зниження мотивації до самостійної діяльності [37; 43].

У цьому контексті важливим є забезпечення підтримки з боку сім'ї та педагогів. Позитивне емоційне оточення, своєчасна психологічна допомога та участь у соціально-корекційних програмах сприяють формуванню адаптивних поведінкових стратегій, розвитку соціальної компетентності та підвищенню загальної життєвої активності дитини.

Крім того, психолого-педагогічні дослідження підкреслюють необхідність комплексного підходу до розвитку когнітивних та особистісних якостей дітей із порушеннями ОРА. Такий підхід передбачає: розвиток сенсомоторних навичок, що включає тренування координації рухів, формування просторових уявлень та сенсорної інтеграції; стимуляцію когнітивних процесів, зокрема уваги, пам'яті, мислення та мовлення, із використанням адаптованих методик навчання; формування особистісних якостей, включаючи розвиток самоконтролю, мотивації до діяльності, соціальної активності та емоційної стійкості; забезпечення соціальної інтеграції, що досягається через участь у колективних ігрових та навчальних заходах, інклюзивну освіту та реабілітаційні програми [4; 23; 30].

Таким чином, психічний розвиток дітей із порушеннями ОРА є комплексним процесом, який обумовлений взаємодією біологічних, психологічних та соціальних чинників. Усвідомлення цих особливостей дозволяє розробляти ефективні програми корекції та реабілітації, що сприяють оптимізації когнітивного, емоційного та соціального розвитку, а також підвищенню якості життя дитини та її інтеграції у суспільство.

### **Висновки до розділу.**

У результаті аналізу теоретичних джерел з'ясовано, що порушення опорно-рухового апарату у дітей не лише створюють фізіологічні обмеження, а й істотно впливають на психічний розвиток, проявляючись у специфічних когнітивних, емоційних та соціальних особливостях. Діти з порушеннями ОРА характеризуються певними труднощами у формуванні просторового та моторного досвіду, що відображається на процесах мислення, уваги та

пам'яті. Особистісний розвиток таких дітей визначається підвищеною емоційною чутливістю, залежністю від підтримки оточення та формуванням стійких психологічних механізмів адаптації.

Дослідження психологічних аспектів реабілітаційного процесу підтвердило, що ефективна корекція і розвиток когнітивних та особистісних якостей можливі лише за умов інтегрованого підходу, що поєднує фізичну реабілітацію, психолого-педагогічну підтримку та соціальну взаємодію. Таким чином, теоретичні основи когнітивного та особистісного розвитку дітей із порушеннями ОРА формують комплексну модель психологічного супроводу, яка є важливою передумовою для успішної адаптації та соціальної інтеграції таких дітей.

## РОЗДІЛ 2

# ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ КОГНІТИВНОГО ТА ОСОБИСТІСНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ОРА В ПРОЦЕСІ РЕАБІЛІТАЦІЇ

### 2.1 Організація та методика проведення дослідження

Метою емпіричного дослідження є виявлення особливостей когнітивного та особистісного розвитку дітей із порушеннями опорно-рухового апарату (ОРА) у процесі реабілітації, а також оцінка ефективності застосування психологічних і педагогічних методів у корекційно-розвивальній роботі.

Завдання дослідження

1. Визначити рівень розвитку когнітивних процесів (уваги, пам'яті, мислення) у дітей із порушеннями ОРА.
2. Дослідити особистісні особливості дітей, включаючи рівень самооцінки, мотивації та соціальної адаптації.

Для діагностики рівня інтелектуального розвитку та особистісних особливостей дітей із церебральним паралічем (ДЦП) були використані адаптовані методики, що відповідають меті дослідження та враховують специфіку когнітивного розвитку дітей цієї категорії. У дослідженні брали участь 20 дітей із ДЦП (7 дівчаток та 13 хлопчиків).

Методика вивчення розумового розвитку дітей старшого дошкільного віку (Н. Стадненко, Т. Ілляшенко). Дана методика є комплексним діагностичним інструментом, що включає 12 експрес-методик, адаптованих для дітей із ДЦП. Завдання розташовані у порядку зростання складності, а їх кількість та послідовність пред'явлення можуть варіюватися залежно від індивідуальних особливостей дитини, зокрема її когнітивних можливостей та віку.

Важливо зазначити, що для дітей із ДЦП відсутні чіткі вікові норми інтелектуального розвитку, оскільки індивідуальні особливості ураження центральної нервової системи значно впливають на динаміку їхнього психічного розвитку. Завдання методики спрямовані на оцінку здатності дітей оперувати сенсорними еталонами (кольором, величиною, формою), знаннями про предмети та їхнє призначення, а також навичками порівняння, групування та класифікації об'єктів.

Методика використовується для дослідження рівня інтелекту у дітей із збереженими когнітивними можливостями, а також у дітей із затримкою психічного розвитку та розумовою відсталістю. Завдання подаються в ігровій формі, що передбачає використання іграшок, карток із малюнками, схем та інших зорових стимулів. Стимульний матеріал підбирається відповідно до доступності сприймання дитиною та містить кольорові, контрастні зображення для полегшення розпізнавання.

Методика «Малюнок неіснуючої тварини». Ця проєктивна методика спрямована на дослідження особистісних характеристик дитини, зокрема рівня творчої уяви, емоційного стану та особливостей сприйняття світу. У процесі виконання завдання дитина створює зображення фантастичної істоти, що дозволяє виявити особливості її мислення, тривожність, рівень агресивності або замкненості. Аналізуються структурні особливості малюнка, використання деталей, характер ліній та загальний емоційний фон зображення.

Методика «Самооцінка дитини» є психологічним інструментом, призначеним для оцінювання рівня самооцінки дітей за різними життєвими та функціональними сферами. Вона дозволяє виявити, як дитина сприймає себе у контексті власного фізичного вигляду, навчальних здібностей, поведінки, взаємодії з однолітками та, за необхідності, фізичних або рухових навичок, що особливо актуально для дітей із порушеннями опорно-рухового апарату. Оцінка за даною методикою здійснюється за низкою критеріїв, що відображають специфічні аспекти особистісного розвитку. Зокрема,

оцінюється зовнішність дитини та її сприйняття власного фізичного вигляду; навчальні здібності, що відображають упевненість у власних інтелектуальних можливостях та успішності у навчанні; поведінка, що характеризує рівень самоконтролю та дотримання соціальних норм; соціальна взаємодія з однолітками, яка відображає рівень соціальної компетентності та здатність до співпраці; а також фізичні або рухові навички, що дозволяють оцінити самоусвідомлення та впевненість у власних моторних можливостях.

Інтерпретація результатів проводиться за трьома рівнями самооцінки: високий, середній та низький. Високий рівень характеризується позитивним сприйняттям себе, упевненістю у власних можливостях та активною взаємодією з оточенням. Середній рівень демонструє помірну впевненість, реалістичне оцінювання власних здібностей та періодичну невпевненість у нових або складних ситуаціях. Низький рівень свідчить про негативне або нестабільне сприйняття себе, часті сумніви у власних здібностях та труднощі у спілкуванні й соціальній адаптації. Аналіз проводиться як за окремими сферами самооцінки, так і за загальним індексом, що дозволяє виявити дисбаланс між різними аспектами особистісного розвитку дитини. Виявлення таких диспропорцій є підставою для формування цілеспрямованих заходів психологічної підтримки, спрямованих на гармонізацію самооцінки та оптимізацію когнітивного й соціального розвитку.

Для оцінки впливу сімейного середовища та педагогічного супроводу на рівень психологічного розвитку дітей із ДЦП використовувалися дві анкети:

- анкета для батьків спрямована на визначення особливостей взаємодії в сім'ї, рівня підтримки, характеру спілкування та наявності корекційно-розвивальних заходів у домашніх умовах.
- анкета для педагогів реабілітаційного центру дозволяє оцінити особливості адаптації дитини до навчального процесу, взаємодію з ровесниками, рівень самостійності та динаміку розвитку когнітивних навичок у процесі реабілітації.

Застосування цих методик у комплексному дослідженні дозволило отримати цілісну картину когнітивного та особистісного розвитку дітей із ДЦП, виявити характерні особливості їхнього інтелектуального становлення та визначити ключові аспекти, які потребують корекційної роботи. Зміст завдань, запропонованих у рамках діагностичних методик, передбачає створення умов для самостійного виконання дитиною певних дій із поступовим підвищенням рівня складності. Основною метою є формування здатності до навчання, що дає можливість оцінити, наскільки ефективно дитина засвоює нові знання та навички, а також її потенціал до подальшого когнітивного розвитку.

Важливим аспектом виконання кожного завдання є забезпечення диференційованої допомоги, яка надається в тій мірі, в якій у дитини виникають труднощі. Ця допомога включає доброзичливе заохочення, повторення інструкції, демонстрацію зразка або підказку. Основний сенс такої підтримки полягає в аналізі здатності дитини використовувати допоміжні стимули, що дозволяє не лише оцінити кінцевий результат, але й проаналізувати сам процес розв'язання завдань, труднощі, з якими стикається дитина, та шляхи їх подолання.

У випадках, коли моторні обмеження перешкоджають виконанню дій, можливо, необхідно вкладати в руку дитині наочний матеріал, допомагати утримувати предмет або, навпаки, відмовитися від фізичної взаємодії, замінивши її на вказівний жест. У такому разі вибір дитини може відбуватися на основі зорового сприйняття та фіксуватися за допомогою жестів, вербальної відповіді, рухів голови або навіть погляду.

Таким чином, основний акцент у діагностиці робиться не лише на оцінку статичних результатів виконання завдань, а й на аналіз когнітивних процесів, що супроводжують діяльність дитини, що забезпечує більш глибоке розуміння її інтелектуального потенціалу.

Одним із методів аналізу індивідуальних психологічних особливостей дитини є методика «Малюнок неіснуючої тварини» (див. Додаток В). Вона

належить до проєктивних технік і спрямована на дослідження особистісних характеристик, рівня самооцінки та ставлення до себе. Дана методика застосовується для широкого вікового діапазону, починаючи з дошкільного віку. Процедура дослідження передбачає використання чистого аркуша паперу, кольорових олівців і гумки. Застосування фломастерів, ручок або фарб не допускається, оскільки при аналізі результатів враховується не лише зміст зображення, а й сила натиску на олівець. Дитині пропонується виконати завдання за такою інструкцією: *«Намалюй тварину, яка не існує в реальному світі, придумай їй ім'я та опиши її особливості»*. При аналізі малюнка важливе значення має розташування зображення на аркуші. Ліва та нижня частини малюнка часто асоціюються з минулим, пригніченими емоціями, невпевненістю та пасивністю. Правий бік і верхня частина, навпаки, відображають активність, позитивні емоції, впевненість і спрямованість у майбутнє.

Для інтерпретації отриманих результатів аналізуються такі параметри:

- Місце розташування малюнка на аркуші (центр, край, нахил);
- Основна частина фігури (голова, тулуб, кінцівки);
- Опорні елементи зображення (лапи, хвіст, додаткові деталі);
- Контур та структура ліній (чіткість, нерівність, замкненість);
- Кількість деталей (відображає загальну енергію та рівень творчих здібностей);
- Наявність людських рис (може свідчити про рівень ідентифікації з персонажем);
- Оригінальність та варіативність елементів (різноспрямовані деталі, незвичайні риси);
- Назва тварини, яка може відображати емоційний стан дитини та її сприйняття навколишнього світу.

У рамках нашого дослідження методика застосовувалася у класичному вигляді, з подальшим аналізом отриманих даних для визначення характерних особливостей особистісного розвитку дітей.

У багатьох сім'ях питання корекції психічного розвитку дитини з ДЦП розглядається як другорядне порівняно з фізичною реабілітацією. Основна увага батьків зосереджується на лікуванні та фізичних аспектах розвитку, у той час як психологічні й когнітивні аспекти часто залишаються поза належною увагою. В результаті, до моменту початку шкільного навчання може виявитися значне відставання дитини у розвитку, що ускладнює засвоєння загальноосвітньої програми. У деяких випадках дітям доводиться навчатися за адаптованими або спеціальними програмами, хоча їхній рівень інтелектуального розвитку може не відповідати критеріям розумової відсталості. Така ситуація найчастіше є наслідком недостатньої педагогічної уваги в ранньому дитинстві, коли основне виховання здійснюється виключно батьками.

З метою оцінки впливу батьків на психічний розвиток дітей із ДЦП було розроблено два опитувальники. Анкета розроблена для вивчення психологічних аспектів когнітивного та особистісного розвитку дітей із порушеннями опорно-рухового апарату в процесі реабілітації. Основною метою є визначення рівня пізнавальної активності, особистісних особливостей, емоційного стану, соціальної адаптації дітей, а також оцінка впливу сімейного середовища та реабілітаційних заходів на їхній розвиток. Отримані дані дозволять виявити специфічні труднощі та потреби дітей у когнітивній та емоційній сферах, що сприятиме розробці індивідуальних підходів до їхньої психологічної підтримки. Дана анкета є важливим інструментом для подальшої розробки програм психологічної підтримки дітей із порушеннями опорно-рухового апарату та вдосконалення реабілітаційного процесу.

