МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА СПЕЦІАЛЬНОЇ ОСВІТИ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

магістра

на тему: **«ДІАГНОСТИЧНА ДІЯЛЬНІСТЬ ЛОГОПЕДА В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я»**

Виконала: студентка 2 курсу, групи 8.0164-з
спеціальності 016 «Спеціальна освіта»
освітньої програми «Логопедія»
М. П. Сиревич

Керівник: ст. викладач кафедри
соціальної педагогіки та спеціальної освіти,
доктор філософії В. В. Апухтіна

Рецензент: _____
_____

Запоріжжя
2025

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології
Кафедра соціальної педагогіки та спеціальної освіти
Рівень вищої освіти магістерський
Спеціальність 016 «Спеціальна освіта»
Освітньо-професійна програма «Логопедія»

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри _____
«____»_____2025 р.

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНЦІ

Сиревич Маргариті Павлівні

1. Тема роботи: «Діагностична діяльність логопеда в закладах охорони здоров'я»
керівник роботи Апухтіна В. В., доктор PhD
затверджена наказом ЗНУ від «02» жовтня 2025 року № 1393-с

2. Строк подання студентом роботи: _____

3. Вихідні дані до роботи: матеріали педагогічної практики, аналіз наукових праць, підручників і статей із логопедії, спеціальної психології та педагогіки.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) провести аналіз науково-методичної літератури щодо діагностичної діяльності логопеда та особливостей її організації в умовах закладів охорони здоров'я; вивчити існуючі методи та підходи до діагностики мовленнєвих порушень у пацієнтів; оцінити специфіку роботи логопеда в міждисциплінарних командах медичних закладів; розробити рекомендації для вдосконалення організації діагностичної діяльності логопеда в умовах охорони здоров'я; систематизувати принципи та умови ефективної діагностичної діяльності логопеда в закладах охорони здоров'я.

5. Перелік графічного матеріалу: таблиця «Покрокова інструкція комплексної діагностики мовлення у дорослих»; 1 таблиця – з результатами дослідження.

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
Вступ	Апухтіна В. В.	05.12.24 р.	05.12.24 р.
Розділ 1	Апухтіна В. В.	18.01.25 р.	18.01.25 р.
Розділ 2	Апухтіна В. В.	12.05.25 р.	12.05.25 р.
Висновки	Апухтіна В. В.	19.09.25 р.	19.09.25 р.

7. Дата видачі завдання: _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ п/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	листопад	виконано
2	Написання вступу	грудень	виконано
3	Робота над першим розділом	січень-квітень	виконано
4	Робота над другим розділом	квітень-вересень	виконано
5	Написання висновків	вересень	виконано
6	Оформлення роботи	жовтень	виконано
7	Рецензування	листопад	виконано
8	Захист	грудень	

Студент _____ Сиревич М. П.

Керівник роботи _____ Апухтіна В. В.

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ Апухтіна В. В.

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота: 86 с., 1 таблиця, 59 джерел.

Мета – розробити, обґрунтувати та удосконалити організаційно-методичні аспекти діагностичної діяльності логопеда в закладах охорони здоров'я для забезпечення ефективного виявлення та оцінювання мовленнєвих порушень у пацієнтів різного віку.

Об'єкт – процес діагностики мовленнєвих порушень у пацієнтів у закладах охорони здоров'я.

Предмет – методи, підходи та організація діагностичної діяльності логопеда в умовах закладів охорони здоров'я.

Методи дослідження: теоретичні: аналіз науково-методичної, клінічної та психолого-педагогічної літератури; узагальнення й систематизація підходів до логопедичної діагностики; порівняльний аналіз українських і зарубіжних моделей; концептуалізація даних щодо міждисциплінарної взаємодії; емпіричні: вивчення методик діагностики мовленнєвих порушень; експертний аналіз роботи логопедів у медичних командах; структурно-функціональний аналіз організації логопедичної служби; моделювання організаційно-методичних рішень; системний аналіз нормативних документів та міжнародних протоколів.

Результати дослідження можуть бути використані логопедами, неврологами, нейропсихологами та мультидисциплінарними командами для вдосконалення діагностики й реабілітації дорослих з мовленнєвими порушеннями. Напрацювання придатні для розроблення протоколів обстеження, індивідуальних програм корекції мовлення, методичних рекомендацій, а також для впровадження цифрових та дистанційних інструментів.

Галузь використання: заклади охорони здоров'я.

ЛОГОПЕД, ДІАГНОСТИЧНА ДІЯЛЬНІСТЬ, ЗАКЛАДИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ДИСФАГІЯ, АФАЗІЯ, ОРГАНІЗАЦІЙНО-МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ, МІЖДИСЦИПЛІНАРНА КОМАНДА

SUMMARY

Syrevych M. Diagnostic activity of a speech therapist in healthcare institutions. Zaporizhzhia, 2025. 100 p.

The qualification work consists of an introduction, 2 parts, conclusions, a list of used literature (59 names, 26 of them in a foreign language). The volume of the qualification work is 100 pages, of which 86 are the main text.

The purpose of the study is to develop, substantiate, and improve the organizational and methodological aspects of the Speech Therapist's (ST) diagnostic activities in healthcare facilities to ensure the effective detection and assessment of speech/communication disorders in patients of various ages.

Object of the study: the process of diagnosing speech/communication disorders in patients in healthcare facilities.

Subject of the study: the methods, approaches, and organization of the Speech Therapist's diagnostic activities in healthcare settings.

The research tasks:

1. To conduct an analysis of the scientific and methodological literature concerning the Speech Therapist's (ST) diagnostic activities and the specifics of their organization in healthcare facilities.

2. To study the existing methods and approaches for the diagnosis of speech/communication disorders in patients.

3. To evaluate the specificity of the ST's work within interdisciplinary (multidisciplinary) teams in healthcare settings.

4. To develop recommendations for the improvement of the organization of the SLP's diagnostic activities in healthcare settings.

5. To systematize the principles and conditions for effective ST diagnostic activities in healthcare facilities.

To solve the tasks and test the hypothesis, general scientific research methods were used, including theoretical methods: analysis of scientific, methodological,

clinical, and psycho-pedagogical literature; generalization and systematization of approaches to Speech Therapist (ST) diagnosis; comparative analysis of Ukrainian and international/foreign models; and conceptualization of data regarding interdisciplinary collaboration/interaction; and empirical methods: study of methods for diagnosing speech/communication disorders; expert analysis of the work of Speech Therapist in medical teams; structural and functional analysis of the organization of the ST service; modeling of organizational and methodological solutions; and systemic analysis of regulatory documents and international protocols.

The section 1 “Theoretical Foundations of Speech Therapist’s Diagnostic Activities in Healthcare Facilities“ covers the concept and specific characteristics of the Speech Therapist (ST) diagnostic activities ; the analysis of scientific and methodological literature concerning the diagnosis of speech/communication disorders in medical/healthcare settings; the specificity of organizing the ST’s work within interdisciplinary (multidisciplinary) teams in medical facilities; and domestic and foreign experience in ST diagnosis within the healthcare system.

The section 2 “Experimental Substantiation and Improvement of the Speech Therapist’s Diagnostic Activities in Healthcare Facilities“ presents the analysis of existing methods for diagnosing speech/communication disorders in medical institutions, the development of recommendations for improving the organization of the Speech Therapist (ST) diagnostic activities , and defines the system of principles and conditions for effective ST diagnostic activities in healthcare facilities.

Keywords: speech therapist, diagnostic activity, health protection, dysphagia, aphasia, organizational and methodological aspects, interdisciplinary team.

ЗМІСТ

Вступ…… 8
Розділ 1. Теоретичні основи діагностичної діяльності логопеда в закладах охорони здоров'я…… 14
1.1 Поняття та особливості діагностичної діяльності логопеда…… 14
1.2 Аналіз науково-методичної літератури щодо діагностики мовленнєвих порушень у медичних закладах……. 22
1.3 Специфіка організації роботи логопеда в міждисциплінарних командах медичних установ……... 33
1.4 Вітчизняний та зарубіжний досвід логопедичної діагностики в системі охорони здоров'я…… 39
Розділ 2. Експериментальне обґрунтування та вдосконалення діагностичної діяльності логопеда в закладах охорони здоров'я……. 62
2.1 Аналіз існуючих методів діагностики мовленнєвих порушень у медичних установах……. 62
2.2 Розробка рекомендацій щодо вдосконалення організації діагностичної діяльності логопеда…… 73
2.3 Система принципів та умов ефективної діагностичної діяльності логопеда в закладах охорони здоров'я……. 85
Висновки……. 91
Список використаних джерел…… 94

ВСТУП

Проблема своєчасної, об’єктивної та комплексної діагностики мовленнєвих порушень після інсультів і черепно-мозкових травм набуває особливого значення у сучасній системі нейрореабілітації. Зростання кількості неврологічних уражень, пов’язаних з інсультами, травмами та віковими змінами, обумовлює необхідність удосконалення методів діагностики та корекції мовленнєвих розладів, які безпосередньо впливають на якість життя пацієнтів, їх соціальну інтеграцію та психоемоційний стан.

Сучасна логопедична наука розглядає діагностику як системний, міждисциплінарний процес, що інтегрує клінічні, психолого-педагогічні, когнітивні, нейрофізіологічні та соціально-комунікативні підходи. У працях Н. Голуб, Т. Грицишина, Н. Дерман, О. Лурія, О. Лянна, І. Мартиненко, А. Обухівської, Л. Перетяги, Ю. Рібцун, А. Савицького, Н. Стадненко та ін. окреслюється ідея комплексності та багаторівневості логопедичного обстеження. Ці автори наголошують, що сучасна діагностика має враховувати не лише форму мовленнєвого порушення, але й когнітивні процеси, стан артикуляційного апарату, рівень розуміння, пам’яті та емоційно-вольової сфери.

Значний внесок у розвиток клініко-логопедичних підходів зробили Н. Голуб, Н. Лопатинська, В. Мельник, М. Овчаренко, Г. Станецька та ін. які розробляють моделі обстеження дорослих пацієнтів після інсульту та травм головного мозку. Їхні дослідження підкреслюють необхідність поєднання логопедичної, неврологічної та нейропсихологічної оцінки для точного визначення топіки ураження та структури порушень. Водночас міжнародні дослідження, зокрема S. Trapl, P. Schmutzhard, M. Teuschl, K. Brainin (GUSS), A. Kertesz (WAB), H. Goodglass, E. Kaplan, B. Barresi (BDAE), S. Langmore (FEES), J. Logemann (VFSS), а також M. Clavé, D. Smithard, I. Martino та інші, демонструють високу ефективність сучасних доказових підходів до

логопедичної діагностики.