Мета проведення анкетування: отримати узагальнену інформацію щодо особливостей когнітивного та особистісного розвитку дітей із порушеннями опорно-рухового апарату в процесі реабілітації, а також оцінити ефективність використовуваних методів та визначити можливі труднощі, з якими стикаються фахівці у своїй практиці. Отримані результати будуть

використані для розробки рекомендацій щодо покращення підходів до роботи з такими дітьми.

○ Друга анкета проводиться серед фахівців, які мають досвід роботи з дітьми із порушеннями опорно-рухового апарату (реабілітологів, психологів, логопедів, дефектологів, педагогів тощо). Відповіді будуть систематизовані за основними категоріями та проаналізовані з використанням методів якісного та кількісного аналізу. Окрему увагу буде приділено порівнянню поглядів фахівців із різним професійним досвідом. Анкетування є важливою складовою дослідження, оскільки дозволяє отримати безпосередній зворотний зв'язок від фахівців, які безпосередньо працюють із дітьми, та сформувані науково обґрунтовані висновки щодо оптимізації процесу реабілітації.

## **2.2 Аналіз отриманих результатів**

Для оцінки інтелектуального розвитку дітей із церебральним паралічем було використано «Методику вивчення розумового розвитку дітей старшого дошкільного віку» (автори: Н. Стадненко, Т. Ілляшенко). У дослідженні брали участь 20 дітей із діагнозом ДЦП (7 дівчаток і 13 хлопчиків).

Якість виконання завдань оцінювалася на основі двох основних показників: самостійності виконання та продуктивності використання допомоги. Ці критерії дозволяють визначити не лише рівень актуальних знань і вмінь дитини, а й її потенційні можливості до подальшого навчання та розвитку. Відповідно до них виділено чотири рівні виконання завдань:

1. Високий рівень (75–100%) – дитина виконує завдання самостійно, правильно співвідносячи ознаки предметів, здатна пояснити власні дії.

2. Середній рівень (50–75%) – завдання виконуються із певними пробами та помилками, які дитина частково виправляє самостійно або після демонстрації зразка. Спостерігається високий рівень навчаності.

3. Нижче середнього (25–50%) – виконання можливе лише за активної підтримки дорослого, який контролює процес, вказує на помилки та ставить навідні запитання. Завдання виконується після декількох спроб, рівень навчваності низький.

4. Низький рівень (0–25%) – дитина не здатна виконати завдання навіть із допомогою дорослого, спостерігається відсутність розуміння завдання та відсутність навчваності.

Таке оцінювання дає змогу не лише визначити актуальний рівень інтелектуального розвитку дитини, а й прогнозувати її потенційні можливості до подальшого навчання.

Перші два рівні виконання завдань можна вважати успішними, оскільки вони свідчать про такі особливості розвитку дитини:

1. Наявність достатніх знань та уявлень про навколишній світ, що дозволяє ефективно орієнтуватися у запропонованих завданнях.

2. Сформованість мисленневих операцій, які сприяють раціональному використанню наявних знань у процесі розв'язання пізнавальних завдань.

3. Свідоме сприйняття завдання, планування дій та їх оцінка, що дозволяє дитині аналізувати власні помилки та самостійно їх виправляти.

4. Здатність до взаємодії з дорослим, використовуючи його допомогу для корекції та покращення подальших дій, що вказує на високий рівень навчваності.

У деяких випадках дитина може мати певні труднощі з перцептивним матеріалом або недостатню обізнаність, однак за умови високої навчваності вона швидко засвоює новий досвід та здатна вирішувати дедалі складніші завдання.

Якщо ж дитина протягом виконання завдання демонструє недоцільні дії, пасивно маніпулює наочним матеріалом і потребує постійного супроводу з боку дорослого (третій рівень), це свідчить про певне відставання у розвитку. Основні труднощі можуть бути пов'язані з недостатньою

сформованістю перцептивних дій та проблемами в оперуванні відомими знаннями. У таких випадках доцільно запропонувати повторне виконання завдання. Якщо після цього дитина демонструє покращені результати й потребує меншої допомоги, це є підтвердженням того, що вона засвоїла новий досвід.

Рівень виконання завдань оцінюється за чотирирівневою системою відповідно до складності завдань і характеру їх виконання. Далі детальніше розглянемо особливості виконання кожного завдання за методикою.

Таблиця 2.1 - Результати за методикою вивчення розумового розвитку дітей старшого дошкільного віку

<b>№ експрес-методики</b>	<b>Зміст завдання</b>	<b>Низький (%)</b>	<b>Нижче середнього (%)</b>	<b>Середній (%)</b>	<b>Високий (%)</b>
<b>1</b>	Визначення логічних зв'язків між фігурами	20	5	15	60
<b>2</b>	Перцептивне моделювання форми фігури-вкладки із двох симетричних частин	40	25	10	25
<b>3</b>	Конструювання малюнка з частин	40	45	15	0
<b>4</b>	Ідентифікація зображень тварин	20	10	15	55
<b>5</b>	Доповнення сюжетного малюнка фрагментами за смисловими зв'язками	20	10	30	40
<b>6</b>	Визначення довільності, уваги, аналізу, порівняння, орієнтування на зразки	35	20	20	25
<b>7</b>	Розподіл геометричних фігур	20	10	20	50

	за формою, кольором, розміром				
<b>8</b>	Класифікація множини об'єктів за однією ознакою	25	5	10	60
<b>9</b>	Розподіл різномірних предметів відповідно до зразка	25	5	10	60
<b>10</b>	Класифікація геометричних фігур за формою та розміром	25	15	25	35
<b>11</b>	Розподіл предметних малюнків за функціональним призначенням і розміром	20	20	35	25
<b>12</b>	Розподіл предметів на чотири групи за знаками-символами	25	20	25	30

Згідно з отриманими даними, наведеними у таблиці 2.1, рівень уваги та сприймання при виконанні експрес-методики 1 розподілився наступним чином: «низький» – 5 осіб (22%), «нижче середнього» – 2 особи (9%), «середній» – 4 особи (17%), «високий» – 12 осіб (52%). Ці результати, на нашу думку, можуть бути пов'язані з різним ступенем рухової недостатності, яка обмежує предметно-маніпулятивну діяльність дітей, ускладнює сприймання предметів на дотик. Поєднання таких порушень із недорозвитком зорово-моторної координації негативно впливає на формування повноцінного предметного сприймання та пізнавальної діяльності.

Експрес-методика 2. Ця методика є ускладненим варіантом першого завдання. Виконання передбачає ті ж самі логічні операції, однак із збільшеною кількістю деталей для вибору. Додатково потрібно здійснювати перцептивне моделювання форми вкладеної фігури, яка складається з двох

симетричних частин (див. Додаток Б, експрес-методика 2). Аналіз результатів виконання цього завдання представлено у таблиці 2.1. Отримані показники свідчать про такі рівні розвитку логічного мислення та уваги у дітей із ДЦП: «низький»—35%, «нижче середнього»—30%, «середній»—15%, «високий»—20%.

Це завдання виявилось складнішим за попереднє через велику кількість деталей, з якими потрібно було оперувати. Більшість дітей не змогли самостійно впоратися із запропонованим обсягом інформації. Зокрема, дітям із конструктивною апраксією доводиться компенсувати труднощі у просторовому сприйнятті за допомогою вербального мислення та тактильного аналізу. Замість сприйняття форми цілісно, вони змушені перераховувати кути, озвучувати особливості деталей або використовувати тактильний спосіб для визначення їх відповідності.

Аналіз результатів виконання завдань експрес-методики 3 свідчить про значні труднощі у дітей з порушеннями опорно-рухового апарату в оперуванні просторовими образами та виконанні конструктивних дій. Найвищий відсоток дітей продемонстрували низький (35%) та рівень нижче середнього (40%), що вказує на недостатній рівень сформованості навичок просторового аналізу та синтезу. Лише 20% дітей досягли середнього рівня, що засвідчує часткову сформованість конструктивних умінь, проте виконання завдань потребувало значної кількості проб та корекції. Високий рівень виконання завдання продемонстрували лише 5% дітей, що свідчить про поодинокі випадки сформованих навичок конструювання серед досліджуваних.

Зазначені труднощі можуть бути зумовлені низкою факторів:

1. Порушення просторового сприймання – нездатність цілісно сприймати та опрацьовувати зорову інформацію, що проявляється у труднощах з орієнтацією в просторі та аналізі зорових стимулів.

2. Недостатній розвиток моторики – обмежені можливості дрібної моторики можуть впливати на точність конструктивних дій, особливо під час маніпуляцій із дрібними елементами.

3. Дефіцит аналітико-синтетичних процесів – порушення механізмів аналізу та синтезу інформації ускладнює встановлення зв'язків між частинами цілого, що виявляється у труднощах складання розрізних картинок та конструкцій.

4. Складність у збереженні образу фігури – діти з конструктивною апраксією частіше застосовують компенсаторні механізми (наприклад, вербальне промовляння деталей завдання), що не завжди сприяє ефективному виконанню конструктивних операцій.

Таким чином, отримані результати вказують на необхідність спеціальних корекційних заходів, спрямованих на розвиток просторового сприймання, формування аналітико-синтетичних операцій, а також удосконалення навичок конструктивної діяльності у дітей із ДЦП. Це може включати використання спеціальних методик корекційного навчання, розвиток зорово-моторної координації та впровадження вправ на аналіз і синтез просторових об'єктів.

Експрес-методика 4. Завдання полягало у визначенні та ідентифікації зображень тварин, що ґрунтується на рівні знань дітей про довкілля, сформованості їхніх перцептивних дій та здатності до цілеспрямованої діяльності (див. Додаток Б, експрес-методика 4). Отримані результати наведені у таблиці 2.1.

Оскільки діти з порушеннями опорно-рухового апарату можуть мати різний рівень інтелектуального розвитку, що залежить від характеру та ступеня ураження центральної нервової системи, їхній обсяг і глибина знань про навколишній світ суттєво варіюються, що відображено у таблиці 2.1.

Це завдання продемонструвало позитивні результати, що свідчить про наявність у дітей певних знань про довкілля. Розподіл рівнів виконання був

таким: «низький» – 25%, «нижче середнього» – 15%, «середній» – 20%, «високий» – 40%.

Експрес-методика 5. Завдання передбачало доповнення сюжетного малюнка відсутніми фрагментами на основі смислових зв'язків. Виконання цього завдання потребувало розвинених навичок логічного наочно-образного мислення, зокрема: виділення суттєвих ознак, співвіднесення їх із загальним контекстом, а також включення окремих елементів у цілісне зображення (див. Додаток Б, експрес-методика 5). Результати виконання цього завдання наведено у таблиці 2.1. Завдання виявилось складнішим порівняно з попереднім, однак загальний рівень його виконання був задовільним. Використання максимально наочного дидактичного матеріалу сприяло кращому розумінню завдання дітьми. Рівень логічно-образного мислення, визначений за результатами виконання експрес-методики 5, розподілився наступним чином: «низький» – 30%, «нижче середнього» – 15%, «середній» – 25%, «високий» – 30%. Низькі показники у частини дітей можуть бути пов'язані з труднощами у перенесенні інформації від реальних об'єктів до зображень і навпаки. У таких випадках виконання завдання супроводжувалося постійною необхідністю у вербалізації, що свідчить про недостатню сформованість механізмів узагальнення та аналізу зорового матеріалу.

Експрес-методика 6. Ця методика спрямована на аналіз рівня довільності, диференційованості сприймання, концентрації та розподілу уваги, а також сформованості когнітивних операцій, зокрема аналізу, порівняння та узагальнення. Особливий акцент зроблено на здатності дитини розуміти абстрактні символи, співвідносити їх із наданими зразками, коригувати власні дії відповідно до них та стійко орієнтуватися на еталони (див. Додаток Б, експрес-методика 6).

Результати виконання методики наведені у таблиці 2.6. Вони демонструють такі рівні сформованості абстрактно-логічного мислення, сприймання та уваги: «низький» – 30%, «нижче середнього» – 25%,

«середній» – 25%, «високий» – 20%. Отримані дані свідчать про значні труднощі у виконанні завдання, що пояснюється необхідністю орієнтування у просторі, зокрема щодо схеми власного тіла, яка у дітей із церебральним паралічем зазвичай має певні порушення.

Експрес-методика 7. Ця методика передбачає класифікацію геометричних фігур за певними ознаками, такими як форма, колір і розмір. Завдання потребує навичок розподілу об'єктів на групи відповідно до зразка-еталона. Основна мета методики – визначення рівня сформованості перцептивного узагальнення, усвідомлення дитиною логіки класифікаційних дій та здатності змінювати критерії групування залежно від заданих параметрів. Виконання завдання вимагає когнітивної гнучкості та вміння перемикатися між різними способами дії (див. Додаток Б, експрес-методика 7). Результати виконання представлені у таблиці 2.1.

Аналіз даних таблиці 2.1 свідчить про те, що виконання цього завдання було загалом успішним. Рівні розвитку уваги та мислення розподілилися таким чином: «низький» – 15%, «нижче середнього» – 15%, «середній» – 25%, «високий» – 45%. Діти з церебральним паралічем, які не мали виражених когнітивних порушень, впоралися із завданням без значних труднощів, зокрема, розрізнення контрастних об'єктів за величиною не викликало у них складнощів. У групі дітей із затримкою психічного розвитку для коректного виконання завдання були необхідні додаткові пояснення та повторні інструкції. Діти з поєднанням ДЦП та вираженим інтелектуальним дефіцитом демонстрували хаотичні дії, що свідчить про недостатню сформованість перцептивного аналізу та узагальнення.

Експрес-методика 8. Завдання передбачає розподіл множини об'єктів за певною характеристикою, що дозволяє оцінити стійкість мисленнєвих процесів, рівень усвідомлення дій узагальнення та здатність до аргументованої класифікації (див. Додаток Б, експрес-методика 8). Значна кількість об'єктів у завданні сприяє глибшій перевірці когнітивної гнучкості дітей. Результати виконання завдання відображено у таблиці 2.1. Загалом

більшість учасників впоралися із завданням на достатньому рівні, що свідчить про сформованість елементарних навичок узагальнення. Водночас діти з глибшими порушеннями інтелектуального розвитку не змогли правильно класифікувати об'єкти, що підтверджується отриманими показниками: «низький» – 30%, «нижче середнього» – 10%, «середній» – 15%, «високий» – 45%.

Таким чином, здатність знаходити спільні та відмінні ознаки між об'єктами є ключовою передумовою розвитку класифікаційних навичок, що, у свою чергу, сприяє подальшому формуванню понять у дітей із церебральним паралічем.

Експрес-методика 9. Завдання передбачає розподіл різнорідних предметів відповідно до заданого зразка, що дозволяє оцінити рівень сформованості операцій узагальнення, здатність дитини самостійно визначати критерії для класифікації множини об'єктів на основі аналізу зразка (див. Додаток Б, експрес-методика 9). Аналіз результатів, представлених у таблиці 2.1, свідчить про те, що рівень виконання завдання є співставним із попередніми методиками. Показники логічного мислення та уваги розподілилися наступним чином: «низький» – 20%, «нижче середнього» – 10%, «середній» – 15%, «високий» – 55%. Частина дітей, які не змогли виконати завдання на достатньому рівні, демонстрували кращі результати під час роботи з реальними предметами, однак перенос умінь на символічний матеріал виявився для них складним. Діти з вираженим інтелектуальним дефіцитом не змогли впоратися із завданням, що вказує на низьку здатність до узагальнення та категоризації.

Експрес-методика 10. Завдання полягало в класифікації геометричних фігур різної форми (круг, квадрат, трикутник) та розміру (великий, малий) за наочними зразками. Виконання методики дозволяє оцінити здатність дитини до одночасного узагальнення за двома ознаками, що є важливим показником когнітивного розвитку (див. Додаток Б, експрес-методика 10). Як свідчать результати, наведені у таблиці 2.1, рівень інтелектуального розвитку дітей

під час виконання завдання розподілився таким чином: «низький» – 30%, «нижче середнього» – 15%, «середній» – 20%, «високий» – 35%. Основною складністю для дітей із ДЦП стало використання карти-схеми як основного дидактичного матеріалу, оскільки візуальне розпізнавання схематичних зображень викликало значні труднощі. Виконання завдання потребувало додаткових пояснень та постійного супроводу психолога, що свідчить про необхідність адаптації наочного матеріалу відповідно до індивідуальних особливостей дітей.

Експрес-методика 11. Завдання передбачало розподіл предметних малюнків за двома критеріями: функціональним призначенням та розміром об'єктів. Така методика дозволяє оцінити рівень сформованості операцій узагальнення та здатність до одночасного аналізу кількох ознак. Аналіз результатів, поданих у таблиці 2.1, свідчить про наступний розподіл рівнів інтелектуального розвитку: «низький» – 15%, «нижче середнього» – 25%, «середній» – 40%, «високий» – 20%. Основні труднощі виникали у дітей, які мали проблеми з переносом реальних об'єктів на зображення, а також у тих, хто демонстрував обмежену здатність до одночасного оперування кількома предметами. Деякі діти могли виконати завдання лише з одним-двома об'єктами, що свідчить про недостатню сформованість навичок узагальнення за кількома критеріями.

Експрес-методика 12. Ця методика передбачала розподіл множини предметів на чотири групи відповідно до знаків-символів, які виступають узагальнюючими ознаками (див. Додаток Б, експрес-методика 12). Виконання завдання вимагало від дитини самостійного виявлення значущих характеристик і орієнтування у символічній системі класифікації. Як показано у таблиці 2.1, рівень зорової уваги дітей при виконанні цього завдання розподілився наступним чином: «низький» – 20%, «нижче середнього» – 25%, «середній» – 30%, «високий» – 25%. Основні труднощі виникали у дітей із порушеннями опорно-рухового апарату через складність орієнтації у знаково-символьних системах, а також через необхідність

оперування значною кількістю предметів одночасно. Це вказує на важливість адаптації матеріалу та поступового введення символічних елементів у процес навчання.

Аналіз результатів виконання експрес-методик свідчить про варіативність рівня успішності дітей з порушеннями опорно-рухового апарату у різних когнітивних завданнях. Так, найвищі показники продемонстровані у виконанні експрес-методик, що передбачають впізнавання та класифікацію об'єктів. Зокрема, експрес-методика 4 була виконана на 78%, експрес-методика 8 – на 77%, а експрес-методика 9 – на 75%. Це вказує на відносно добру здатність дітей до узагальнення, ідентифікації об'єктів та розпізнавання типових ознак предметів.

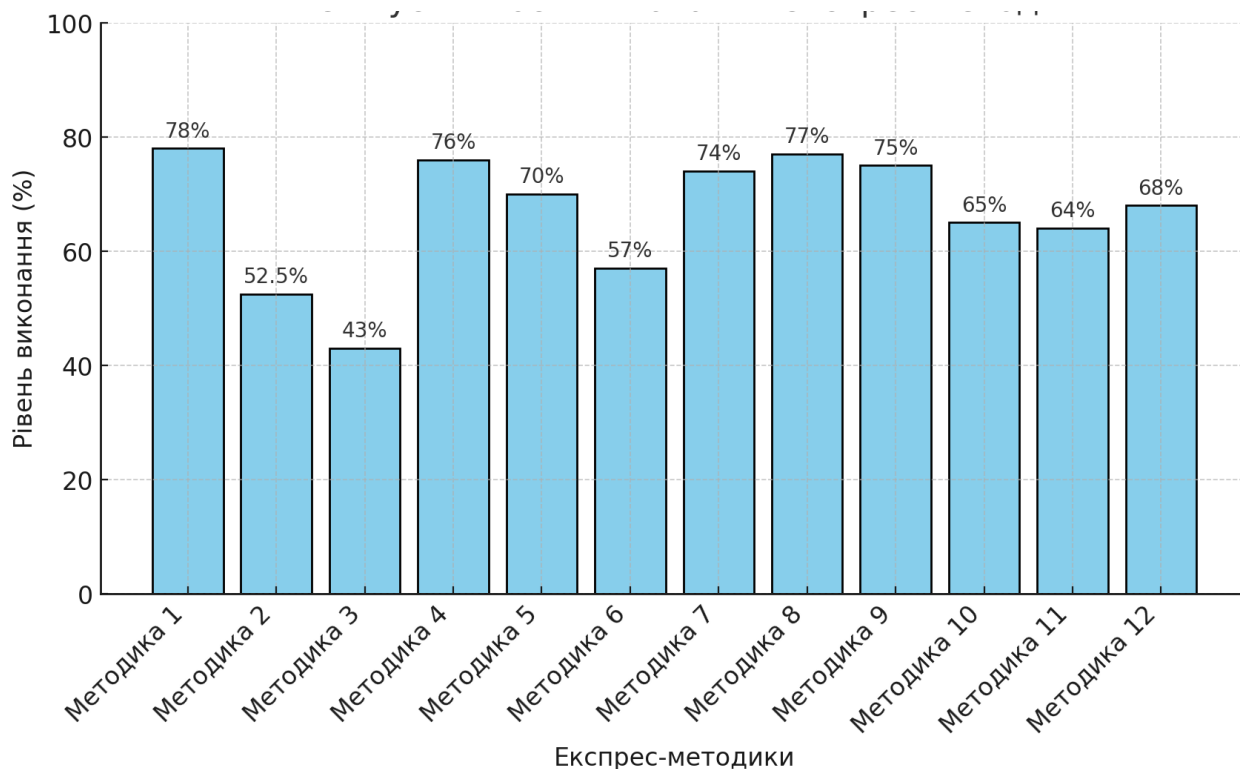
Водночас найнижчі результати зафіксовані у виконанні завдань, що потребували розвинених конструктивних навичок та просторового аналізу. Так, експрес-методика 3 була виконана лише на 43%, а експрес-методика 2 – на 52,5%. Це може бути пов'язано з труднощами у сприйнятті просторових відношень, аналізі об'єктів у їх взаємному розташуванні та моторною незграбністю, що ускладнює виконання таких завдань.

Середні результати отримані в експрес-методиці 5 (70%) та експрес-методиці 7 (74%), що свідчить про певний рівень сформованості логіко-образного мислення та здатності до організації предметів відповідно до заданих зразків. Дещо нижчі показники спостерігаються у виконанні експрес-методики 6 (57%), яка потребувала стійкої уваги, довільності та здатності до аналізу і порівняння, що підтверджує труднощі дітей у виконанні завдань, що вимагають високого рівня когнітивного контролю.

Результати виконання експрес-методик 10, 11 і 12 також варіюються в середньому діапазоні: 65%, 64% і 68% відповідно. Це свідчить про помірні труднощі у класифікації об'єктів за складнішими критеріями, зокрема за ознаками-символами та одночасним урахуванням кількох параметрів.

Загалом аналіз отриманих даних демонструє, що діти з ДЦП мають значні індивідуальні відмінності у рівнях когнітивного розвитку. Найкраще

вони справляються із завданнями, пов'язаними із впізнаванням, розпізнаванням і простим узагальненням об'єктів. Водночас найбільші труднощі викликають завдання, що вимагають конструктивних дій, просторового аналізу, а також утримання й переключення уваги. Усі отримані результати наочно представлені на рисунку 2.1.



**Рисунок 2.1 – Рівень успішності виконання експрес-методик**

Оцінюючи загальну успішність виконання діагностичних завдань, можна стверджувати, що різні типи завдань засвоюються дітьми з різним рівнем успішності. Висновки щодо їхніх інтелектуальних можливостей базуються на тих аспектах діяльності, де вони продемонстрували найбільші успіхи. Водночас судити про особливості когнітивного розвитку дитини лише на основі одного або двох завдань, особливо виконаних на низькому рівні, є некоректним. Зустрічаються випадки, коли складніше завдання виконується успішно, а більш просте – з труднощами. Це може бути зумовлено як недостатньою обізнаністю дитини зі змістом завдання, так і підвищеною втомлюваністю, що впливає на ефективність діяльності.

Подальший аналіз дозволяє розглянути специфіку інтелектуального розвитку дошкільників із ДЦП, ґрунтуючись на результатах проведеного

дослідження. Загальний рівень продуктивності виконання завдань у дітей із збереженими інтелектуальними можливостями (70%) значною мірою визначається функціональним станом їхніх рук та рівнем розвитку мовлення. Це також впливає на особливості їхньої взаємодії з дорослим під час виконання завдань.

Деякі діти легко сприймають словесні інструкції, уважно слухають настанови дорослого, розуміють звернене мовлення та виконують завдання після отримання пояснень. Вони зазвичай обдумують інструкцію, аналізують наочний матеріал, часом маніпулюють предметами, змінюючи їхнє розташування, щоб краще зрозуміти властивості об'єктів та знайти правильний спосіб виконання завдання.

Однією з особливостей дітей із ДЦП, навіть тих, хто має достатні інтелектуальні можливості, є певна пасивність. Якщо вони не розуміють, як виконати завдання, вони рідко звертаються по допомогу чи уточнюють деталі, а натомість пасивно чекають. Водночас їм властива висока орієнтованість на дорослого: вони потребують емоційної підтримки, схвалення та заохочення. Їхній рівень активності безпосередньо залежить від реакції дорослого: позитивне підкріплення мотивує їх до роботи, тоді як негативні оцінки можуть викликати зниження продуктивності.