Дослідження цих авторів підкреслюють важливість використання:

- стандартизованих скринінгових та діагностичних протоколів, таких як – GUSS (Gugging Swallowing Screen), що дозволяє швидко й надійно виявити ризики дисфагії у пацієнтів з неврологічною патологією (S. Trapl та ін.); – WAB (Western Aphasia Battery), спрямований на комплексну оцінку мовлення, мовленнєвого розуміння, повторення та називання (A. Kertesz);– BDAE (Boston Diagnostic Aphasia Examination), який забезпечує глибокий аналіз структури афатичних порушень і профілю пацієнта (H. Goodglass, E. Kaplan).

- інструментальних методів обстеження, таких як-відеофлуороскопічне дослідження ковтання (VFSS), що дозволяє детально оцінити етапи ковтального акту та визначити механізми порушення (J. Logemann); – фіброендоскопічне дослідження ковтання (FEES), яке забезпечує можливість прямої візуалізації структур глотки під час ковтання без променевого навантаження (S. Langmore).

- мультидисциплінарного підходу, який передбачає взаємодію логопеда, невролога, отоларинголога, радіолога, фізичного терапевта та дієтолога. Роботи M. Clavé, D. Smithard, I. Martino та інших показують, що міжпрофесійна співпраця суттєво підвищує точність діагностики, ефективність планування терапії та запобігає медичним ускладненням, зокрема аспіраційній пневмонії.

Нормативно-правові документи України – уніфікований клінічний протокол МОЗ України «Афазія» (2017), Наказ МОЗ № 602 «Про затвердження клінічних протоколів медсестринського догляду» (2012), Професійний стандарт «Вчитель-логопед/Логопед», а також Наказ МОЗ №112 (2024) – визначають структурно-організаційні засади логопедичної допомоги у системі охорони здоров’я та освіти. Вони підкреслюють необхідність єдиних стандартів діагностики, документування, моніторингу динаміки відновлення та командної взаємодії між фахівцями різного профілю.

Міжнародні ініціативи – зокрема документи ВООЗ «Rehabilitation 2030» та «International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF, 2017)», а також рекомендації Американської асоціації слуху, мови та мовлення (ASHA, 2020-2024) – розглядають логопедичну діагностику як частину глобальної стратегії відновлення функціональних можливостей людини. Ці документи наголошують на ролі мультидисциплінарного підходу, стандартизації та використанні цифрових технологій у процесі реабілітації.

Отже, актуальність даного дослідження зумовлена потребою у науковому осмисленні сучасних тенденцій розвитку логопедичної діагностики, порівнянні національної й зарубіжної практики, а також у розробленні шляхів інтеграції міжнародних стандартів у вітчизняну систему нейрореабілітації. Важливим є поєднання традицій української логопедії з принципами доказової медицини та технологічної інноваційності, що забезпечить підвищення ефективності діагностичного і реабілітаційного процесу.

Об’єкт – процес діагностики мовленнєвих порушень у пацієнтів у закладах охорони здоров’я.

Предмет – методи, підходи та організація діагностичної діяльності логопеда в умовах закладів охорони здоров’я.

Мета – розробити, обґрунтувати та удосконалити організаційно-методичні аспекти діагностичної діяльності логопеда в закладах охорони здоров’я для забезпечення ефективного виявлення та оцінювання мовленнєвих порушень у пацієнтів різного віку.

Гіпотеза полягає в тому, що ефективність логопедичної діагностики дорослих пацієнтів після інсульту зросте за умови інтеграції в українську практику стандартизованих міжнародних методик, інструментальних засобів оцінки та мультидисциплінарного підходу. Поєднання клініко-логопедичного аналізу з доказовими технологічними інструментами забезпечить підвищення об’єктивності, надійності результатів і персоналізацію реабілітаційних програм.

Завдання дослідження:

1. Провести аналіз науково-методичної літератури щодо діагностичної діяльності логопеда та особливостей її організації в умовах закладів охорони здоров’я.
2. Вивчити існуючі методи та підходи до діагностики мовленнєвих порушень у пацієнтів.
3. Оцінити специфіку роботи логопеда в міждисциплінарних командах медичних закладів.
4. Розробити рекомендації для вдосконалення організації діагностичної діяльності логопеда в умовах охорони здоров’я.
5. Систематизувати принципи та умови ефективної діагностичної діяльності логопеда в закладах охорони здоров’я.

Методи дослідження:

- теоретичні: аналіз науково-методичної, клінічної та психолого-педагогічної літератури щодо логопедичної діагностики у медичних установах; синтез та узагальнення отриманих даних для визначення ключових підходів до оцінювання мовлення; систематизація принципів, методів та умов ефективної діагностичної діяльності логопеда; порівняльний аналіз українських та зарубіжних моделей логопедичної діагностики; концептуальне узагальнення даних щодо міждисциплінарної взаємодії в медичних закладах;

- емпіричні: вивчення та аналіз існуючих методик діагностики мовленнєвих порушень у медичних установах (GUSS, BDAE, WAB, FAST, FEES, VFSS); експертний аналіз практики логопедів у міждисциплінарних командах; структурно-функціональний аналіз організації логопедичної служби та діагностичних алгоритмів; моделювання організаційно-методичних рішень, необхідних для удосконалення діагностичної діяльності; системний аналіз нормативних документів та міжнародних протоколів, пов’язаних з логопедичною діагностикою у медичній сфері (ICF, ASHA, Rehabilitation 2030).

Теоретичне значення роботи полягає у систематизації сучасних

підходів до логопедичної діагностики дорослих пацієнтів із порушеннями мовлення після інсультів та черепно-мозкових травм, а також у поглибленні наукових уявлень про структуру й механізми цих розладів. Дослідження узагальнює український та зарубіжний досвід організації діагностичного процесу, окреслює основні компоненти сучасної логопедичної діагностики: клінічний, психолінгвістичний, когнітивний, нейропсихологічний та соціально-комунікативний.

Робота доповнює існуючу наукову базу у сфері нейрологопедії завдяки концептуальному аналізу взаємодії між клінічними і педагогічними підходами, визначенню ролі міждисциплінарної команди в процесі діагностики, а також розробці моделі інтеграції стандартизованих тестів у логопедичну практику. Підкреслюється значення доказової логопедії як основи для підвищення наукової валідності результатів обстеження.

У теоретичному аспекті робота також сприяє подальшому розвитку ідей про необхідність поєднання якісного клінічного аналізу з кількісними методами оцінки, використання міжнародних класифікацій (ICF) для опису мовленнєвих функцій і прогнозування результатів терапії. Це створює основу для розроблення нових моделей діагностики, орієнтованих на людину, її комунікативний потенціал і функціональні можливості.

Практичне значення роботи полягає у можливості застосування її результатів у діяльності логопедів, неврологів, нейропсихологів і фахівців мультидисциплінарних команд, що працюють із дорослими пацієнтами з порушеннями мовлення. Узагальнені у роботі положення можуть бути використані для:

- удосконалення процесу логопедичної діагностики у медичних та реабілітаційних закладах;
- створення індивідуальних програм мовленнєвої реабілітації;
- розроблення національних методичних рекомендацій і протоколів обстеження пацієнтів після інсультів і ЧМТ;
- підготовки навчально-методичних матеріалів для студентів і

практикуючих логопедів;

- впровадження сучасних цифрових інструментів і дистанційних форм логопедичної допомоги.

Результати дослідження можуть бути використані при підготовці фахівців спеціальності 016 «Спеціальна освіта» (логопедія), під час викладання дисциплін «Нейрологопедія», «Клінічна логопедія», «Логопедична діагностика», а також у системі післядипломної освіти логопедів і медичних працівників. Отримані узагальнення та рекомендації сприятимуть формуванню єдиної стратегії розвитку української логопедичної служби, підвищенню якості діагностики та ефективності мовленнєвої реабілітації пацієнтів.

Таким чином, дослідження має як науково-теоретичну, так і прикладну цінність, спрямовану на вдосконалення системи логопедичної допомоги в Україні та її інтеграцію у світовий простір доказової нейрореабілітації.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДІАГНОСТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЛОГОПЕДА В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1 Поняття та особливості діагностичної діяльності логопеда

Діагностика мовленнєвих порушень у дітей та дорослих є одним із ключових напрямів сучасної логопедії, оскільки саме від своєчасного й точного визначення структури дефекту залежить ефективність подальшої корекційно-розвивальної роботи. У наукових працях низки дослідників, зокрема А. Обухівської, Н. Стадненко, Т. Грицишиної, І. Мартиненко, Ю. Рібцун, Н. Голуб, А. Савицького, Н. Дерман, Л. Перетяга, О. Лянної та ін. представлено різноманітні підходи до діагностики мовлення, які охоплюють як традиційні клініко-педагогічні, так і сучасні комплексні методики. Вони розглядають діагностичний процес не лише як фіксацію мовленнєвих порушень, а як системний аналіз комунікативних, когнітивних та соціально-психологічних аспектів розвитку особистості. Особливу увагу дослідники приділяють практичній спрямованості логопедичної діагностики, що забезпечує перехід від констатації порушень до побудови індивідуальної траєкторії корекції. Таким чином, сукупність представлених у джерелах підходів формує цілісне уявлення про сучасну систему логопедичної діагностики, засновану на принципах науковості, комплексності та особистісної орієнтації.

У навчально-методичній літературі з логопедії [1] діагностика розглядається як ключовий компонент професійної діяльності фахівця, що забезпечує об'єктивне визначення типу та ступеня мовленнєвого порушення, встановлення його причин та оцінку впливу на комунікативну активність пацієнта. Наголошується на необхідності цілісного підходу, який охоплює первинне обстеження, аналіз вербальних і невербальних засобів спілкування,

а також інтерпретацію результатів з урахуванням когнітивних, особистісних та емоційних характеристик пацієнта. Такий підхід забезпечує точність визначення структури мовленнєвого дефекту та формування індивідуалізованого плану корекційної роботи.

Окрему увагу у літературі приділено особливостям організації логопедичної допомоги в умовах медичних закладів. У стаціонарному та амбулаторному середовищі логопедична робота реалізується у взаємодії з лікарями, психологами та іншими членами мультидисциплінарної команди, що дозволяє забезпечити узгодженість реабілітаційного процесу. Практичні методи роботи включають вправи для розвитку артикуляційної моторики, дихання, голосоутворення, а також методи стимулювання комунікативної активності. Регулярний моніторинг динаміки стану пацієнта та корекція індивідуальної програми дозволяють адаптувати терапію до реальних потреб і можливостей людини.

Підкреслюється, що логопедична допомога в медичних установах виходить за рамки суто мовленнєвої корекції, охоплюючи психологічну підтримку, формування комунікативної автономії та сприяння соціальній адаптації пацієнта, що є важливою умовою успішної реабілітації [1].