Діти з обмеженою руховою активністю рук демонструють скутість у діях, довго налаштовуються на виконання рухових завдань і часто потребують сторонньої допомоги для їх реалізації. У таких випадках ефективною є тактильна або візуальна підтримка з боку дорослого, наприклад, запропонувати дитині виконати доступні для неї дії (доторкнутися пальцем, кивнути головою), щоб підтвердити правильний вибір елемента наочного матеріалу, тоді як дорослий виконає безпосередню маніпуляцію.

Здатність дитини використовувати такі альтернативні засоби комунікації свідчить про її розуміння ситуації і є важливим показником навчаності. Діти із збереженими інтелектуальними можливостями

демонструють швидке встановлення зв'язків між окремими елементами, що дозволяє їм без труднощів співвідносити геометричні фігури за зоровим сприйняттям, точно підбирати вкладки до відповідних форм та орієнтуватися в кількості об'єктів. У завданнях, де необхідно враховувати дві суттєві ознаки одночасно, вони утримують їх у пам'яті до завершення роботи. Крім того, ці діти проявляють стійкий інтерес до завдань, радіють, коли знаходять правильний спосіб їх виконання, що свідчить про високий рівень мотивації.

Особливістю дітей із достатнім рівнем інтелектуального розвитку є розуміння ролі зразків, які подаються у складі наочного матеріалу. Вони спершу уважно вивчають зразки, а потім усвідомлено використовують їх для контролю власних дій, періодично звіряючись із ними. Це дозволяє їм ефективно перевіряти свої рішення, виправляти помилки та дотримуватися визначених правил, наприклад, правильного розташування карток або дотримання меж площини, що відведена для їх розміщення. Крім того, такі діти можуть засвоювати значення символічних позначень та схем, що вказує на розвинену здатність до абстрактного мислення.

Таким чином, результати дослідження демонструють, що інтелектуальний розвиток дітей із ДЦП значною мірою визначається не лише їхніми когнітивними здібностями, але й фізичними обмеженнями, особливостями мовлення та емоційної взаємодії з дорослими. Це свідчить про необхідність комплексного підходу до оцінювання та корекції їхніх навичок, що передбачає адаптацію навчальних завдань та врахування індивідуальних можливостей кожної дитини.

У процесі практично-пошукової діяльності діти осмислюють взаємозв'язки, здійснюють аналіз сприйнятого матеріалу, виділяють спільні характеристики та знаходять шляхи розв'язання мисленнєвих завдань. Часто такий процес сприяє самостійному виправленню помилок. Висока здатність до навчання у дітей із збереженими інтелектуальними можливостями проявляється у вмінні використовувати підказки. Найчастіше їм достатньо мінімальних натяків чи коротких пояснень, що спрямовують увагу на певну

характеристику або зразок, допомагаючи встановити зв'язок, наприклад, між почутим словом (великий, маленький) та необхідною дією: «Давай подивимося, хто тут зображений. Так, це мама і донька. У кожного свій посуд. Роздай їм їхній посуд».

Здебільшого таким дітям достатньо наочного прикладу. Потреба в ньому виникає через недостатнє розуміння схем чи моделей, запропонованих у завданні, які потребують розшифрування та усвідомлення алгоритму дій. Використання зразка допомагає дитині подолати сумніви щодо правильності її рішень.

Незалежно від рівня самостійності виконання діагностичних завдань та стану мовлення, діти зазвичай знаходять способи пояснити свої дії. Вони називають ключові слова, звертаються до наочного матеріалу або вказують на зразок. Їхнє критичне мислення проявляється у здатності помічати власні помилки: вони можуть зникнути, звернути погляд на дорослого, очікуючи його схвалення або зауважень.

З іншого боку, у дітей із церебральним паралічем (близько 10%) відставання у розвитку найчастіше виявляється у труднощах встановлення контакту з дорослим та залучення до спільної діяльності. Їм важко включитися у процес взаємодії, а запропонований матеріал не викликає у них природного інтересу. Вони можуть не прагнути розглянути його, не проявляти ініціативу, а іноді навіть уникати спілкування, відвертаючись або не слухаючи пояснення дорослого.

Причини такої поведінки можуть бути різними. По-перше, це обмежений досвід взаємодії з новими людьми, що викликає у дитини страх перед незнайомими ситуаціями. По-друге, дитина може вперше стикатися із завданнями, які потребують інтелектуальних зусиль: розуміння інструкцій, аналізу матеріалу, встановлення зв'язків.

Як правило, діагностичне обстеження таких дітей займає більше часу, часто розтягується на кілька днів. Важливо передбачити період адаптації, що включає тренувальні ігри, під час яких дитина звикає до нового партнера у

взаємодії, навчається орієнтуватися на нього, сприймати допомогу і використовувати її. Швидкість встановлення контакту, розвиток навичок взаєморозуміння та готовність брати участь у спільних іграх є показниками потенційних пізнавальних можливостей дитини.

Діти із затримкою психічного розвитку часто демонструють зосередженість і цілеспрямованість у нескладних завданнях, що вимагають розпізнавання об'єктів, вибору відповідно до інструкції, зіставлення фрагментів та формування цілісного зображення. Це свідчить про достатню сформованість перцептивних навичок і логічних операцій (аналіз, порівняння, узагальнення). Проте їм притаманна повільність у виконанні завдань: вони довго орієнтуються в матеріалі, вагаються у виборі деталей, потребують підтримки, заохочення, незначних підказок, проте загалом здатні до самостійного виконання.

Складніші завдання, що базуються на просторових уявленнях (наприклад, складання малюнків із частин), розумінні символів і схем, а також вимагають орієнтації на дві ознаки одночасно, даються їм важче. Діти часто діють нерішуче, роблять паузи для обмірковування, пробувають різні варіанти на практиці. У таких ситуаціях вони потребують постійної взаємодії з дорослим.

Такі діти дуже орієнтовані на дорослого та чутливі до його оцінки. Вони постійно шукають його схвалення або заперечення, що допомагає їм робити правильні висновки та узагальнювати засвоєні способи дій. Це підтверджується тим, що при повторному виконанні аналогічного завдання дитина демонструє покращення результатів, що свідчить про її навчуваність.

Причини труднощів у сприйманні пов'язані з уповільненістю, недостатньою довільністю уваги, низькою здатністю до диференціації деталей. Це впливає на рівень розвитку наочно-образного мислення та здатність орієнтуватися у запропонованому матеріалі. Діти із затримкою психічного розвитку виявляють небайдужість до власних результатів: вони засмучуються у разі невдачі, можуть втрачати інтерес, відволікатися, але при

отриманні допомоги знову активно включаються у роботу. Попри труднощі в розумінні умов завдання та пошуковий характер їх вирішення, ці діти добре реагують на підказки дорослого. Цілеспрямована організація процесу сприйняття, зокрема звуження кола об'єктів, привернення уваги до зразка, порівняння деталей та встановлення відповідностей, значно полегшує їм виконання завдань.

Як і діти з нормальним інтелектуальним розвитком, вони здатні запам'ятовувати символи, схеми та використовувати їх у подальшій діяльності. Якщо вони розуміють значення знаків і зразків, то до кінця виконання завдання дотримуються інструкцій, не забуваючи, як діяти, а іноді навіть пришвидшують темп роботи.

Таким чином, у дітей із затримкою психічного розвитку перцептивні навички та сенсорні уявлення залишаються недостатньо узагальненими. Проте в процесі роботи за підтримки дорослого у них формується усвідомлений спосіб дій, що сприяє кращим результатам при повторному виконанні подібних завдань.

Проблеми мовлення, зокрема дизартрія або недорозвинене фразове мовлення, можуть ускладнювати пояснення власних дій, проте багато дітей все ж намагаються підтвердити своє розуміння через ключові слова чи жести.

У дітей із церебральним паралічем психічний розвиток може супроводжуватися порушеннями просторових уявлень, що відображається у неточному розташуванні об'єктів. Водночас вони правильно визначають їхній зміст і функціональну приналежність. Попри значні прогалини у сенсорному розвитку, знаннях та мисленневих діях, вони демонструють здатність до навчання та швидко прогресують за умови систематичної корекційної роботи. Під час обстеження розумово відсталих дітей із ДЦП (20%) відзначається значна складність у залученні їх до виконання завдань. Їхня пізнавальна активність настільки знижена, що навіть ігрова діяльність не викликає у них зацікавлення. Запрошення дорослого до спільної гри також виявляється малоефективним. Дії цих дітей із предметним матеріалом

зазвичай носять хаотичний характер, не спираючись на його особливості чи властивості. Самостійно ініціювати цілеспрямовану діяльність, наприклад, добирати фігури-вкладки чи сортувати зображення, вони не можуть.

Щоб спонукати дитину до виконання завдання відповідно до його змісту, необхідна постійна підтримка та корекція з боку дорослого. Керування практичними діями таких дітей включає не лише організацію сприймання важливих характеристик предметів, а й контроль над кожним етапом виконання завдання. Вони потребують як зовнішнього контролю, так і прямої допомоги в реалізації самих дій.

Однією з характерних особливостей розумово відсталих дітей є виражена нестійкість мислення. Навіть спільно з дорослим визначені суттєві ознаки об'єктів швидко забуваються, а увага розсіюється на другорядні деталі. Вони перестають орієнтуватися на зразок, забувають про нього і повертаються до безсистемного маніпулювання предметами, розташовуючи їх без урахування логічних зв'язків. Навіть у завданнях, що передбачають багаторазове повторення знайомих дій, таких як добір ідентичних картинок, вони швидко втрачають розуміння суті завдання, якщо відсутній контроль з боку дорослого.

Основною причиною такої нестійкості мислення та залежності від зовнішнього керівництва є особливість їхньої діяльності: вони розпочинають виконання завдання без попереднього аналізу способу його виконання, оскільки усвідомлення цього для них є складним. Діти відразу починають маніпулювати матеріалом, а під впливом випадкових асоціацій переходять до знайомих їм за особистим досвідом способів дій.

Ще однією важливою особливістю є відсутність критичного ставлення до власних помилок. Навіть очевидно неправильні дії не викликають у них негативних емоцій і не спонукають до перегляду своїх рішень. Вони залишаються байдужими до помилок, задовольняючись самим процесом маніпуляції, не усвідомлюючи своєї неспішності та не намагаючись виправити ситуацію.

Знання про навколишній світ, функціональне призначення предметів або їхні ознаки не стають для таких дітей основою правильної побудови дій. Наприклад, навіть розрізняючи за розміром зображені яблука і правильно їх називаючи, вони можуть неправильно співвідносити їх із зразком, оскільки не усвідомлюють зв'язку між ним і практичним завданням.

Ще однією характерною проблемою є нерозуміння зразків. Самостійно вони не можуть ними користуватися, оскільки не усвідомлюють їхньої ролі і не встановлюють зв'язку між зразком і предметним матеріалом. Тільки за умови постійного нагадування та роз'яснення значення зразка з боку дорослого дитина починає його враховувати у своїй діяльності.

На відміну від дітей із затримкою психічного розвитку, розумово відсталі діти навіть при повторному виконанні аналогічного завдання демонструють ті ж труднощі та особливості діяльності. Якість виконання завдання, кількість помилок і потреба в зовнішній організації залишаються незмінними, що вказує на відсутність помітного прогресу та слабку здатність до навчання.

Таким чином, короткотривале експериментальне навчання не дає очікуваних результатів для дітей із розумовою відсталістю. Вони не узагальнюють отриманий досвід взаємодії з дорослим і не переносять набутих умінь у схожі ситуації. Засвоєння та застосування актуалізованих знань не відбувається. Проте це не означає, що розвиток таких дітей неможливий. Його досягнення потребує тривалої та систематичної роботи з використанням спеціальних методик, розроблених для допоміжних навчальних закладів [10, с. 65-67].

Далі розглянемо результати дослідження, спрямованого на визначення особистісних характеристик дітей із ДЦП за допомогою методики «Малюнок неіснуючої тварини». Ця методика використовувалася для аналізу особистісних особливостей дітей із церебральним паралічем. Участь у дослідженні взяли діти, які мають збережені інтелектуальні можливості, а також ті, у яких діагностовано затримку інтелектуального розвитку.

Водночас розумово відсталі діти не брали участі у цьому експерименті. Також дослідження не охоплювало дітей із вираженими порушеннями опорно-рухового апарату, зокрема зі спастичним тетрапарезом. Загалом вибірка включала вісім дітей, серед яких п'ятеро мали розумову відсталість із низьким рівнем побутової адаптації, а троє страждали на спастичний тетрапарез, що супроводжувався порушеннями рухової координації.

Аналіз результатів методики «Малюнок неіснуючої тварини» у дітей із ДЦП дозволяє зробити наступні висновки. У більшості випадків зображення тварини розташовується в центральній частині або ближче до верхнього краю паперу. Це може свідчити про наявність у дітей із ДЦП високої самооцінки, яка може бути компенсаторною або сформованою внаслідок надмірної уваги та турботи з боку батьків та оточення. Також це може відображати їхню внутрішню незадоволеність соціальним становищем та потребу у визнанні. Водночас спостерігається тенденція до самоствердження.