Питання мовленнєвих порушень після інсульту, на думку М. Овчаренко, є однією з найактуальніших проблем сучасної нейропсихології, логопедії та реабілітології. Інсульт виступає основною причиною набутих мовленнєвих розладів у дорослих, що зумовлює потребу в поглибленому аналізі афазій і дизартрій, їх проявів і впливу на якість життя пацієнтів. У статті авторки подано класифікацію основних форм афазій, зокрема моторної, сенсорної, акустико-мнестичної та семантичної, кожна з яких має власні клінічні особливості. Овчаренко підкреслює, що патогенез мовленнєвих порушень тісно пов’язаний із локалізацією ураження мозку, а тяжкість симптомів залежить від компенсаторних можливостей нервової системи та своєчасності медичної допомоги.

Другою великою групою розладів є дизартрії, що виникають внаслідок

ураження нервових шляхів, які іннервують мовленнєвий апарат. Авторка подає їх детальну класифікацію: бульбарна, псевдобульбарна, екстрапірамідна, мозочкова та кіркова дизартрія. Кожна з них характеризується специфічними клінічними проявами, що вимагають індивідуалізованої діагностики та диференційованого підходу до корекції. Втрата мовних функцій унаслідок інсульту призводить не лише до комунікативних труднощів, а й до соціальної ізоляції та психологічного дискомфорту пацієнта. Саме тому відновлення мовлення розглядається як пріоритетне завдання реабілітації. М. Овчаренко наголошує на доцільності впровадження сучасних технологій та мультидисциплінарного підходу для підвищення ефективності логопедичної допомоги. Її праця становить вагомий внесок у теоретичне обґрунтування і практичне вдосконалення системи логопедичної реабілітації дорослих після інсульту [2].

У контексті подолання мовленнєвих розладів значну увагу приділяє комунікативній функції мовлення А. Зарицька. Авторка зазначає, що порушення цієї функції виникають унаслідок локального ураження кори головного мозку при інсульті й є основною діагностичною ознакою афазії. Найскладнішою у корекції є моторна афазія, що характеризується повною або частковою втратою активного мовлення при збереженому розумінні звернених висловлювань, що суттєво ускладнює спілкування. Авторка наголошує на відсутності цілісних уявлень про особливості порушення комунікативної функції у хворих із моторною афазією, особливо на ранніх етапах реабілітації після ішемічного інсульту, коли ускладнено об’єктивну оцінку стану пацієнта.

Посилаючись на Л. Цвєткову, А. Зарицька підкреслює, що комунікативна функція мовлення реалізується через взаємодію усіх мовленнєвих форм – усного, писемного та внутрішнього мовлення, кожне з яких виконує свою роль у процесі спілкування. Авторка розробила власну модифікацію нейропсихологічної методики О. Лурії, виділивши три блоки тестових завдань: вивчення експресивного, імпресивного та писемного

мовлення. Основну увагу вона приділяє дослідженню експресивного мовлення як провідного механізму реалізації комунікативної функції.

Згідно з досліджень Л. Цвєткової, усне експресивне мовлення може реалізовуватись у різних формах – монологічній, діалогічній та автоматизованій, які разом становлять спонтанне мовлення. Поряд із цим виділяють і довільніші форми – повторне та номінативне мовлення, що не беруть безпосередньої участі в розмові, але є важливими передумовами комунікативної діяльності. Дослідниця також звертає увагу на можливість заміни мовних засобів паралінгвістичними – мімікою, жестами, інтонаційними виразами тощо, які підвищують ефективність спілкування [3].

Н. Бакурідзе, І. Клименко та А. Кульматицький у своїх дослідженнях розглядають когнітивні порушення як один із ключових аспектів оцінки стану пацієнтів із наслідками черепно-мозкової травми (ЧМТ). Автори підкреслюють, що навіть незначні порушення когнітивної сфери ускладнюють перебіг посттравматичного синдрому, а помірні когнітивні дефіцити, які входять до складу психоорганічного синдрому, виступають чинником дезадаптації. Виявлено, що з розвитком віддалених наслідків ЧМТ частота інвалідизації підвищується до 18%. Основну увагу приділено нейропсихологічним механізмам змін у поведінці, пам’яті, увазі, емоціях і виконавчих функціях, які впливають на міжособистісні стосунки та здатність до адаптації.

У процесі клініко-психологічної реабілітації після ЧМТ автори пропонують комплексні стратегії, спрямовані на відновлення когнітивних, емоційних і фізичних функцій пацієнтів. До них належать: індивідуалізована оцінка втрат і резервів, фізіотерапія, когнітивна реабілітація, психотерапія, соціальна підтримка, групова та родинна терапія, а також використання сучасних технологій, зокрема віртуальної реальності. Застосування тестів MoCA, MMSE та WAIS-R дозволяє комплексно оцінити когнітивний статус і психічне здоров’я пацієнтів, визначити ступінь вираженості порушень і підібрати оптимальну реабілітаційну програму. Таким чином, ефективна

реабілітація після черепно-мозкової травми забезпечує не лише когнітивне й фізичне відновлення, але й соціальну адаптацію пацієнтів до повсякденного життя [4].

Попередні дослідження, присвячені автоматизації процесів логопедичної діагностики, свідчать про активний розвиток технологічних рішень у сфері мовленнєвої реабілітації. Зокрема, у статті M. Ribeiro та ін. розглядається застосування ультразвукової візуалізації язика у поєднанні з аудіоданими для автоматичного виявлення помилок артикуляції мовлення, що має велике значення для терапії дітей і дорослих із мовленнєвими порушеннями.

Традиційні методи діагностики та корекції артикуляційних порушень значною мірою залежать від оцінки логопеда, що може бути суб’єктивним і часозатратним процесом. Мета дослідження полягала у розробці системи, яка б автоматично виявляла помилки артикуляції, такі як переднє вимовляння звуків (velar fronting) та ковзання звуку /r/ (gliding), використовуючи ультразвукові зображення язика та аудіосигнали.

Система навчалася на даних мовлення дітей із типовим розвитком, а також на базі даних дорослих для попереднього навчання. Для оцінки ефективності застосовувалися стандартизовані методики та експертні оцінки логопедів, що дозволило порівняти автоматичні результати з людською експертизою. Зокрема, система, яка поєднувала ультразвукові та аудіодані, показала найвищу точність (86,9%) у виявленні помилок артикуляції, а 73,2% сегментів, ідентифікованих системою як помилки, збігалися з оцінками досвідчених логопедів. Хоча автоматичне виявлення ковзання /r/ було менш точним через низьку узгодженість між оцінювачами, результати вказують на перспективність підходу. Використання ультразвукових даних дозволяє візуалізувати положення язика, що покращує точність діагностики артикуляційних порушень, а система може стати асистентом логопеда, автоматично відстежуючи прогрес пацієнта і пропонуючи відповідні вправи. Таким чином, запропонований підхід відкриває перспективу для інтеграції

автоматизованої діагностики та терапії у реабілітаційні програми, підвищуючи ефективність і економлячи час фахівця.

Отже, результати дослідження демонструють, що поєднання ультразвукової візуалізації та аудіоаналізу є перспективним методом автоматичного виявлення помилок артикуляції. Це дозволяє створювати більш точні та персоналізовані програми терапії для пацієнтів з мовленнєвими порушеннями, сприяючи ефективному відновленню комунікативної функції [5].

У роботі А. Івахненко та І. Пущиної проаналізовано різновиди порушень мовленнєвої функції у дорослих пацієнтів після інсульту та окреслено їх патогенетичні механізми, клінічні прояви та діагностичні критерії. Авторки підкреслюють, що мовленнєві розлади є другим за поширеністю наслідком інсульту після рухових порушень і суттєво впливають на комунікативні можливості, емоційний стан і якість життя пацієнтів.

Дослідниці поділяють порушення мовлення після інсульту на дві основні групи: афазії та дизартрії**.** Значну увагу приділено диференціації форм афазій відповідно до нейропсихологічної класифікації О. Лурії. Детально описано три форми порушення експресивного мовлення (аферентна, еферентна та динамічна афазії) та три форми порушення імпресивного мовлення (сенсорна, семантична та амнестична афазії). Для кожної форми подано інформацію щодо локалізації ураження, первинного дефекту та типових мовленнєвих симптомів.

Авторки також акцентують увагу на складностях клінічної діагностики, пов’язаних із частими випадками змішаної або тотальної афазії, що виникають при розлитих ішемічних ураженнях. Окремий розділ присвячено постінсультній дизартрії, яку розглядають як самостійну форму порушення мовленнєвої функції. Стаття містить опис характеристик бульбарної, псевдобульбарної, екстрапірамідної, мозочкової та коркової дизартрій, а також поділ порушень звуковимови на чотири ступені тяжкості – від стертої форми до анартрії.

Робота А. Івахненко та І. Пущиної є важливим джерелом для логопедичної практики, оскільки узагальнює клінічні особливості афазій і дизартрій у дорослих після інсульту та надає комплексний матеріал для диференційної діагностики, що є необхідною умовою побудови індивідуальної програми відновлення мовлення [6].

Проблему комплексної діагностики мовленнєвих порушень органічного генезу ґрунтовно розглянуто у праці Н. Пахомової та А. Лук'яненко. Авторки аналізують етіологічні чинники розладів мовлення (ендогенні, органічні, психоневрологічні, соціально-психологічні впливи), акцентуючи особливу роль перинатальних ушкоджень ЦНС, внутрішньоутробної гіпоксії, вірусних інфекцій, структурних аномалій мовленнєвого та зубощелепного апарату. На основі узагальнення праць сучасних українських дослідників (М. Шеремет, С. Конопляста, Л. Журавльова, Н. Сікарчук, Л. Смаглюк та ін.) обґрунтовується необхідність системної побудови діагностико-корекційної роботи з дітьми, у яких спостерігаються мовленнєві розлади органічного ґенезу.

Центральне місце в роботі посідає ідея інтегративного медико-психолого-педагогічного підходу, яка реалізується через залучення невролога, отоларинголога, логопеда, психолога, стоматолога та використання сучасних інструментальних методів обстеження. Особливу увагу приділено електроенцефалографії (ЕЕГ) як одному з провідних методів виявлення органічного мозкового синдрому, уточнення локалізації та ступеня ураження головного мозку й прогнозу мовленнєвого розвитку. На великій вибірці дітей з моторною алалією (150 осіб) показано, що у більшості з них виявляються дифузні та локальні зміни біоелектричної активності мозку, зокрема уповільнення основного ритму з міжпівкульною асиметрією у лобових, скроневих та лобно-скронево-тім'яних ділянках, що корелює з тяжкістю мовленнєвих порушень.

Окремо авторки аналізують зв'язок порушень зубощелепної системи з мовленнєвими розладами (органічна дислалія, дизартрія, ринолалія),

підкреслюючи, що ефективна діагностика та корекція можлива лише за умови поєднання клінічного, логопедичного й інструментального обстеження (ЕЕГ, ортопантомограма тощо). Зроблено висновок, що комплексна діагностика з використанням ЕЕГ дозволяє не тільки уточнити нейрофізіологічні механізми порушення мовлення, а й слугує основою для побудови індивідуалізованих корекційних програм і прискорення соціалізації осіб із мовленнєвими порушеннями органічного генезу [8].

Проведений аналіз науково-методичних джерел засвідчує, що сучасна діагностика мовленнєвих порушень у дітей та дорослих ґрунтується на принципах комплексності, міждисциплінарності та індивідуалізації. У працях вітчизняних і зарубіжних дослідників простежується тенденція розширення діагностичного підходу від фіксації мовленнєвих симптомів до всебічного вивчення комунікативних, когнітивних, нейропсихологічних і соціально-поведінкових особливостей особистості. Аналіз літератури свідчить, що ефективність логопедичної допомоги залежить від своєчасного й точного визначення структури дефекту, яке забезпечується застосуванням клініко-педагогічних, психолінгвістичних, нейропсихологічних та інструментальних методів обстеження. Значну роль відіграє взаємодія логопеда з представниками мультидисциплінарної команди, що посилює узгодженість реабілітаційного процесу та підвищує його ефективність.

Наукові праці, присвячені афазіям, дизартріям і мовленнєвим порушенням органічного ґенезу, підкреслюють залежність клінічної картини від локалізації ураження мозку, компенсаторних можливостей нервової системи та своєчасності терапії. Особливо важливим у реабілітації після інсульту та черепно-мозкової травми є поєднання логопедичних методів із когнітивною, психологічною та фізичною реабілітацією. Окремий науковий напрям – упровадження автоматизованих систем діагностики мовлення – демонструє значний потенціал для підвищення точності обстеження, зменшення суб’єктивності оцінок і розширення можливостей логопедичної практики. Технології на основі ультразвукової візуалізації та аудіоаналізу

створюють підґрунтя для інноваційних рішень у терапії та моніторингу динаміки пацієнтів. Узагальнення представлених підходів дозволяє зробити висновок, що сучасна система логопедичної діагностики є цілісною, науково обґрунтованою та зорієнтованою на особистість пацієнта. Вона поєднує традиційні клінічні методи з інструментальними та технологічними інноваціями, забезпечуючи точність встановлення мовленнєвого порушення та створення ефективної індивідуальної програми корекційно-реабілітаційної роботи.

1.2 Аналіз науково-методичної літератури щодо діагностики мовленнєвих порушень у медичних закладах

У сучасній логопедичній практиці важливу роль відіграють дослідження та нормативні документи, які визначають стандарти діагностики та корекції мовленнєвих порушень у дорослих. Серед них уваги заслуговують роботи Г. Станецької та М. Шеремет, у яких послідовно обґрунтовуються підходи до дослідження дизартрії та логопедичного супроводу пацієнтів із екстрапірамідними порушеннями.

У статті «Методика діагностики дизартрії при екстрапірамідних розладах у дорослих» автори докладно описують уніфіковану методику перцептивного обстеження експресивного мовлення, адаптовану для пацієнтів із хворобою Паркінсона, марганцевою енцефалопатією, хворобою Вільсона, мультисистемною атрофією та іншими порушеннями. Методика охоплює комплексну оцінку 25 мовленнєвих параметрів, що включають стан рефлексів, дихання, фонації, артикуляції, просодії, резонансу та темпу мовлення. Автори підкреслюють важливість перцептивного аналізу, який ґрунтується на слуховому сприйманні ключових ознак порушеного мовлення та дозволяє визначити ступінь і структуру дизартричного розладу. Дослідження показало

високу ефективність методики в роботі з дорослими пацієнтами та її відповідність міжнародним стандартам логопедичної діагностики [9].

У праці «Дослідження дизартрії у дорослих при хворобі Паркінсона» Г. Станецька та М. Шеремет поглиблюють аналіз, зосереджуючись на характеристиках мовлення 65 пацієнтів. Автори встановили, що для хвороби Паркінсона характерною є гіпокінетична дизартрія, яка проявляється зниженням гучності голосу, монотонністю, моноінтенсивністю, нечіткою артикуляцією, відтермінованою ініціацією мовлення, сповільненим або, навпаки, пришвидшеним темпом. Особливо ураженими виявилися функції язика та гортані, що впливають на силу та висоту голосу, тоді як функції м'якого піднебіння страждають значно менше. Дослідження також показує зв'язок мовленнєвих порушень із когнітивними змінами, що оцінювалися за шкалою MMSE [10].

Праці Г. Станецької та М. Шеремет є важливими для української логопедичної науки, оскільки пропонують стандартизовані підходи до оцінювання структури мовленнєвого дефекту, адаптовані до роботи з дорослими пацієнтами з екстрапірамідними розладами. Вони демонструють необхідність комплексної діагностики та підкреслюють значення перцептивних методів як основи для планування індивідуальних програм реабілітації.

Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 602 від 03.08.2012 визначає клінічні протоколи медсестринського догляду за пацієнтами з неврологічними захворюваннями та містить розділ, присвячений первинному скринінгу дисфагії. Цей нормативний документ є важливим для організації міждисциплінарної роботи в медичних закладах, оскільки дисфагія є поширеним ускладненням після інсультів, черепно-мозкових травм та інших неврологічних патологій і потребує своєчасного виявлення для запобігання ускладненням, таким як аспіраційна пневмонія або недоїдання.

Розділ «Первинний скринінг дисфагії» містить чіткі інструкції для медичних працівників щодо виявлення пацієнтів із підозрою на порушення

ковтання. Документ перелічує характерні ознаки дисфагії, серед яких кашель або задуха під час прийому їжі, зміна голосу після їжі чи пиття, затримка слини або їжі в ротовій порожнині, часті аспіраційні явища та зниження маси тіла. Наказ рекомендує застосовувати стандартизовані скринінгові методики для оцінки ризику дисфагії, серед яких найбільш поширеними є тест «Проба з водою» (подача невеликої кількості води для визначення кашлю або зміни голосу) та спостереження за поведінкою під час годування твердою та м'якою їжею.

Документ пропонує алгоритм дій медичного персоналу при виявленні ознак дисфагії. Згідно з протоколом, медична сестра оцінює стан пацієнта, фіксує ознаки порушень ковтання, повідомляє лікаря та залучає логопеда для проведення детального обстеження. У разі потреби пацієнту призначають додаткові інструментальні методи, такі як відеофлюороскопічне дослідження або фіброендоскопічна оцінка ковтання, для уточнення ступеня порушення та планування реабілітаційних заходів.

Особлива увага приділяється міждисциплінарній взаємодії між медичною сестрою, лікарем, логопедом і, за потреби, іншими фахівцями. Такий підхід забезпечує комплексну оцінку стану пацієнта, підвищує безпеку процедур годування та сприяє запобіганню ускладнень. Наказ також містить рекомендації щодо ведення медичної документації, що дозволяє систематично фіксувати результати первинного скринінгу, динаміку стану пацієнта та ефективність корекційних заходів.

Таким чином, Наказ МОЗ України № 602 регламентує процедури раннього виявлення дисфагії, стандарти медсестринського догляду та інтеграцію логопедичної допомоги у процес медичного обслуговування пацієнтів з неврологічними порушеннями. Застосування алгоритмів первинного скринінгу та стандартизованих тестів сприяє своєчасному виявленню порушень ковтання та підвищенню ефективності подальшої реабілітації [11].

У статті С. Пранничук розглядаються різні аспекти порушень ковтання

(дисфагії) у пацієнтів після мозкового інсульту. Автор детально аналізує патофізіологічні механізми розвитку дисфагії, зокрема ураження нейрорегуляторних центрів, що відповідають за координацію актів ковтання. Підкреслюється, що дисфагія може призводити до серйозних ускладнень, таких як аспірація та пневмонія, що часто призводять до збільшення смертності та тривалості госпіталізації. Автор також розглядає різні методи діагностики дисфагії, включаючи клінічні обстеження та інструментальні дослідження, такі як відеофлюороскопія. Особливу увагу приділено скринінговим тестам, таким як Gugging Swallowing Screen (GUSS) та Toronto Bedside Swallowing Screening Test (TOR-BSST), які проводяться безпосередньо біля ліжка пацієнта. Ці тести включають оцінку рівня свідомості пацієнта та його здатності взяти участь у ковтанні, що є критично важливим для раннього виявлення дисфагії та своєчасного втручання.

Дослідник також підкреслює важливість міждисциплінарного підходу в оцінці та лікуванні дисфагії, включаючи співпрацю між логопедами, неврологами та іншими медичними фахівцями. Це дозволяє забезпечити комплексний підхід до реабілітації пацієнтів та покращити результати лікування. Це джерело є корисним для розуміння сучасних методів скринінгу дисфагії у пацієнтів після інсультів та черепно-мозкових травм, а також для розробки алгоритмів діагностики та корекції мовленнєвих порушень у клінічній практиці [12].

Важливим джерелом для сучасної логопедичної практики є дослідження О. Лянної, присвячене особливостям відновлення мовленнєвого спілкування у дорослих з післяінсультною афазією. Авторка підкреслює, що ця проблема недостатньо висвітлена у вітчизняній науці, попри її високу актуальність для системи реабілітації.

У роботі обґрунтовано комплексний підхід до діагностики мовленнєвого спілкування, що включає оцінку імпресивного та експресивного мовлення, гностико-праксичних механізмів, усвідомленості мовленнєвого дефекту та особистісної реактивності пацієнтів. На вибірці з 103 осіб з афазією було

встановлено значну поширеність тяжких порушень вербальної комунікації та глибоких розладів розуміння й продукування мовлення.

О. Лянна визначає ключові педагогічні умови ефективного відновлення мовленнєвого спілкування: диференційовано-інтегрований підхід, організацію спеціального педагогічного середовища, опору на спільну діяльність та активну взаємодію з родиною. Розроблена методика корекційно-відновлювального навчання довела свою результативність: у пацієнтів основної групи спостерігалося помітне покращення комунікативної активності та мовленнєвої поведінки.

Це дослідження є важливим для стандартизації логопедичної допомоги у медичних закладах та формування ефективних моделей відновлення мовлення у дорослих після інсульту [13].

Одним із сучасних досліджень, що висвітлюють особливості логопедичної роботи з дорослими пацієнтами після інсульту, є стаття Н. Савицької, присвячена проблемі встановлення контакту з особами з постінсультною афазією. Авторка зазначає, що порушення або втрата мовлення у пацієнтів після інсульту часто призводять до значних психологічних труднощів – зниження автономності, емоційної нестабільності, зниження самооцінки та соціальної ізоляції. У таких умовах початковий етап роботи логопеда має передбачати створення емоційно безпечного середовища та встановлення довірливого контакту, що впливає на подальшу ефективність відновлення мовлення.