Більшість дітей зобразили голову вигаданої тварини у фронтальному положенні або повернутою вліво. Це може свідчити про їхню схильність до саморефлексії, егоцентризму, нерішучості, а також про труднощі у завершенні власних ініціатив. Крім того, такі діти можуть відчувати певну невпевненість у прийнятті рішень та схильність до уникнення активної діяльності.

Голова тварини у виконаних дітьми малюнках зазвичай має непропорційно великі розміри щодо решти тіла. Це вказує на значущість раціонального мислення та ерудиції як для самих дітей, так і у сприйнятті ними інших людей. Присутність у малюнках детально промальованих райдужок ока та вий може бути індикатором певних страхів та схильності до демонстративної поведінки. Окрім того, акцентування вух на малюнках свідчить про підвищену чутливість до інформації про себе та значущість зовнішньої оцінки у формуванні самооцінки.

У малюнках неіснуючих тварин, створених дітьми з ДЦП, рот часто акцентується, нерідко зображуються зуби. Така деталь традиційно

інтерпретується як прояв вербальної агресії, переважно захисного характеру, а також як свідчення певного рівня тривожності. Це вказує на можливе напружене емоційне тло, в якому перебувають діти, а також на їхню потребу у вираженні власних емоцій та захисті особистих кордонів.

Аналіз зображень кінцівок (лап, ніг тощо) у намальованих дітьми істот дозволяє зробити висновки щодо їхніх когнітивних та поведінкових особливостей. Форма, розмір і деталізація цих елементів свідчать про схильність дітей до обдумування своїх дій, раціонального підходу у прийнятті рішень, а також здатності контролювати власну поведінку та висловлювання. Крім того, спостерігається певна тенденція до конформності, що може бути наслідком соціальної адаптації в колективі або прагнення відповідати очікуванням оточуючих.

Ще одним важливим аспектом аналізу є дослідження додаткових деталей, які діти розміщують над рівнем основної фігури. Більшість учасників дослідження включають у свої малюнки декоративні елементи, що покращують загальну композицію. Така особливість може свідчити про їхню схильність до демонстративності, бажання зробити малюнок естетично привабливим, а також про певний рівень манірності. Це підтверджує вже отримані дані щодо особливостей самооцінки та комунікативної поведінки дітей з ДЦП.

Окремої уваги заслуговує спосіб зображення контурів фігур. Чітке промальовування меж істоти з використанням додаткових ліній або акцентування окремих частин тіла може вказувати на підвищений рівень тривожності та захисної агресії. Така особливість відображає прагнення дитини окреслити власні межі та підсвідомо захистити себе у соціальній взаємодії.

Загальний характер створених дітьми з ДЦП істот є важливим показником їхнього внутрішнього емоційного стану та ставлення до навколишнього середовища. Аналіз малюнків свідчить, що більшість із них мають нейтральну спрямованість, що дозволяє припустити: за умови

сприятливого соціального середовища та відповідного ставлення з боку дорослих, такі діти не сприймають себе ані як жертву, ані як загрозу для суспільства. Це підтверджує важливість психологічної підтримки та створення інклюзивного освітнього середовища.

Окрім загальної структури малюнків, важливим фактором є аналіз різноспрямованих елементів фігури та способу, у який діти називають створених істот. Дані показники відображають рівень усвідомлення власного "Я", особистісну самоідентифікацію та особливості сприйняття навколишнього світу. Наявність великої кількості деталей і продумана назва тварини можуть свідчити про раціонально-демонстративне ставлення дитини як до себе, так і до соціального оточення.

Таким чином, результати дослідження дозволяють зробити висновок про специфічні особистісні риси дітей із ДЦП, які потребують особливого підходу у спілкуванні та соціальній взаємодії. Це передбачає необхідність поваги, розуміння та підтримки з боку оточуючих. Крім того, важливим є проведення спеціальних заходів, спрямованих на особистісний розвиток таких дітей, що має включати психологічну корекцію, адаптаційні програми та педагогічний супровід.

Далі проаналізуємо результати дослідження самооцінки дітей із порушеннями опорно-рухового апарату, проведеного за методикою «Самооцінка дитини». Дана методика дозволила комплексно оцінити рівень самооцінки у різних сферах життя дитини, включаючи зовнішність, навчання, поведінку та спілкування з однолітками.

Таблиця 2.2. – Рівні самооцінки дітей із ДЦП за методикою «Самооцінка дитини»

<b>Сфера самооцінки</b>	<b>Високий, %</b>	<b>Середній, %</b>	<b>Низький, %</b>
<b>Зовнішність</b>	25	50	25
<b>Навчальні здібності</b>	20	60	20
<b>Поведінка</b>	30	55	15
<b>Соціальні взаємини</b>	15	60	25

<b>Фізичні/рухові навички</b>	10	45	45
<b>Загальний індекс самооцінки</b>	20	55	25

За результатами дослідження рівня самооцінки дітей із порушеннями опорно-рухового апарату було виявлено неоднорідність у сприйнятті власних можливостей за різними сферами. Аналіз окремих компонентів самооцінки дозволяє оцінити психологічний стан дітей і визначити напрямки корекційно-розвивальної роботи. У сфері зовнішності 25% дітей характеризуються високим рівнем самооцінки, що свідчить про позитивне сприйняття власного вигляду та впевненість у своїй зовнішній привабливості. Середній рівень самооцінки спостерігається у 50% дітей, що вказує на помірну впевненість, поєднану з частковими сумнівами у власній зовнішності. Низький рівень (25%) відображає негативне сприйняття себе, можливо, пов'язане з видимими фізичними обмеженнями або порівнянням із ровесниками. Такий розподіл свідчить про необхідність психологічного супроводу, спрямованого на формування позитивного образу себе та прийняття індивідуальних особливостей.

Високий рівень самооцінки у навчальній сфері відзначено у 20% дітей, середній – у 60%, низький – у 20%. Переважання середнього рівня свідчить про реалістичне оцінювання власних навчальних можливостей і здатність до засвоєння нових знань. Водночас наявність низького рівня у частини дітей вказує на труднощі у навчальній діяльності, які можуть бути пов'язані як із фізичними обмеженнями, так і з недостатньою підтримкою у процесі навчання. Рекомендовано впровадження диференційованих навчальних стратегій та підтримки когнітивного розвитку.

У сфері поведінки високий рівень самооцінки спостерігається у 30% дітей, середній – у 55%, низький – у 15%. Переважання середнього рівня свідчить про адекватне оцінювання власної поведінки та контроль емоцій, що є позитивним фактором соціальної адаптації. Низький рівень у окремих дітей може вказувати на труднощі у саморегуляції або невпевненість у спілкуванні

з дорослими та однолітками, що потребує уваги психолога у процесі індивідуальної роботи.

Високий рівень самооцінки у соціальних взаєминах спостерігається лише у 15% дітей, середній – у 60%, низький – у 25%. Такі показники демонструють, що більшість дітей відчуває помірну впевненість у взаємодії з ровесниками, водночас значна частина має труднощі у соціальній адаптації. Низький рівень соціальної самооцінки може бути зумовлений обмеженням рухливості та труднощами у комунікації, що підкреслює потребу в розвитку соціальних навичок через спеціальні корекційні програми та групові ігрові практики.

Найнижчі показники самооцінки спостерігаються у сфері фізичних та рухових навичок: високий рівень – 10%, середній – 45%, низький – 45%. Це свідчить про значні психологічні труднощі, пов'язані з обмеженнями в опорно-руховому апараті, низькою мобільністю та відчуттям неповноцінності у порівнянні з ровесниками. Такий розподіл підкреслює необхідність комплексної психокорекційної роботи, спрямованої на підвищення впевненості дітей у власних фізичних можливостях та адаптацію до реабілітаційних процесів.

Загальний індекс самооцінки дітей із ДЦП свідчить про переважання середнього рівня (55%) із тенденцією до зниження у фізичній та соціальній сферах. Результати дослідження демонструють, що специфічні фізичні обмеження суттєво впливають на самооцінку, особливо у сфері рухових навичок та соціальної адаптації. Для підвищення психологічного благополуччя дітей рекомендовано комплексне поєднання психологічної підтримки, корекційно-розвивальних вправ і стимулювання соціальної взаємодії, що сприятиме формуванню позитивного образу себе та розвитку особистісних компетенцій.

Оскільки психічний розвиток дитини старшого дошкільного віку значною мірою визначається впливом батьків, було прийнято рішення про проведення діагностики рівня цього впливу. З цією метою розроблено та

використано спеціальні анкети. Далі розглянемо отримані результати більш детально. Аналіз результатів анкетування батьків дітей із порушеннями опорно-рухового апарату. У рамках дослідження було проведено анкетування 25 батьків дітей із порушеннями опорно-рухового апарату. Серед респондентів 20 осіб (80%) становили жінки, а 5 осіб (20%) – чоловіки. Опитування було спрямоване на вивчення психологічних аспектів когнітивного та особистісного розвитку дітей у процесі реабілітації, а також на визначення впливу сімейного середовища на їхній розвиток.

Щодо рівня когнітивного розвитку дітей, то аналіз відповідей показав, що 64% батьків (16 осіб) відзначили у своїх дітей труднощі із засвоєнням нової інформації, зокрема з концентрацією уваги та запам'ятовуванням. Водночас 28% (7 осіб) вказали на нерівномірний когнітивний розвиток – дитина може легко засвоювати одні види інформації, але мати суттєві труднощі з іншими. Лише 8% респондентів (2 особи) зазначили, що їхня дитина демонструє стабільний рівень пізнавальної активності.

Щодо навчальної мотивації, 72% батьків (18 осіб) зазначили, що дитина потребує постійного зовнішнього стимулювання для виконання навчальних завдань, тоді як 20% (5 осіб) вказали на помірну мотивацію. Лише 8% (2 особи) охарактеризували своїх дітей як самостійно вмотивованих до навчання.

Результати анкетування вказують на переважання емоційної нестабільності серед дітей: 60% батьків (15 осіб) відзначили у своїх дітей прояви тривожності, невпевненості у власних силах, страху перед новими ситуаціями. 32% (8 осіб) повідомили про схильність дітей до замкненості, соціальної ізоляції, небажання взаємодіяти з однолітками. Лише 8% (2 особи) зазначили, що їхня дитина проявляє емоційну врівноваженість.

Особливу увагу привертає рівень самооцінки дітей. 68% респондентів (17 осіб) повідомили, що їхня дитина має занижену самооцінку, що часто проявляється у невпевненості під час виконання завдань, страху зробити помилку або отримати негативну оцінку від оточення. 24% батьків (6 осіб)

вказали на нестабільний рівень самооцінки, що залежить від обставин. Лише 8% (2 особи) зазначили, що їхня дитина має адекватну та позитивну самооцінку.

Важливим аспектом дослідження було вивчення сімейного впливу на розвиток дітей. 88% опитаних батьків (22 особи) визнали, що їхня дитина значною мірою залежить від їхньої підтримки як у навчальній діяльності, так і в соціальній адаптації. 56% батьків (14 осіб) зазначили, що часто відчують труднощі у вихованні дитини через її емоційну вразливість та труднощі у комунікації.

Щодо взаємодії з фахівцями реабілітаційних центрів, 76% респондентів (19 осіб) відзначили важливість участі психологів та педагогів у розвитку їхніх дітей. Водночас 24% (6 осіб) вказали, що реабілітаційна допомога не завжди відповідає індивідуальним потребам дитини.

Отже, варто зазначити, що результати анкетування підтвердили наявність у дітей із порушеннями опорно-рухового апарату виражених труднощів у когнітивній діяльності, емоційній сфері та соціальній адаптації. Більшість дітей мають нестійку самооцінку, високий рівень тривожності та потребують значної підтримки з боку дорослих у навчальній та соціальній діяльності.

Важливим чинником, що впливає на розвиток дитини, є сімейне середовище. Батьки визнають свою ключову роль у підтримці дітей, проте значна частина респондентів відчуває труднощі у вихованні та соціальній адаптації дитини. Висока потреба у фаховій допомозі психологів та педагогів свідчить про необхідність розробки комплексних програм супроводу та індивідуалізованих підходів до реабілітації.

Отримані дані вказують на необхідність подальших досліджень та розробки ефективних методик психологічної підтримки дітей із порушеннями опорно-рухового апарату, а також залучення батьків до процесу корекційно-реабілітаційної роботи.

Аналіз результатів анкетування фахівців, які працюють із дітьми із порушеннями опорно-рухового апарату. У межах проведеного дослідження було здійснено анкетування фахівців, які працюють із дітьми із порушеннями опорно-рухового апарату в процесі їхньої реабілітації. Загальна кількість респондентів склала 8 осіб, серед яких: 3 реабілітологи, 2 психологи, 2 дефектологи та 1 логопед. Враховуючи різний фаховий профіль опитаних, отримані результати дозволяють оцінити специфіку розвитку дітей із порушеннями ОРА з міждисциплінарної перспективи.