У статті підкреслюється, що перша бесіда логопеда з пацієнтом виконує подвійну функцію: дає змогу оцінити загальний стан людини та одночасно забезпечує психологічну підтримку. Під час цього етапу логопед допомагає пацієнту зрозуміти можливості відновлення мовлення, пояснює мету терапії та визначає способи комунікації з близькими й медичним персоналом. Н. Савицька описує два основні методи, які логопед використовує для встановлення контакту:

- комплексний метод (M. Hatfield) – спрямований на вивчення особистісних особливостей та залишкових можливостей пацієнта;
- метод полімодальної стимуляції (Л. Цвєткова) – застосовується для активізації різних модальностей сприймання та оцінки когнітивних процесів.

Такий підхід дозволяє визначити рівень усвідомлення ситуації, психічну активність, можливості вербального та невербального спілкування, емоційний стан і преморбідні особливості пацієнта. Це, у свою чергу, допомагає логопеду правильно планувати подальшу діагностику та відновлювальну роботу.

Стаття також акцентує увагу на використанні альтернативної та додаткової комунікації – жестів, піктограм, фото, комунікативних таблиць. Залежно від потреб пацієнта логопед добирає допоміжні засоби спілкування і навчає родину їх використовувати. Авторка наводить дані, що застосування піктограм на ранньому етапі знижує рівень тривожності, полегшує контакт із персоналом і може стимулювати відновлення усного мовлення.

Таким чином, у роботі Н. Савицької підкреслюється, що встановлення ефективного контакту є необхідною умовою успішної логопедичної реабілітації дорослих з постінсультною афазією та має враховувати як комунікативні можливості пацієнта, так і його психологічний стан [14].

Питання використання дистанційних форм логопедичної допомоги у роботі з дорослими пацієнтами після інсульту розглядається у дослідженні Ю. Семененко-Кожух, виконаному під керівництвом Н. Голуб. Авторка підкреслює, що високий рівень поширення інсульту в Україні та значна кількість пацієнтів з афазією обумовлюють потребу у розширенні доступності логопедичної реабілітації, зокрема за допомогою дистанційних технологій. Наголошується, що мешканці малих населених пунктів часто не мають можливості отримати спеціалізовану допомогу очно, що підсилює актуальність дистанційної діагностики.

У роботі узагальнено підходи до вивчення афазії, які ґрунтуються на класичних неврологічних дослідженнях (П. Брока, К. Верніке) та нейропсихологічній школі О. Лурії. Авторка подає огляд форм афазії за

Лурією та підкреслює, що розуміння механізмів порушення мовлення є основою для побудови ефективної діагностичної роботи в дистанційному форматі.

Особливу увагу приділено організаційним умовам дистанційної логопедичної діагностики. Зазначається, що підготовка до онлайн-обстеження передбачає участь родичів, технічне забезпечення (комп'ютер або смартфон із камерою), підбір матеріалів (картки, малюнки, предмети) і врахування психологічного стану пацієнта. Авторка наголошує, що ефективне перше знайомство формує основу для подальшої співпраці, а доброзичливість і тактовність логопеда сприяють зниженню тривожності пацієнта.

У роботі детально описано структуру дистанційної діагностики мовлення, яка включає:

- дослідження імпресивного мовлення (розуміння інструкцій різної складності, логіко-граматичних конструкцій);

- оцінку експресивного мовлення (наявність емболів, автоматизоване мовлення, повторення, називання, діалогічне й монологічне висловлювання);

- обстеження читання та письма (глобальне й аналітичне читання, списування, диктант);

- визначення порушень гнозису та праксису для уточнення форми афазії.

Авторка підкреслює, що дистанційна діагностика вимагає адаптації традиційних методик, проте загальна логіка обстеження залишається такою ж, як і при очному форматі. Отримані дані дозволяють визначити форму афазії, ступінь мовленнєвого дефекту та сформувати індивідуальний план корекційної роботи.

У висновках зазначено, що пацієнти з афазією можуть отримувати якісну логопедичну допомогу дистанційно за умови належної підготовки, методичного забезпечення та участі родини. Дослідження обґрунтовує необхідність розроблення спеціальних методик для дистанційної корекції афазії та розширення можливостей телелогопедії в Україні [15].

У дослідженні А. Зарицької розглянуто мовленнєву симптоматику при еферентній моторній афазії та запропоновано детальну методику логопедичного обстеження мовленнєвої функції у дорослих пацієнтів після інсульту. Авторка спирається на класичні уявлення про моторну афазію (П. Брока, О. Лурія) та сучасну концепцію динамічної системної локалізації вищих психічних функцій, підкреслюючи, що ураження лобових відділів кори призводить до порушення кінетичної основи артикуляційного акту та специфічних розладів експресивного мовлення.

Розроблена методика обстеження включає послідовне вивчення імпресивного мовлення (розуміння ситуативних інструкцій, складних логіко-граматичних конструкцій), експресивного мовлення (наявність мовленнєвих емболів, автоматизоване мовлення, повторення, називання, діалогічні та монологічні висловлювання), а також читання й письма (глобальне та аналітичне читання, списування, письмо під диктовку). На основі обстеження 18 пацієнтів з моторною афазією А. Зарицька виокремлює мовленнєві прояви премоторного типу та описує особливості порушень артикуляційного праксису, просодики, граматичного оформлення висловлювання, співвідношення довільного і мимовільного мовлення.

Важливим результатом роботи є побудова діагностичної моделі, яка дозволяє диференціювати легкий, середній і тяжкий ступені еферентної моторної афазії за станом артикуляційної моторики, імпресивного мовлення, автоматизованих форм, самостійного висловлювання, повторення та називання. Авторка показує, що первинне порушення моторно-кінетичної ланки мовлення призводить до розладу всіх видів усного експресивного мовлення, появи персевераций, аграматизму типу «телеграфного стилю» та імпресивного аграматизму. Отримані дані є значущими для клініко-логопедичної діагностики, оскільки конкретизують критерії виявлення еферентної моторної афазії та можуть бути використані як основа для планування цілеспрямованої корекційно-відновлювальної роботи з пацієнтами після інсульту [16].

У статті О. Ворони та В. Партоли розглянуто дисфагію як клінічний синдром, що характеризується порушенням ковтання на різних етапах – від оральної до езофагеальної фази. Авторки підкреслюють, що дисфагія є поширеним розладом у пацієнтів з неврологічною патологією (інсульт, ЧМТ, нейродегенеративні захворювання) та онкопатологією голови й шиї, суттєво впливає на якість життя, харчовий статус і підвищує ризик аспіраційної пневмонії. У роботі подано узагальнення підходів різних дослідників (О. Іваненко, В. Петренко, І. Кравченко, Л. Смирнова, J. Cichero, M. Crary, M. Huckabee та ін.) щодо визначення дисфагії, її патогенезу й клінічних проявів.

Стаття містить класифікацію дисфагії за анатомо-функціональними (оральна, глоткова, езофагеальна) та етіологічними критеріями (нейрогенна, механічна, функціональна форми). Окреслено провідні патофізіологічні механізми: ураження центральних структур, що координують ковтання, порушення нервово-м’язової передачі та структурні зміни у ділянці глотки й стравоходу. окремо підкреслюється, що нейрогенна дисфагія часто супроводжує інсульт, хворобу Паркінсона, БАС, а механічна пов’язана з пухлинами, стриктурами, аномаліями будови.

Важливим компонентом роботи є опис сучасних методів діагностики дисфагії, які поєднують клінічні (оцінка ковтання рідкої/густої їжі, спостереження за кашлем, зміною голосу, втомлюваністю) та інструментальні підходи: відеофлюороскопічне дослідження ковтання, фіброендоскопічна оцінка, функціональні тести м’язів глотки. Авторки наголошують на необхідності комплексного обстеження для виявлення фази та механізму порушення ковтання й оцінки ризику аспірації.

Корекція дисфагії у статті подається як мультидисциплінарний процес, який включає медичне лікування, фізіотерапевтичні впливи та логопедичні втручання. Окремо акцентовано роль логопеда у відновленні ковтання: застосування спеціальних вправ для м’язів язика, губ і глотки, тренування компенсаторних поз та ковтальних стратегій, модифікація консистенції їжі.

Наводяться дані про ефективність електростимуляції м’язів, використання медикаментозних засобів, що покращують моторну функцію стравоходу та глотки. Зроблено висновок, що інтегрований підхід до діагностики й корекції дисфагії з урахуванням логопедичних та фізіотерапевтичних методів дозволяє знизити ризик ускладнень і підвищити рівень функціональної незалежності пацієнтів [17].

У межах дослідження доцільно звернути увагу на працю І. Сулятицького та Я. Кравець, присвячену соціопсихологічним засадам роботи з афазією після інсульту. Автори аналізують сучасні уявлення про мовленнєві розлади при локальних ураженнях мозку та підкреслюють значущість комплексного нейропсихологічного підходу в діагностиці та корекції афазійних порушень. У статті подано огляд основних форм афазії (за класифікацією О. Лурії), окреслено їхні механізми та типові клініко-психологічні прояви.

Особливу увагу приділено соціопсихологічним аспектам реабілітації: відновленню комунікативної функції мовлення, подоланню психологічних бар’єрів, залученню пацієнта до реального мовленнєвого середовища та необхідності психотерапевтичної підтримки. Автори наголошують, що успішність корекційної роботи значною мірою залежить від міждисциплінарної взаємодії неврологів, логопедів, психологів та реабілітологів. У дослідженні також представлено результати власного експерименту, які доводять ефективність структурованої корекційно-відновлювальної програми для осіб із постінсультною афазією. Таким чином, робота обґрунтовує необхідність синтезу нейропсихологічних, соціальних і логопедичних підходів у подоланні афазії та демонструє практичні можливості впровадження комплексних реабілітаційних методик у роботі з дорослими пацієнтами [18].

Узагальнення проаналізованих наукових джерел і нормативних документів засвідчує, що сучасна система логопедичної допомоги дорослим із неврологічними порушеннями базується на стандартизованих, науково обґрунтованих підходах до діагностики та реабілітації. Праці Г. Станецької,

М. Шеремет, О. Лянної, А. Зарицької, Н. Савицької, Ю. Семененко-Кожух та інших авторів демонструють перехід від фрагментарного опису мовленнєвих симптомів до комплексного оцінювання мовленнєвої функції, ковтання, когнітивного статусу, емоційно-особистісних і соціопсихологічних чинників. Це забезпечує більш точне визначення структури дефекту, його нейропсихологічних механізмів та умов, необхідних для ефективної корекційно-відновлювальної роботи. Нормативні акти, зокрема Наказ МОЗ України № 602, інтегрують логопедичну діагностику в клінічні протоколи догляду за неврологічними пацієнтами, регламентують процедури первинного скринінгу дисфагії та підкреслюють важливість міждисциплінарної взаємодії медичної сестри, лікаря, логопеда й інших фахівців. Наукові дослідження, присвячені афазії, дизартрії, дисфагії та когнітивним порушенням, доповнюють ці протоколи конкретними методиками обстеження, критеріями диференційної діагностики та моделями реабілітаційних програм, включаючи використання альтернативної/додаткової комунікації та дистанційних форматів логопедичної роботи.

Таким чином, сукупність розглянутих джерел формує цілісне уявлення про сучасну логопедичну допомогу дорослим із неврологічними порушеннями як про системний, стандартизований і водночас гнучкий процес. Він поєднує клініко-нейропсихологічні, логопедичні, соціопсихологічні та організаційні компоненти, орієнтований на раннє виявлення порушень, безпеку пацієнта, зниження ризику ускладнень і відновлення максимально можливої комунікативної та функціональної автономії. Це створює методологічне підґрунтя для розроблення й обґрунтування власної моделі діагностики та корекції в межах даного дипломного дослідження.

1.3 Специфіка організації роботи логопеда в міждисциплінарних командах медичних установ

У сучасних наукових дослідженнях питання міждисциплінарного підходу до роботи з дітьми з особливими освітніми потребами (ООП) набуває особливої актуальності. Так, роботи І. Онищук, О. Доманюк, В. Легін та Н. Федорової, О. Крупської, О. Швець і Б. Швець, Ю. Пінчук, О. Семенцової та співавторів, О. Юдіної та ін. висвітлюють роль логопеда як ключового учасника мультидисциплінарної команди, підкреслюючи його значення в координації, діагностиці та реабілітації дітей з мовленнєвими порушеннями. Дослідники наголошують на необхідності системного підходу, інтеграції логопеда у процес психолого-педагогічного та медичного супроводу, а також на підвищенні компетентності фахівців у міжпрофесійній взаємодії.

В умовах модернізації української системи охорони здоров’я та освіти особливої актуальності набуває питання впровадження міждисциплінарного підходу до надання комплексної допомоги дітям з особливими освітніми потребами (ООП). Такий підхід передбачає тісну взаємодію фахівців різного профілю – лікарів, психологів, педагогів, дефектологів, соціальних працівників, а також логопедів. Важливою складовою ефективної роботи такої команди є чітке розуміння ролі кожного учасника процесу та формування узгодженої моделі міжпрофесійної взаємодії.

Особлива роль у цій системі належить логопеду як фахівцю, який не лише здійснює корекцію порушень мовлення, але й виконує важливі діагностичні, консультативні, координаційні та реабілітаційні функції. Як зазначають І. Онищук, О. Доманюк, В. Легін та Н. Федорова, саме логопед у складі мультидисциплінарної команди відіграє ключову роль у забезпеченні цілісного та індивідуально орієнтованого супроводу дитини з ООП.

У своєму дослідженні авторки звертають увагу на те, що успішне логопедичне втручання можливе лише за умови чіткої міжфахової координації. Логопед тісно співпрацює з іншими спеціалістами на всіх етапах

роботи з дитиною: від первинної діагностики до реалізації індивідуальної програми розвитку. Зокрема, логопед бере участь у визначенні рівня розвитку мовлення та супутніх когнітивних процесів, формулює цілі корекційного втручання, підбирає відповідні методи роботи та координує реалізацію програм в межах загальної стратегії допомоги.

Авторки наголошують, що логопед у такій команді виконує функції не лише мовленнєвого терапевта, а й організатора мовленнєво-комунікативного розвитку дитини, адаптуючи методики до потреб конкретного пацієнта. З цією метою формується структурована система логопедичної діяльності, що враховує індивідуальні психофізіологічні особливості дитини, її вікові потреби, емоційний стан, рівень соціалізації та комунікативну готовність.

Однією з центральних ідей, висвітлених у дослідженні, є необхідність переходу від епізодичних форм втручання до системного, безперервного логопедичного супроводу**,** інтегрованого в загальний процес психолого-медико-педагогічної підтримки. Саме завдяки логопеду, як вважають авторки, вдається реалізувати цілісний підхід до розвитку дитини, уникнути фрагментарності у втручанні та забезпечити адаптацію заходів корекції відповідно до змін у динаміці розвитку.

Крім того, логопед виступає посередником у комунікації між фахівцями та батьками, пояснюючи мету і специфіку корекційних дій, надаючи рекомендації щодо мовленнєвого середовища вдома, підкріплюючи результати інституційної терапії щоденними практиками в родині. Така форма співпраці дозволяє не лише покращити мовленнєві навички дитини, а й сформувати стабільне, підтримувальне середовище для її розвитку поза межами закладу.

Таким чином, результати аналізу наукового доробку І. Онищук та співавт. дозволяють зробити висновок, що логопед – це не лише виконавець корекційних процедур, а активний суб’єкт командної взаємодії, координатор індивідуальної траєкторії мовленнєвого розвитку дитини. Успішна реалізація такого підходу можлива лише за умови чіткої організації внутрішньої

структури міждисциплінарної команди та визнання унікальної ролі логопеда в цьому процесі [19].

У сучасних умовах розвитку медичної логопедії ключового значення набуває міждисциплінарний підхід до діагностики та реабілітації мовленнєвих порушень. У статті О. Крупської детально висвітлено роль логопеда як невід'ємного учасника мультидисциплінарної команди в медичних установах. Авторка зазначає, що ефективна взаємодія між логопедом, лікарями, психологами, ерготерапевтами, соціальними працівниками та іншими фахівцями є запорукою успішного відновлення комунікативної функції пацієнтів, зокрема після інсультів, черепно-мозкових травм та нейродегенеративних захворювань.

Особлива увага приділена характеристиці форм командної роботи. Зокрема, описано структуру взаємодії, за якої логопед бере участь у клінічних консиліумах, розробці та перегляді індивідуальних реабілітаційних планів, а також у здійсненні спільного спостереження за динамікою відновлення мовлення. Наголошено, що командна робота сприяє цілісному підходу до пацієнта, дозволяє враховувати не лише мовленнєвий, а й психологічний, соціальний та фізичний аспекти його стану.

Водночас О. Крупська підкреслює низку актуальних проблем, пов'язаних із недостатньою підготовленістю логопедів до роботи в міждисциплінарному середовищі. Зокрема, вказано на брак знань про клінічні діагнози, обмеженість у розумінні загальномедичних принципів та невпевненість у міжпрофесійній комунікації. Це, на думку авторки, вимагає змін у системі вищої освіти: включення до навчальних програм логопедів тем з клінічної медицини, основ психіатрії, реабілітології та основ роботи в медичній команді.

Крім того, дослідження звертає увагу на важливість інтеграції логопеда в роботу реабілітаційних центрів та закладів первинної медичної допомоги. У таких умовах саме логопед часто виступає посередником між пацієнтом, його родиною та лікарем, допомагаючи адаптувати складну медичну інформацію

до сприйняття людини, яка пережила тяжке ураження нервової системи. Таким чином, логопедична діяльність у міждисциплінарному форматі потребує не лише професійної компетентності, а й високого рівня емоційного інтелекту, емпатії та навичок командної взаємодії [20].

У статті О. Швець та Б. Швець розглядаються ключові особливості організації роботи логопеда в умовах навчально-реабілітаційного центру (НРЦ), зосередженої на міждисциплінарній співпраці фахівців різних профілів. Автори підкреслюють, що ефективність корекційної роботи значною мірою залежить від злагодженої взаємодії між логопедом, психологом, дефектологом, соціальним педагогом та медичними працівниками.

Особливу увагу приділено методичним аспектам організації діяльності, зокрема розробці та впровадженню індивідуальних програм реабілітації, які ґрунтуються на комплексній діагностиці й ураховують індивідуальні особливості розвитку дитини. Логопед у НРЦ виступає як фахівець, що не лише проводить корекційно-логопедичну роботу, а й координує комплексну підтримку мовленнєвого розвитку, включаючи профілактичні заходи та роботу із сім’єю.

Автори наголошують на важливості створення спеціалізованого реабілітаційного середовища, яке сприяє формуванню позитивної мотивації до мовленнєвої діяльності, та наявності відповідного матеріально-технічного забезпечення (логопедичних тренажерів, дидактичних засобів, адаптованих ігор). Важливим аспектом є також проведення методичних консультацій для батьків і педагогів, що дозволяє забезпечити наступність логопедичного впливу.

Стаття містить аналіз проблем, які виникають у процесі міждисциплінарної роботи, серед яких – недостатня комунікація між спеціалістами, невідповідність методик віковим і психофізіологічним особливостям дітей, а також недоліки в організаційній структурі центрів. На основі цього автори пропонують шляхи вдосконалення співпраці, зокрема через проведення спільних навчальних семінарів, впровадження єдиних

стандартів діагностики та корекції, а також розвиток командної культур.

Отже, дослідження О. Швець та Б. Швець демонструє, що системна організація роботи логопеда в навчально-реабілітаційному центрі на основі міждисциплінарної співпраці сприяє підвищенню ефективності корекційного процесу, формує комплексний підхід до розвитку дитини та оптимізує використання ресурсів закладу [21].

Ю. Пінчук В. у праці «Організаційне забезпечення логопедичної роботи в умовах дитячої поліклініки» акцентує увагу на специфіці діяльності логопеда як складової мережі первинної медико-санітарної допомоги. Авторка доводить, що в українських умовах дитяча поліклініка є базовим закладом для надання амбулаторно-логопедичної підтримки широкому колу дітей віком від 0 до 18 років. Ю. Пінчук розглядає ключові нормативні документи – наказ МОЗ № 215 (1996), стандарти дипломованої освіти лікарів, професійні кваліфікаційні вимоги до логопеда в системі охорони здоров'я. Відзначає, що логопед повинен мати відповідну вищу педагогічну освіту (спеціальність «Корекційна педагогіка (Логопедія)») та володіти методиками діагностики, профілактики, корекції мовлення і базових нейропсихологічних навичок. Далі авторка детально описує:

- розподіл робочого часу логопеда між діагностикою, корекційною роботою, диспансеризацією, санітарно-просвітницькою діяльністю та участю в методичних об'єднаннях;
- алгоритм прийому – первинне обстеження, реєстрація, визначення діагнозу та рекомендацій;
- формування груп і підгруп для корекційних занять у поліклінічних умовах;
- ведення звітно-облікової документації, яка є основою для моніторингу динаміки мовленнєвого розвитку дітей;
- організацію методичних нарад серед логопедів закладів охорони здоров'я;

Ю. Пінчук підкреслює, що окрім корекційної роботи, логопеди повинні

проводити профілактичні заходи: тематичні заняття для дітей і батьків, інструктажі та інформаційні кампанії щодо мовленнєвих проблем, диспансеризацію дітей із груп ризику [22].