Оцінка когнітивного розвитку дітей із порушеннями опорно-рухового апарату. Аналіз відповідей фахівців засвідчив наявність у дітей із порушеннями ОРА ряду специфічних когнітивних труднощів. Зокрема, 87,5% респондентів (7 із 8 осіб) зазначили, що характерною особливістю когнітивного розвитку цієї категорії дітей є низька концентрація уваги та труднощі із засвоєнням нової інформації. Водночас, 62,5% фахівців (5 осіб) вказали на затримку мовленнєвого розвитку, що ускладнює процес комунікації та соціалізації.

Важливо відзначити, що 75% опитаних (6 осіб) підкреслили труднощі дітей із аналізом та узагальненням інформації, що свідчить про повільність когнітивних процесів та може ускладнювати їхню навчальну діяльність. Крім того, 50% респондентів (4 особи) наголосили на низькому рівні навчальної мотивації, що проявляється у швидкій втраті інтересу до завдань та нестабільності пізнавальної активності. Ці результати вказують на необхідність розробки адаптованих освітніх стратегій, спрямованих на стимулювання когнітивного розвитку дітей із порушеннями ОРА.

Особистісний розвиток та соціальна адаптація. Окрім когнітивних труднощів, діти із порушеннями опорно-рухового апарату мають специфічні особистісні особливості, що впливають на їхню соціалізацію. Так, 75% респондентів (6 осіб) наголосили на високому рівні тривожності, який проявляється під час виконання нових завдань або взаємодії з незнайомими

людьми. Це свідчить про необхідність роботи з емоційною сферою дітей, спрямованої на зниження їхнього рівня тривожності.

Крім того, 62,5% фахівців (5 осіб) відзначили низький рівень впевненості у собі та надмірну залежність дітей від дорослих у прийнятті рішень. Це може бути наслідком як їхніх фізичних обмежень, так і особливостей соціального оточення, зокрема гіперопіки з боку батьків. Водночас 50% опитаних (4 особи) підкреслили наявність труднощів у налагодженні контактів з однолітками, що додатково ускладнює процес соціалізації.

Окрему увагу слід звернути на емоційно-поведінкові особливості дітей: 37,5% фахівців (3 особи) повідомили про випадки імпульсивної поведінки та агресивних реакцій. Це може бути зумовлено як емоційним напруженням, так і недостатньою здатністю до регуляції власного емоційного стану. Враховуючи ці аспекти, важливим напрямом роботи з дітьми є розвиток навичок емоційної регуляції та соціальної взаємодії.

Особливості реабілітаційної та педагогічної роботи. Відповіді фахівців також дозволили оцінити ефективність різних підходів у реабілітаційній та педагогічній роботі з дітьми із порушеннями ОРА. 87,5% респондентів (7 осіб) наголосили на значущості комплексного підходу, що поєднує фізичну, психологічну та педагогічну складові реабілітаційного процесу. Це підтверджує необхідність тісної співпраці між різними фахівцями для забезпечення всебічного розвитку дітей.

Крім того, 62,5% опитаних (5 осіб) вважають, що ефективність навчального процесу залежить від варіювання методів навчання, оскільки одноманітні завдання швидко знижують рівень мотивації дітей. 75% фахівців (6 осіб) підкреслюють важливість індивідуалізації реабілітаційних програм, що дає змогу враховувати унікальні потреби кожної дитини та розробляти адаптивні освітні стратегії.

Водночас 50% респондентів (4 особи) відзначили, що діти мають обмежену здатність до самостійного прийняття рішень, що потребує

додаткової роботи над розвитком їхньої автономності. Це ще раз підтверджує важливість не лише реабілітаційних заходів, спрямованих на фізичний розвиток дітей, але й педагогічних стратегій, що сприяють їхньому особистісному становленню.

Взаємодія з батьками як фактор ефективності реабілітації. Окремий блок питань анкети був присвячений аналізу взаємодії фахівців із батьками дітей. Результати показали, що 75% фахівців (6 осіб) вважають активну участь батьків у реабілітаційному процесі фактором, що позитивно впливає на динаміку розвитку дітей. Водночас 37,5% опитаних (3 особи) вказали, що частина батьків демонструє низький рівень залученості, що може уповільнювати прогрес у розвитку дитини.

Окрім цього, 62,5% респондентів (5 осіб) наголосили на необхідності психологічної підтримки батьків, оскільки вони часто стикаються з емоційним вигоранням та відчуттям провини. Це вказує на важливість роботи не лише з дитиною, а й з її сім'єю для створення оптимального соціально-психологічного середовища.

Отже, результати анкетування засвідчують наявність у дітей із порушеннями ОРА специфічних труднощів у когнітивному розвитку, соціальній взаємодії та особистісному становленні.

### **2.3 Програма психологічного супроводу та когнітивного розвитку дітей із порушеннями опорно-рухового апарату в процесі реабілітації**

Порушення опорно-рухового апарату (ОРА) у дітей супроводжуються не лише фізичними обмеженнями, а й специфічними труднощами у когнітивному та особистісному розвитку. Такі діти часто стикаються з проблемами в емоційно-вольовій сфері, соціальній адаптації, комунікації та навчанні. Їхній психологічний стан значною мірою визначається рівнем підтримки з боку батьків, педагогів та реабілітологів.

Сучасні дослідження свідчать, що ефективна психологічна підтримка в процесі реабілітації значно покращує не лише рухові, а й когнітивні та соціально-емоційні навички дітей з порушеннями ОРА. Враховуючи це, виникає потреба у створенні комплексної програми, яка сприятиме всебічному розвитку таких дітей, забезпечуючи їхню гармонійну інтеграцію у соціум.

Мета програми: забезпечення психологічного супроводу дітей із порушеннями ОРА з метою розвитку їхніх когнітивних процесів, особистісних якостей, емоційної регуляції та соціальних навичок у процесі реабілітації.

Завдання програми: формування та розвиток когнітивних процесів (увага, пам'ять, мислення, мовлення); сприяння емоційно-особистісному розвитку (підвищення самооцінки, розвиток емоційної стійкості, зниження тривожності); розвиток соціальних та комунікативних навичок (налагодження взаємодії з однолітками, зниження захисної агресії); надання психологічної підтримки батькам та фахівцям (консультування щодо ефективних методів супроводу та реабілітації).

Розвиток когнітивних та особистісних характеристик дітей із порушеннями опорно-рухового апарату у процесі реабілітації ґрунтується на сучасних наукових концепціях, які пояснюють механізми формування мислення, соціальної взаємодії, емоційної регуляції та особистісного становлення.

Однією з ключових концепцій, що лежить в основі програми, є *теорія соціального навчання* (А. Бандура), яка підкреслює важливість наслідування, спостереження за поведінкою значущих осіб і соціальної взаємодії у процесі розвитку дитини. У дітей із порушеннями ОРА обмежена можливість активної фізичної діяльності може впливати на їхню здатність взаємодіяти із соціальним оточенням, що ускладнює процес соціалізації. Водночас корекційно-розвивальні програми, які акцентують увагу на моделюванні

позитивних соціальних сценаріїв, сприяють формуванню адаптивних поведінкових стратегій у таких дітей.

Важливим теоретичним підґрунтям програми є *концепція когнітивного розвитку* Ж. Піаже, яка описує стадії формування мислення у дітей. У контексті реабілітації дітей із порушеннями ОРА особливу увагу слід приділяти розвитку операційного мислення, що можливе завдяки залученню до інтерактивних форм навчання та стимулюванню когнітивної активності. Водночас теорія культурно-історичного розвитку Л. Виготського підкреслює значення соціального середовища та спільної діяльності у становленні психічних функцій дитини. У процесі реабілітації дітей із порушеннями ОРА важливо використовувати методи навчання, які базуються на принципах спільної діяльності, що сприяє розвитку мовлення, уваги, пам'яті та мислення.

Дослідження механізмів емоційної регуляції ґрунтується на теорії емоційної регуляції Д. Гросса, яка пояснює, яким чином діти керують своїми емоціями та адаптуються до середовища. Діти із порушеннями ОРА часто мають підвищений рівень тривожності та схильність до захисної агресії через усвідомлення власних фізичних обмежень та соціальних бар'єрів. Формування адаптивних механізмів емоційної саморегуляції можливе завдяки цілеспрямованій психолого-педагогічній роботі, яка включає елементи арт-терапії, тілесно-орієнтованих технік, казкотерапії та когнітивно-поведінкової терапії.

Розвиток особистісних характеристик дітей із порушеннями ОРА також розглядається через призму *концепції інклюзивної освіти* (С. Ліндсе, М. Лоренцен), яка наголошує на необхідності створення адаптованого освітнього середовища, що враховує індивідуальні потреби дитини. Інклюзивні підходи дозволяють не лише покращити рівень когнітивного розвитку, а й сприяють формуванню позитивної самооцінки та соціальної компетентності дітей з обмеженими можливостями.

Таким чином, науково-теоретична основа програми ґрунтується на інтеграції підходів когнітивного, соціального та емоційного розвитку, що дозволяє комплексно впливати на формування особистості дитини, сприяти її соціальній адаптації та покращенню когнітивних функцій у процесі реабілітації.

Запропонована програма реабілітації дітей із порушеннями опорно-рухового апарату базується на комплексному підході, який передбачає використання методів, спрямованих на когнітивний, емоційний та особистісний розвиток, а також соціальну адаптацію дитини. Обґрунтування ефективності застосованих підходів ґрунтується на аналізі їхньої відповідності віковим і психологічним особливостям дітей із руховими порушеннями, а також на результатах емпіричного дослідження.

Методи стимуляції когнітивного розвитку, що використовуються у програмі, включають ігрову терапію, сенсорну стимуляцію та мнемотехніку. Ігрова терапія є ефективним засобом розвитку мислення, пам'яті та уваги, оскільки активізує пізнавальну діяльність у природній для дитини формі. Адаптація ігор з урахуванням фізичних можливостей дітей дозволяє максимально залучити їх до процесу навчання та розвитку. Сенсорна стимуляція є важливим інструментом розширення сенсорного досвіду дитини, що часто обмежений через рухові порушення. Використання методів мнемотехніки сприяє покращенню процесів запам'ятовування та асоціативного мислення, що є особливо важливим у контексті когнітивного розвитку.

У напрямку особистісного розвитку та соціальної адаптації програма передбачає застосування арт-терапії, казкотерапії та психодраматичних технік. Арт-терапія сприяє самовираженню та зниженню рівня емоційної напруги у дітей, які мають труднощі з вербалізацією власних переживань. Казкотерапія використовується як засіб моделювання соціально прийнятних поведінкових патернів і формування емпатії. Використання психодраматичних технік дозволяє дитині проживати різні соціальні ситуації

у безпечному терапевтичному просторі, що сприяє розвитку впевненості в собі та зниженню тривожності.

Методи поведінкової корекції, такі як когнітивно-поведінкова терапія та метод позитивного підкріплення, відіграють важливу роль у формуванні адаптивних стратегій поведінки. Когнітивно-поведінкова терапія допомагає дітям усвідомлювати свої емоції та вчитися керувати ними, що сприяє зниженню рівня тривожності та агресивності. Метод позитивного підкріплення формує мотивацію до навчання та соціальної активності завдяки використанню заохочень, що, у свою чергу, сприяє розвитку впевненості у власних силах.

Окрему роль у програмі відіграють тілесно-орієнтовані методи, зокрема кінезіотерапія та релаксаційні техніки. Кінезіотерапія, яка поєднує фізичні вправи з когнітивними завданнями, сприяє покращенню координації рухів, просторового мислення та загальної фізичної активності дітей. Релаксаційні техніки, включаючи дихальні вправи та методи м'язового розслаблення, спрямовані на зниження рівня стресу, що є особливо важливим для дітей із високим рівнем емоційної напруги.

Форми роботи у програмі передбачають індивідуальну та групову діяльність, а також активне залучення сім'ї та педагогів до реабілітаційного процесу. Індивідуальна робота дозволяє враховувати особливі потреби кожної дитини, що є важливим для досягнення максимальних результатів у корекційній роботі. Групова діяльність, зокрема соціально-ігрові методики, сприяє розвитку комунікативних навичок та формуванню позитивного досвіду соціальної взаємодії.

Особливу увагу у програмі приділено сімейному консультуванню та роботі з батьками, оскільки психологічний клімат у сім'ї значною мірою впливає на емоційний стан та особистісний розвиток дитини. Проведення тренінгів, груп підтримки та індивідуальних консультацій для батьків сприяє підвищенню рівня їхньої психологічної обізнаності та навичок ефективної взаємодії з дитиною.

Важливою складовою програми є інклюзивне навчання та адаптація дітей до загальноосвітнього середовища. Використання технологічних засобів, адаптаційних методик викладання та спеціальних освітніх програм сприяє підвищенню доступності навчального процесу для дітей із порушеннями опорно-рухового апарату.