У тезах О. Семенцова, О. Середа та В. Супрун дослідили специфіку роботи вчителя-логопеда як складової команди психолого-педагогічного супроводу дітей з ООП. Автори акцентують увагу на логопедичній складовій у комплексній підтримці розвитку таких дітей, що передбачає тісну міждисциплінарну взаємодію з психологами, соціальними педагогами, дефектологами та іншими спеціалістами.

Висвітлено основні напрями діяльності логопеда у команді, зокрема:

- проведення діагностики мовленнєвих порушень та оцінка комунікативних потреб дитини;

- розробка та впровадження індивідуалізованих програм корекції з урахуванням психолого-педагогічного супроводу;

- організація системної роботи з батьками та педагогічним колективом для забезпечення наступності корекційних заходів.

Особливу увагу автори приділяють проблемі підготовки вчителів-логопедів до роботи в міждисциплінарних командах, що вимагає розширення їх професійних компетентностей у сфері комунікації, знань з суміжних дисциплін і навичок командної взаємодії. У тезах також підкреслюється важливість застосування інноваційних технологій та методик, які сприяють підвищенню ефективності корекційного процесу.

Таким чином, дослідження О. Семенцової та співавторів підтверджує, що інтеграція вчителя-логопеда у психолого-педагогічну команду є ключовою умовою для забезпечення всебічного розвитку дітей з ООП та покращення результатів корекції [23].

О. Юдіна у своїх методичних рекомендаціях детально описує організацію логопедичної діяльності в умовах центрів реабілітації дітей з інвалідністю. Основною особливістю роботи є інтеграція логопедичних заходів у міждисциплінарну парадигму, яка включає тісну взаємодію з

педагогами, психологами, соціальними працівниками та батьками дітей.

У рекомендаціях наголошується на важливості створення сприятливого реабілітаційного середовища, що базується на принципах індивідуалізації, наступності та системності логопедичної підтримки. Особливий акцент зроблено на використанні ігрових методик, які стимулюють мовленнєвий розвиток та мотивацію дитини.

Авторка також підкреслює значення співпраці з батьками як невід'ємного елемента успішної реабілітації, оскільки їх залучення забезпечує підтримку та продовження корекційної роботи в домашніх умовах. Взаємодія з педагогами спрямована на адаптацію освітнього процесу з урахуванням мовленнєвих потреб дитини. Загалом, методичні рекомендації О. Юдіної формують цілісний підхід до організації логопедичної роботи, що сприяє підвищенню якості реабілітаційних послуг і результативності корекційної діяльності в центрах для дітей з інвалідністю [24].

Аналіз наукових джерел свідчить, що ефективність логопедичної роботи значною мірою залежить від організованої міждисциплінарної взаємодії. Логопед у складі команди виступає не лише виконавцем корекційних заходів, а й координатором індивідуальної траєкторії мовленнєвого розвитку, посередником у комунікації між фахівцями та родиною, а також організатором системної підтримки. Такий підхід забезпечує цілісність корекційного процесу, адаптацію методик до індивідуальних потреб і підвищує результативність розвитку дітей з ООП.

1.4 Вітчизняний та зарубіжний досвід логопедичної діагностики в системі охорони здоров'я

Сучасна організація логопедичної діагностики в Україні ґрунтується на поєднанні нормативно-правових документів та науково-практичних досліджень. Ефективна реабілітація пацієнтів із мовленнєвими порушеннями

потребує чітко визначеної ролі логопеда, інтегрованого у мультидисциплінарну команду. Нормативні акти, включно з наказом МОЗ України №112 (2024), Професійним стандартом «Вчитель-логопед / Логопед» (2024), а також Законом України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» (2020), формують правові та організаційні рамки діяльності фахівця, визначають кваліфікаційні вимоги та забезпечують стандартизацію підходів до діагностики та корекції мовлення.

Паралельно, міжнародний досвід, зокрема американські стандарти ASHA (2020–2023), демонструє високий рівень системності у підготовці та сертифікації логопедів, чітко визначає компетенції, етичні принципи та межі професійної діяльності, що стає орієнтиром для гармонізації національних практик з міжнародними підходами. Наукові конференції та методичні рекомендації українських дослідників (2018–2020) дозволяють враховувати практичні аспекти діагностики та організаційної роботи логопеда, поєднуючи освітні, клінічні та управлінські складові [25].

Таким чином, поєднання нормативної бази, професійних стандартів та науково-практичних джерел створює основу для ефективної організації логопедичної діагностики в медичних закладах України та визначає напрями подальшого розвитку професії.

Важливим нормативним документом, що визначає сучасні орієнтири організації медичних та реабілітаційних спеціальностей в Україні, є наказ Міністерства охорони здоров'я України від 23 січня 2024 року № 112 «Про затвердження номенклатури спеціальностей». Цей наказ унормовує перелік спеціальностей у системі охорони здоров'я та фактично задає рамки професійної діяльності фахівців, залучених до процесів діагностики, лікування та реабілітації. Включення логопедичної спеціальності до цього переліку підкреслює її статус як невід'ємної частини медико-реабілітаційної допомоги.

У документі закріплено офіційне визначення місця логопеда у структурі закладів охорони здоров'я. Це означає, що логопедична допомога визнається

не лише освітнім чи корекційним напрямом, а й медичною послугою, інтегрованою у систему реабілітації пацієнтів. Сам факт нормативного закріплення спеціальності створює підґрунтя для впровадження логопедичної діагностики як обов'язкового етапу відновлювального лікування у випадках мовленнєвих порушень після інсульту, черепно-мозкових травм чи неврологічних захворювань.

Зміст наказу також визначає кваліфікаційні вимоги до фахівців, які проводять логопедичну діагностику. Завдяки цьому формується єдиний стандарт професійної підготовки: логопед повинен мати відповідну освіту, володіти методиками клінічного обстеження мовлення та здатністю працювати у складі мультидисциплінарної команди. Це уніфікує вимоги на національному рівні та дозволяє уникати різночитань щодо компетенцій спеціалістів.

Особливе значення наказу полягає й у тому, що він створює юридичне підґрунтя для взаємодії логопеда з іншими медичними фахівцями. У системі охорони здоров'я мовленнєва діагностика не може розглядатися ізольовано, адже вона тісно пов'язана з діяльністю неврологів, отоларингологів, психологів та фізичних терапевтів. Унормування спеціальності відкриває можливість для інтегрованого підходу, коли мовленнєвий стан пацієнта оцінюється у комплексі з іншими показниками здоров'я.

Варто зазначити, що наказ не лише фіксує перелік спеціальностей, а й виконує функцію стратегічного документу. Він визначає вектор розвитку логопедичної служби у медичних установах, створює підстави для розробки методичних рекомендацій та стандартів обстеження. Таким чином, його вплив виходить за межі суто адміністративного регулювання, адже наказ фактично задає орієнтири для формування національної системи логопедичної діагностики.

З точки зору науково-практичної діяльності, цей документ стає важливим джерелом для аналізу та порівняння вітчизняних і зарубіжних підходів. У США, наприклад, функції логопеда чітко прописані у стандартах

ASHA, що підтверджує тенденцію до глобальної уніфікації професії. Український наказ МОЗ 2024 року демонструє прагнення до гармонізації національної системи зі світовими підходами, хоча ще потребує конкретизації у частині діагностичних методик та інструментів.

У підсумку можна сказати, що наказ МОЗ України від 23.01.2024 № 112 «Про затвердження номенклатури спеціальностей» виконує роль фундаментального документа, на якому базується сучасна організація логопедичної діагностики в медичній сфері. Він формує нормативні засади для професійної діяльності логопеда, забезпечує правові гарантії функціонування логопедичної служби у закладах охорони здоров'я та задає стратегічний напрям її подальшого розвитку [25].

Одним із ключових документів, що регламентують професійну діяльність логопеда в системі охорони здоров'я України, є Додаток до наказу МОЗ №112, яким визначено кваліфікаційні вимоги до цієї спеціальності. На відміну від загальної номенклатури спеціальностей, цей документ деталізує, які саме знання, навички та освітній рівень повинен мати фахівець, щоб виконувати функції логопеда в медичній сфері. Таким чином, він виступає своєрідною «дорожньою картою» для підготовки і професійного становлення спеціаліста.

Документ підкреслює, що логопед у системі охорони здоров'я повинен мати вищу освіту відповідного напряму та пройти підготовку, яка включає як педагогічні, так і клініко-реабілітаційні дисципліни. Це відображає специфіку діяльності логопеда: його завданням є не тільки корекція мовлення в освітньому чи побутовому контексті, а й участь у комплексній медичній реабілітації. Знання анатомії, фізіології, неврології, а також методик функціонального обстеження мовленнєвого апарату стають обов'язковими складовими професійної компетентності.

У кваліфікаційних вимогах акцент зроблено на володінні сучасними методиками діагностики мовленнєвих порушень різного ґенезу – від органічних уражень центральної нервової системи до функціональних

розладів мовлення. Це дозволяє підкреслити, що логопедична діагностика в медичних закладах орієнтована на широку клінічну базу та потребує глибокої інтеграції з суміжними галузями медицини.

Важливою складовою документа є визначення ролі логопеда у мультидисциплінарній команді. У вимогах підкреслюється, що логопед повинен взаємодіяти з неврологами, психіатрами, терапевтами, фізичними та ерготерапевтами, психологами. Такий підхід відображає сучасну парадигму медичної реабілітації, де кожен спеціаліст виконує чітко визначені функції, але результат досягається саме завдяки командній роботі.

Документ також містить положення про необхідність безперервного професійного розвитку. Вимога до підвищення кваліфікації логопеда через курси, тренінги та стажування відповідає загальноєвропейським стандартам професійної освіти. Це створює підґрунтя для поступової гармонізації української системи підготовки кадрів із міжнародними вимогами, зокрема тими, що існують у США (сертифікація CCC-SLP від ASHA).

Кваліфікаційні вимоги визначають і спектр практичних навичок логопеда. До них належать вміння здійснювати комплексне обстеження мовленнєвих функцій, аналізувати результати клініко-інструментальних досліджень, складати індивідуальні діагностично-корекційні плани. Таким чином, логопед постає не лише як педагогічний корекціоніст, а як фахівець, здатний інтегрувати медичні та психолого-педагогічні знання у процес діагностики.