Таким чином, аналіз застосованих у програмі методів та форм роботи підтверджує їх комплексний та системний характер, що дозволяє забезпечити всебічний розвиток дітей із порушеннями опорно-рухового апарату. Поєднання когнітивних, емоційно-регуляторних, поведінкових та фізичних підходів сприяє ефективній реабілітації та соціальній адаптації дітей. Включення сім'ї до процесу розвитку дитини, а також створення сприятливого освітнього середовища значно підвищує ефективність корекційної роботи, що підтверджується емпіричними результатами. Програма є ефективною у контексті особистісного та когнітивного розвитку дітей із порушеннями опорно-рухового апарату та сприяє їхній інтеграції у суспільство.

Таблиця 2.3 – Тематичний план програми психологічного супроводу та когнітивного розвитку дітей із порушеннями опорно-рухового апарату в процесі реабілітації

№	Тема заняття	Основний зміст	Методи та форми роботи
<b>Модуль 1. Розвиток когнітивних процесів</b>	Дослідження та стимуляція пізнавальних процесів	Діагностика рівня уваги, пам'яті, мислення, мовлення. Ознайомлення з методами їх розвитку	Індивідуальні та групові ігрові вправи, психодіагностичні методики
	Розвиток уваги та пам'яті	Вправи на концентрацію уваги, розвиток короткочасної та довготривалої пам'яті	Ігрові методики, використання мнемотехнік
	Розвиток мислення та мовлення	Формування логічного мислення, збагачення словникового запасу	Завдання на аналогії, асоціації, розвиток зв'язного мовлення
<b>Модуль 2. Емоційно-особистісний розвиток</b>	Робота з самооцінкою	Формування позитивного образу «Я», зменшення почуття невпевненості	Арт-терапія, рольові ігри, проєктивні методики

	Регуляція емоційного стану	Навчання методів саморегуляції, зниження тривожності	Дихальні вправи, техніки релаксації, музикотерапія
	Подолання страхів і тривожності	Аналіз причин страхів, розвиток адаптивних стратегій поведінки	Казкотерапія, психодрама, тілесно-орієнтовані практики
<b>Модуль 3. Розвиток соціальних та комунікативних навичок</b>	Формування навичок взаємодії з однолітками	Навчання ефективного спілкування, розвиток емпатії	Соціально-ігровий тренінг, групові дискусії
	Зниження захисної агресії	Пошук альтернативних способів вираження емоцій	Поведінкові техніки, моделювання ситуацій
	Вирішення конфліктів	Формування навичок мирного вирішення суперечок	Тренінг комунікативних навичок, кооперативні ігри
<b>Модуль 4. Психологічна підтримка батьків та фахівців</b>	Консультування батьків щодо особливостей розвитку дитини	Ознайомлення з прийомами підтримки дитини, особливості комунікації	Лекції, індивідуальні консультації, психопросвітницькі тренінги
	Емоційна підтримка фахівців	Запобігання професійному вигоранню, навчання ефективним методам взаємодії	Супервізії, групові дискусії, техніки саморегуляції
	Підсумкове заняття	Оцінка змін у дітей, аналіз ефективності програми	Анкетування, рефлексія, обговорення

Програма передбачає комплексний підхід, що охоплює когнітивний, емоційно-особистісний та соціальний розвиток дітей із порушеннями опорно-рухового апарату, а також підтримку їхніх батьків та фахівців, які працюють із ними.

### **Висновки до розділу.**

За результатами емпіричного дослідження встановлено, що когнітивний та особистісний розвиток дітей із порушеннями опорно-рухового апарату має неоднорідний і дисгармонійний характер. За відсутності органічних уражень мозку інтелектуальний рівень у більшості дітей може відповідати віковій нормі, проте виявлено відставання у

формуванні просторових уявлень, уваги, пам'яті та зорово-моторної координації, що зумовлено обмеженням сенсомоторного досвіду. Особистісна сфера характеризується підвищеною тривожністю, заниженою самооцінкою, труднощами у формуванні впевненості та самостійності, що пов'язано з руховими обмеженнями та дефіцитом позитивного соціального досвіду. Водночас підтверджено, що сімейна підтримка та інклюзивне освітнє середовище сприяють підвищенню рівня соціалізації, розвитку адаптивних механізмів та формуванню позитивної Я-концепції. Розроблена програма психологічного супроводу спрямована на стимулювання когнітивних процесів, зниженні рівня тривожності, підвищенні самооцінки та формуванні навичок самостійності. Рекомендовано її впровадження у практику реабілітаційних центрів та закладів інклюзивної освіти і доводить можливість корекції когнітивних і особистісних порушень за умови комплексного психологічного впливу та міждисциплінарної реабілітації.

## ВИСНОВКИ

1. У процесі теоретичного аналізу наукових джерел з'ясовано, що проблема когнітивного та особистісного розвитку дітей із порушеннями опорно-рухового апарату (ОРА) є міждисциплінарною та охоплює медико-біологічні, психолого-педагогічні й соціально-реабілітаційні аспекти. Визначено, що фізичні обмеження дитини виступають не лише чинником зниження рівня рухової активності, але й опосередковано впливають на становлення сенсомоторного досвіду, формування пізнавальних процесів, емоційно-вольової регуляції та соціальної ідентичності.

На основі аналізу концепцій Л. Виготського, А. Лурії, Л. Божович, Д. Ельконіна, С. Рубінштейна та сучасних досліджень з нейропсихології розвитку встановлено, що у дітей із порушеннями ОРА когнітивна сфера формується за загальними закономірностями психічного розвитку, однак характеризується уповільненістю темпу, нерівномірністю формування окремих пізнавальних функцій та підвищеною залежністю від соціально-емоційного середовища.

Фізичні обмеження, знижена рухова активність та обмежений сенсорний досвід зумовлюють специфіку сприймання, пам'яті, уваги та мислення. Це, своєю чергою, впливає на становлення образу «Я», самооцінку, розвиток емоційної стабільності й соціальної впевненості. Особливу роль у цьому процесі відіграє система підтримки – сімейне середовище, педагогічна взаємодія та реабілітаційний супровід, які створюють умови для компенсації обмежень і формування позитивного особистісного розвитку.

Отже, узагальнення теоретичних підходів дозволило визначити, що когнітивний та особистісний розвиток дітей із порушеннями опорно-рухового апарату має системний характер, детермінується поєднанням біологічних та соціально-психологічних чинників і потребує комплексного підходу до психокорекції та реабілітації.

2. Визначено, що ефективна реабілітація дітей із порушеннями опорно-рухового апарату передбачає інтеграцію медичних, психологічних і педагогічних підходів. Її психологічний аспект полягає у відновленні цілісності особистості, розвитку когнітивних функцій, саморегуляції та формуванні позитивного образу «Я».

До провідних умов ефективної реабілітації належать: емоційно безпечне середовище, індивідуалізація психокорекційного впливу, залучення сім'ї та міждисциплінарна взаємодія фахівців. Психологічна підтримка забезпечує зниження тривожності, підвищення самооцінки та розвиток соціальної адаптації, що підсилює загальну результативність реабілітаційного процесу.

3. У процесі емпіричного дослідження виявлено специфіку когнітивного та особистісного розвитку дітей із порушеннями опорно-рухового апарату. Результати за методикою Н. Стадненко – Т. Ілляшенко засвідчили нерівномірність розвитку пізнавальних процесів, зокрема зниження рівня довільної уваги та вербально-логічного мислення при відносно збереженій наочно-образній діяльності.

Дані методики С. Хартер (1985) виявили тенденцію до заниженої самооцінки в сферах навчальної успішності та спілкування з однолітками, що поєднується з емоційною вразливістю й підвищеною залежністю від соціальної підтримки. За результатами проєктивної методики «Малюнок неіснуючої тварини» простежено риси невпевненості, внутрішньої напруги та прагнення до самоприйняття.

Отримані результати підтверджують взаємозалежність когнітивного та особистісного розвитку в умовах фізичних обмежень і підкреслюють необхідність системної психологічної підтримки в реабілітаційному процесі.

4. Розроблено програму психологічного супроводу, спрямовану на стимулювання когнітивного розвитку, формування позитивної самооцінки та підвищення емоційної стабільності дітей із порушеннями опорно-рухового

апарату. Програма базується на принципах індивідуалізації, діяльнісного підходу та розвитку компенсаторних механізмів.

Основними компонентами виступають: розвиток пізнавальних процесів через ігрово-дидактичні вправи, тренування емоційно-вольової регуляції, формування навичок самоприйняття й соціальної взаємодії. Програма орієнтована на комплексну взаємодію психолога, педагога, реабілітолога та сім'ї, що забезпечує її адаптивний і реабілітаційний потенціал.

## ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. Алєєва Н. М. Діти з порушенням зору в умовах інклюзивної освіти : навч.-метод. посіб. / Н. М. Алєєва, Ю. В. Барінов та ін. Київ : Кафедра, 2016. – 212 с.
2. Безоплатна правова допомога (Шрифтом Брайля) / Нац. Асамблея людей з інвалідністю України. Київ. <https://naiu.org.ua/>
3. Вержиховська О. М. Спеціальна методика виховання дітей з тяжкими порушеннями мовлення : навч.-метод. посіб. / О. М. Вержиховська, Н. М. Гончарук, Л. І. Рудзевич. 2-ге вид., перероб. і доп. Кам'янець-Подільський : Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2017. 272 с.
4. Вержиховська О. М., Рудзевич І. Л. Теорія і методика виховання дітей в спеціальній школі : навчально-методичний посібник / О. М. Вержиховська, Л. І. Рудзевич. 2-ге вид., перероб. і доп. Кам'янець-Подільський : Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2016. 292 с.
5. Веркейк Д. Знову в дорогу : посібник з догляду за спинальними хворими / за ред. Д. Веркейка ; Мін. охорони здоров'я Нової Зеландії. Київ : Рось, 2010. 100 с.
6. Волгіна О. М. Соціальний супровід людей з інвалідністю на робочому місці : посібник / О. М. Волгіна, О. Л. Іванова ; ПРООН в Україні, Спільна Програма «Сприяння інтеграційній політиці та послугам для людей з інвалідністю в Україні». Київ : Ваіте, 2018. 36 с.
7. Гендерний аудит доступності : методичні рекомендації / Л. Ю. Байда, Я. В. Грибальський ; Нац. Асамблея людей з інвалідністю України. Київ, 2018. (травень). 72 с.
8. Гендерний аудит доступності в місті Краматорськ Донецької області / ООН Жінки в Україні ; Нац. Асамблея людей з інвалідністю України. Київ, 2017. 10 с.

9. Гладуш В. А. Удосконалення підготовки корекційного педагога в умовах університетської освіти : монографія / В. А. Гладуш, З. П. Бондаренко, Н. В. Зимівець та ін. Дніпропетровськ : Акцент ПП, 2015. 324 с.

10. Гудим І. М. Дидактичне забезпечення та організація уроків математики в початковій школі для сліпих дітей : навч.-метод. посіб. / І. М. Гудим. Чернівці : Букрек, 2017. 88 с.

11. Державна соціальна програма забезпечення рівних прав можливостей жінок і чоловіків на період до 2021 року / Кабінет Міністрів України. Київ, 2018. 30 с.

12. Дефектолог : газета / гол. ред. О. Калюжна. 2017. № 11 (131), листопад.

13. Дитина з особливими потребами: Інклюзивна освіта. Дефектологія. Корекційна педагогіка : журнал / гол. ред. В. Андрєєва. 2018.

14. Діти з особливими освітніми потребами у загальноосвітньому просторі / навчально-методичний посібник /авт.: Н. Ярмола, Л. Коваль-Бардаш, Н. Компанець, Н. Квітка, А. Лапін. К.: ІСПП імені Миколи Ярмаченка НАПН України, 2020. 208 с.

15. Дмитрієва О. І. Комплексний підхід до процесу реабілітації дітей з особливими освітніми потребами у сучасному навчальному закладі. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені МП Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*, 2017, 34: 10-15.

16. Діти з особливими освітніми потребами у загальноосвітньому просторі / навчально-методичний посібник /авт.: Н. Ярмола, Л. Коваль-Бардаш, Н. Компанець, Н. Квітка, А. Лапін К.: ІСПП імені Миколи Ярмаченка НАПН України, 2020. 208 с.

17. Дітям про Конвенцію ООН : про права людей з інвалідністю / Агенство ООН у справах біжінців ; Нац. Асамблея людей з інвалідністю України. Київ, 2017. 10 с.

18. Доступність є важливою? Чому / Нац. Асамблея людей з інвалідністю України. Київ, 2012. 22 с.

19. Доступність та універсальний дизайн : навчально-методичний посібник / В. О. Азін, Л. Ю. Байда, Я. В. Грибальський ; Нац. Асамблея людей з інвалідністю України ; Канадсько-український проект «Інклюзивна освіта для дітей з особливими потребами в Україні». Київ, 2013. 128 с.

20. Ільїна О. В. *Формування психологічної готовності майбутніх ортопедагогів-реабілітологів до професійної діяльності*. 2019. PhD Thesis. Київ. Драгоманова. 2019. 274 с. URL: [https://npu.edu.ua/images/file/vidil\\_aspirant/dicer/%D0%94\\_26.053.23/Ilina.pdf](https://npu.edu.ua/images/file/vidil_aspirant/dicer/%D0%94_26.053.23/Ilina.pdf).

21. Інвалідність і здоров'я: як покращити послуги для жінок з інвалідністю в сфері охорони здоров'я: практичний посібник. / за ред. О. Красюкової-Еннс ; Корпорація Інститут досліджень та тренінгів. Київ, 2016. – 64 с.

22. Інвалідність та суспільство : навч.-метод. посібник / кол. авторів: Л. Ю. Байда, О. В. Красюкова-Еннс, С. Ю. Буров [та ін.] ; Канадсько-український проект «Інклюзивна освіта для дітей з особливими потребами в Україні» ; Нац. Асамблея людей з інвалідністю України. Київ, 2012. 216 с.

23. Кобильченко В.В., Омельченко І.М. Спеціальна психологія : підручник. Київ : ВЦ «Академія», 2020. 224 с.

24. Колупаєва А. А. Навчання дітей з особливими освітніми потребами в інклюзив-ному середовищі : навч.-метод. посіб. / А. А. Колупаєва, О. М. Таранченко. Харків : Вид-во «Ранок», 2019. 304 с.

25. Компанець Н. М. Організаційно-методичний супровід дитини з особливими освітніми потребами в умовах ДНЗ : навч.-метод. посіб. / Н. М. Компанець, І. В. Луценко, Л. В. Коваль. Київ : Видавнича група «Атопол», 2018. 100 с.

26. Корекційна психопедагогіка (Олігофренопедагогіка) : навчально-методичний посібник / укл. О.В. Гаяш. Ужгород, ДВНЗ «Ужгородський національний університет», 2021. 255 с.

27. Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю / Нац. Асамблея людей з інвалідністю України. Київ, 2017. 64 с.

28. Кривошлик Ю. Сучасні методи фізичної реабілітації дітей дошкільного віку, хворих на церебральний параліч: версії, теорії, суперечки (огляд літератури) / Ю. Кривошлик // *Слобожанський науково-спортивний вісник*. 2013. № 2. С. 157-163. - Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/snsv\\_2013\\_2\\_34](http://nbuv.gov.ua/UJRN/snsv_2013_2_34).

29. Мартиненко І. В. Особливості комунікативної діяльності дітей старшого дошкільного віку з системними порушеннями мовлення : монографія / І. В. Мартиненко. Київ : ДІА, 2016. 308 с.

30. Миронова С. П. Корекційна психопедагогіка. Олігофренопедагогіка : підручник / С. П. Миронова. Кам'янець-Подільський : Кам'янець-Подільський нац. ун-т імені Івана Огієнка, 2015. 312 с.

31. Миронова С. П. Педагогіка інклюзивної освіти : навчально-методичний посібник / С. П. Миронова ; Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка. Кам'янець-Подільський, 2016. – 164 с.

32. Нагорна О. Б. Особливості корекційно-виховної роботи з дітьми з особливими освітніми потребами : навчально-методичний посібник / О. Б. Нагорна ; НАПН України, ДВНЗ «Ун-т менедж. освіти». Київ, 2013. 140 с.

33. Нікого не залишити осторонь. Аналіз вразливості жінок та чоловіків в контексті децентралізації на територіях України, що постраждали від конфлікту : звіт (жовт. 2016 р. квіт. 2017 р.) / ООН Жінки в Україні. Київ, 2017. 70 с.

34. Нічого для нас без нас : poradnik для громадських організацій людей з інвалідністю / Нац. Асамблея людей з інвалідністю України. Київ, 2016. 60 с.

35. Нічого для нас без нас : посібник з інклюзивного прийняття рішень для громадських організацій людей з інвалідністю / упоряд.: В. О. Азін, Л. Ю. Байда, П. М. Ждан, [та ін.]; Нац. Асамблея людей з інвалідністю України ; Британська Рада. Київ, 2015. 98 с.

36. Нічого для нас без нас : посібник інклюзивного прийняття рішень для державних органів / упоряд.: В. О. Азін, Л. Ю. Байда, П. М. Ждан, [та ін.]; Нац. Асамблея людей з інвалідністю України ; Британська Рада. Київ, 2015. 102 с.

37. Новосьолова С. Ю.. Когнітивне мислення у людей, які мають проблеми з опорно-руховим апаратом: соціально-психологічний аспект. *Вісник Національного технічного університету «ХПІ»*. Серія: *Актуальні проблеми розвитку українського суспільства*, 2023, 2: 97-102.

38. Організаційно-методичні засади діяльності інклюзивно-ресурсних центрів : навчально-методичний посібник / за заг. ред. М. А. Порошенко [та ін.]; Всеукр. благод. організація «Благодійний фонд Порошенка». Київ, 2018. 252 с.

39. Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови : зб. наук. праць / за ред. В. В. Засенка, А. А. Колупаєвої. Київ, 2017. вип. 12. 184 с.

40. Основи діагностичної діяльності корекційного педагога в роботі з дітьми з комплексними порушеннями розвитку. : метод. реком. / Чеботарьова О. В., Гладченко І. В., Ярмола Н. А. - К.: ІСПП імені Миколи Ярмаченка НАПН України, 2019. 46 с

41. Особлива дитина: навчання і виховання : науковий, навчальний, інформаційний журнал / гол. ред. В. В. Засенко ; Інститут спеціальної педагогіки НАПН України. 2014. № 4 (72), (жовт.-листоп.-груд.). 111 с.

42. Оцінка ситуації щодо забезпечення доступу осіб з інвалідністю до виборчих та політичних процесів в Україні / Нац. Асамблея людей з інвалідністю України. Київ, 2015. 88 с.

43. Підтримай себе – підтримай дитину: путівник для батьків дітей з особливими потребами / Методичні матеріали / Авторський колектив

проекту «Інклюзивна освіта: крок за кроком», К.: ТОВ «Видавничий дім «Плеяди», 2015. 34 с.

44. Піронкова О. Ф. Технології стигматизації та інклюзія як альтернативні соціальні практики взаємодії з психічнохворими в сучасному суспільстві : монографія / О. Ф. Піронкова. Харків : Око, 2016. 400 с.

45. Потягусі, мій маленький : poradnik для виховання дітей з порушенням зору. Інститут раннього втручання ; Нац. Асамблея людей з інвалідністю України. Київ. 27 с.

46. Права людей з інвалідністю в умовах збройного конфлікту на сході України : аналітичний звіт, наук. видання / Л. Байда, П. Ждан, Б. Мойса ; заг. ред. А. Бущенко ; Українська Гельсінська спілка з прав людини. Київ, 2016. 126 с.

47. Права людини: знати, щоб захищати. Що треба знати про захист прав дітей з інвалідністю: методичний посібник / Під заг. ред. Софій Н. З., К.: ТОВ «Видавничий дім «Плеяди», 2015. 52 с.

48. Практичні поради жінкам з травмою хребта: медичні заклади. / за ред. Л. Ю. Байди, У. О. Пчолкіної ; Корпорація Інститут досліджень та тренінгів. Київ, 2016. 56 с.

49. Працевлаштування та зайнятість людей з інвалідністю : довідник для роботодавців / упоряд.: Т. В. Семигіна, О. Л. Іванова ; Програма розвитку ООН, 2010. Київ, 2010. 140 с.

50. Прикладна корекційна психопедагогіка: олігофренопедагогіка : навчальний посібник / за ред. О. В. Гаврилова, В. О. Липи. Кам'янець-Подільський : ТОВ «Друк-Мервіс», 2014. 592 с.

51. Програми з корекційно-розвиткової роботи для підготовчих, 1-4 класів спеціальних загальноосвітніх навчальних закладів для дітей з тяжкими порушеннями мовлення: «Корекція мовлення», «Корекція розвитку» / за ред. Е. А. Данілавичюте, А. А. Колупасової, Л. І. Трофименко, Ю. В. Рібцун. Київ ; Чернівці : Букрек, 2017. 152 с.

52. Реалізація оновленого змісту освіти дітей з особливими потребами: початкова ланка : навчально-методичний посібник / Н. Б. Адамюк, Л. Є. Андрусина, О. О. Базилевська та ін. ; НАПН України, Ін-т спец. педагогіки ; за ред. В. В. Засенка, А. А. Колупаєвої, Н. О. Макарчук, В. І. Макарчук, В. І. Шинкаренко. Київ, 2014. 336 с.

53. Репродуктивне здоров'я жінок та чоловіків з інвалідністю : питання і відповіді / Інститут досліджень та тренінгів ; Агенство США з міжнародного розвитку. Київ, 2016. 24 с.

54. Руденок А., Рудик Г. Тривожність та її прояви у батьків дітей з особливими освітніми потребами в умовах війни. *Psychology Travelogs*. 2024. 3. С.197–209. <https://doi.org/10.31891/PT-2024-3-19>

55. Саранча І. Г.; Синчук Н. В. Особливості розвитку пізнавальної сфери дітей із порушеннями опорно-рухового апарату. *Актуальні питання корекційної освіти. Педагогічні науки*, 2017, 10: 264-273.

56. Скрипченко О.В. Вікова та педагогічна психологія. Навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / О. В. Скрипченко, Л. В. Долинська, З. В. Огороднійчук, І.С. Булах, Т. М. Зелінська. 2-е вид., доповн. К.: Каравела, 2007. 400 с..

57. Соціалізація молоді з особливими освітніми потребами: кращі практики: метод. посіб. / Базиленко А., Таланчук І., Давиденко Г. та ін.; за загальною редакцією А. Базиленко. К.: Талком, 2020. 128 с

58. Стадненко Н. М. Методика діагностики відхилень в інтелектуальному розвитку молодших школярів / Н. М. Стадненко, Т. Д. Ілляшенко, А. Г. Обухівська. [2-е вид. перероб. та доповн.]. Кам'янець-Подільський : ПП Зволейко Д. Г., 2006. 36 с.

59. Стадненко Н.М. Методика діагностики готовності до навчання в школі дітей шестирічного віку / Н.М. Стадненко, Т.Д. Ілляшенко, А.Г. Обухівська. Ін-т порушеннялогії АПН України, Укр. наук.-метод. центр практ. психології та соц. роботи АПН України. Кам'янець-Подільський : Абетка, 2001. 20с.

60. Трикоз С.В. Ми поруч. Діти з порушеннями інтелектуального розвитку / С.В. Трикоз, Г.О. Блеч. Харків: Видавництво «Ранок», ВГ «Кенгуру». 2019. 32 с.

61. Сухіна І., Риднер І., Скрипник Т. Психологічна модель раннього втручання для дітей з аутизмом : посібник / І. Сухіна, Т. Скрипник / за ред. І. В. Сухіної. Київ ; Чернівці : Букрек, 2017. 192 с.

62. Універсальний дизайн : практичні поради для кожного / автори: І. Виртосу, Т. Печончик ; упоряд.: Л. Байда, А. Стеценко, К. Баграмян ; Програма розвитку ООН ; Нац. Асамблея людей з інвалідністю України. – Київ. 39 с.

63. Універсальний дизайн в медичних закладах : метод. посібник / автори-упоряд.: Л. Байда, О. Іванова ; ПРООН в Україні, Спільна Програма «Сприяння інтеграційній політиці та послугам для людей з інвалідністю в Україні. Київ : Ваіте, 2019. 59 с.

64. Формування політики раннього втручання : тренінговий модуль / кол. авторів : Л. Ю. Байда, Є. Б. Павлова, О. Л. Іванова, Г. В. Кукуруза ; Нац. Асамблея людей з інвалідністю України. Київ, 2017. 60 с.

65. Чеботарьова О.В. Метелики в обладунках. Діти з ДЦП / О.В. Чеботарьова, І.В. Гладченко. Харків: Видавництво «Ранок», ВГ «Кенгуру». 2019. – 32 с.

66. Шульженко Д. І. Психолого-педагогічні особливості реабілітаційного процесу дітей із порушеннями функцій опорно-рухового апарату. *Науковий часопис НПУ імені МП Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*, 2023, 45: 137-147.

67. Kolomiyets, S. I. Modern view on comprehensive approach to assistance persons with violations of the support-engine apparatus in adolescence. *Journal of Education, Health and Sport*, 2015, 5.7: 652-660.

68. Yarmola N. A., Torop K. S. (2020) The current state of the system of general secondary education of children with special educational needs in Ukraine. *Pedagogical and psychological sciences: regularities and development trends:*

Collective monograph. Riga, Latvia : Baltija Publishing, 2020. R.452-469 DOI  
<https://doi.org/10.30525/978-9934-26-023-0-28> R