Отже, Додаток до наказу МОЗ №112 можна розглядати як фундаментальний нормативний акт, що формує модель сучасного логопеда в українській системі охорони здоров’я. Він окреслює його професійний профіль, визначає вимоги до знань і навичок, регламентує роль у команді фахівців і закладає основи для підвищення якості логопедичної діагностики. Водночас цей документ є важливим кроком на шляху до інтеграції вітчизняних стандартів із міжнародними практиками, зокрема американською моделлю, що базується на єдиних сертифікаційних критеріях та розвиненій системі

клінічного навчання [26].

Професійний стандарт «Вчитель-логопед / Логопед», затверджений у 2024 році та внесений до Реєстру кваліфікацій, є важливим документом, що визначає освітньо-професійну компетентність фахівця в галузі логопедії. На відміну від нормативних актів, що встановлюють загальні спеціальності, цей стандарт деталізує професійні ролі, функції та обов'язки логопеда, окреслює компетенції, необхідні для ефективної роботи в закладах освіти та охорони здоров'я.

Документ визначає вимоги до освіти та підготовки фахівця, включаючи володіння методиками оцінки мовленнєвих функцій, диференційованої діагностики порушень мовлення та застосування сучасних корекційних підходів. Стандарт підкреслює інтеграцію педагогічного та медико-реабілітаційного аспектів діяльності, що забезпечує комплексний підхід до роботи з пацієнтами та учнями з мовленнєвими порушеннями.

Особлива увага у професійному стандарті приділяється формуванню компетентностей у сфері діагностики та планування корекційних заходів. Логопед повинен уміти проводити оцінку мовлення за віковими та клінічними показниками, аналізувати результати обстеження та розробляти індивідуальні програми корекційної роботи. Такий підхід спрямований на підвищення ефективності логопедичної діагностики та забезпечення максимальної відповідності потребам пацієнта або учня.

Стандарт також регламентує організаційні та комунікативні компетенції: логопед повинен взаємодіяти з колегами, батьками, фахівцями суміжних галузей та брати участь у мультидисциплінарних командах. Це підкреслює важливість колаборації у процесі реабілітації та корекції мовленнєвих порушень, а також гарантує цілісність підходу до розвитку мовлення у пацієнтів та учнів [27].

Документ містить положення щодо безперервного професійного розвитку, що відповідає сучасним стандартам освіти та підготовки кадрів. Логопед зобов'язаний постійно підвищувати кваліфікацію, освоювати нові

методики та інтегрувати інноваційні технології в практику. Це забезпечує відповідність національних стандартів міжнародним практикам, зокрема американським сертифікаційним критеріям ASHA.

Варто відзначити, що стандарт окреслює не лише набір обов'язкових компетентностей, а й критерії оцінки професійної діяльності, що дозволяє формувати прозору систему контролю якості роботи логопеда. Це сприяє систематизації підходів до діагностики та корекції мовлення, підвищує ефективність навчально-корекційного процесу та забезпечує високий рівень професійної відповідальності.

У підсумку, Професійний стандарт «Вчитель-логопед / Логопед» 2024 року виконує функцію системоутворюючого документа, який поєднує нормативні, освітні та професійні вимоги. Він визначає чіткий профіль логопеда, формує стандартизовані компетентності та закладає основу для розвитку сучасної логопедичної діагностики й корекції у закладах освіти та охорони здоров'я України [27].

Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» 2020 року є фундаментальним нормативно-правовим документом, який закладає основи організації реабілітаційних послуг в Україні. Він визначає концепцію реабілітації, її правове регулювання, структуру та напрями діяльності закладів охорони здоров'я, що надають такі послуги. Значна увага у законі приділяється ролі мультидисциплінарних команд, до складу яких входять лікарі, медичні сестри, фізичні терапевти, психологи та логопеди, що забезпечує комплексний підхід до відновлення пацієнтів.

Документ окреслює правові та організаційні рамки діяльності логопеда у процесі реабілітації, підкреслюючи його участь у відновленні мовних, когнітивних та комунікативних функцій пацієнтів. Завдяки цьому законодавчому закріпленню логопедична допомога набуває статусу обов'язкового компоненту реабілітаційних програм для осіб з порушеннями мовлення, що виникли внаслідок інсультів, травм, неврологічних та інших захворювань.

Особливу увагу закон приділяє координації та інтеграції логопеда у мультидисциплінарну команду. Це означає, що робота спеціаліста з мовленням не ізольована, а спрямована на комплексну оцінку стану пацієнта, розробку індивідуального плану відновлення та моніторинг результатів лікування. Такий підхід забезпечує системність, узгодженість дій різних фахівців і підвищує ефективність реабілітаційних заходів.

Закон також регламентує права та обов'язки пацієнтів, що проходять реабілітацію, зокрема у сфері логопедичної допомоги. Пацієнт має право на своєчасну діагностику, якісне обстеження та професійну корекцію мовленнєвих порушень, а логопед, у свою чергу, зобов'язаний дотримуватися стандартів надання допомоги, етичних норм і методичних рекомендацій МОЗ.

У підзаконних актах, які реалізують положення закону, деталізуються методики оцінки функціонального стану мовлення та когнітивних навичок, а також встановлюються критерії ефективності логопедичної реабілітації. Це створює нормативно-методичну базу для систематичного підходу до відновлення пацієнтів і дозволяє стандартизувати процес діагностики та корекції мовлення на національному рівні.

Документ має також стратегічне значення для розвитку національної системи логопедичної допомоги, оскільки закріплює роль логопеда у медико-реабілітаційних процесах, забезпечує юридичну підтримку його професійної діяльності та формує передумови для інтеграції українських практик із міжнародними стандартами, включно з досвідом США та ЄС.

Отже, Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» 2020 року та відповідні підзаконні акти створюють системоутворюючу базу для функціонування логопедичної служби. Вони визначають нормативно-правові засади діяльності логопеда, обґрунтовують його роль у комплексній реабілітації та закладають підвалини для формування єдиної, високоефективної моделі логопедичної допомоги в медичних установах України [28].

Сучасні тенденції у корекції та реабілітації афазії пов'язані з

переосмисленням цілей і засобів логопедичного втручання, що дедалі більше розглядається як тривалий, комплексний процес відновлення комунікації, а не лише окремих мовленнєвих функцій. У роботі В. Галущенко та М. Тимошенко підкреслюється, що афазія є одним із найтяжчих наслідків церебрального інсульту та черепно-мозкових травм, впливає не лише на здатність до говоріння, розуміння, читання й письма, а й на якість життя, соціальну інтеграцію, можливість повернення до професійної діяльності. Авторки спираються на класичні й сучасні дослідження з психо- та нейролінгвістики, нейропсихології, логопедії (Ю. Варакін, Т. Візель, А. Савицький, Л. Цвєткова, М. Шеремет, В. Шкловський та ін.), які розкривають механізми формування афазійних порушень і обґрунтовують принципи корекційної роботи [29].

Важливим акцентом є епідеміологічний вимір проблеми: дані Global Burden of Disease Study свідчать, що інсульт посідає провідні місця серед причин смертності та інвалідизації, а понад третина осіб, які перенесли інсульт, мають афазичні симптоми. Наявність афазії пов’язана з вищим ризиком смертності, вираженими емоційними порушеннями (тривога, депресія) й глибокими труднощами у повсякденній комунікації. На цьому тлі особливої ваги набуває не лише медична стабілізація стану, а й своєчасний початок інтенсивної мовленнєвої терапії, заснованої на уявленнях про нейропластичність мозку. Дослідження показують, що кілька годин цілеспрямованого мовленнєвого навчання на тиждень є ключовим чинником позитивної динаміки, а додатковими засобами посилення відновних процесів виступають фармакотерапія, неінвазивна стимуляція мозку (tDCS), технології віртуальної реальності.

Авторки наголошують, що попри значну поширеність, афазія часто залишається недооціненою суспільством, а прогалини в діагностиці й реабілітаційній допомозі обмежують доступ пацієнтів до необхідної підтримки. Комунікативні труднощі зумовлюють тенденцію до самоізоляції, конфліктів у родині, зниження самооцінки, що, у свою чергу, зменшує шанси на успішне повернення до активного соціального та професійного життя. Це

підкреслює потребу в широкому впровадженні моделей комплексної реабілітації, які поєднують мовленнєву терапію з психологічною допомогою, фізичною реабілітацією та соціальним супроводом.

Одним із провідних напрямів сучасних тенденцій є цифрова терапія. Під цифровою терапією розуміють використання смартфонів, планшетів, комп'ютерних програм, спеціалізованих застосунків, а також середовищ віртуальної реальності для підтримки та інтенсифікації мовленнєвої реабілітації. Інтерактивні програми дозволяють відпрацьовувати лексику, фразове мовлення, аудіювання, читання та письмо в зручному для пацієнта режимі, з можливістю багаторазового повторення вправ. Домашні програми практики частково розв'язують проблему доступності послуг для осіб, які проживають далеко від реабілітаційних центрів або мають рухові обмеження. Використання iPad та комп'ютеризованих платформ показало ефективність у повторюваних тренуваннях із використанням зображень і вербальних стимулів, сприяючи підвищенню інтенсивності терапії без істотного збільшення навантаження на фахівця.

Особливо перспективною вважається віртуальна реальність, яка створює змодельовані тривимірні комунікативні ситуації, максимально наближені до реальних умов спілкування. Пацієнт може взаємодіяти з віртуальним середовищем і «віртуальним терапевтом» без необхідності постійної фізичної присутності логопеда, що знижує витрати на терапію й водночас забезпечує високу інтенсивність тренувань. Такі системи не лише підтримують мовленнєву практику, а й сприяють подоланню почуття самотності, підвищенню рівня автономності, самооцінки та самоефективності пацієнта [29].

У підсумку авторки підкреслюють, що майбутній розвиток корекційно-реабілітаційної роботи при афазії пов'язаний з поглибленим вивченням механізмів відновлення мовлення, удосконаленням інтенсивних програм терапії та широким упровадженням інноваційних технологій. Перспективним є інтегрований підхід, що поєднує традиційну логопедичну терапію,

фізіотерапевтичні методи, психотерапевтичну підтримку й соціальну реабілітацію, а також використання цифрових і VR-рішень для забезпечення безперервності й доступності допомоги. Такий підхід відповідає сучасним вимогам до реабілітації осіб з афазією та може слугувати методологічною основою для розроблення індивідуалізованих програм відновлення мовленнєвого спілкування у дорослих пацієнтів [29].

У своєму дослідженні О. Лянна розглядає проблему логопедичної реабілітації хворих з афазією крізь призму педагогічного середовища, яке виступає однією з ключових педагогічних умов відновлювального навчання. Авторка виходить з того, що афазія та пов’язані з нею порушення письма, читання, гнозису та праксису мають не лише медичні, а й суттєві соціально-педагогічні наслідки, оскільки призводять до втрати працездатності, обмеження соціальної інтеграції та вимагають цілеспрямованої системи реабілітації. З використанням загальнотеоретичних (аналіз, узагальнення, систематизація), конкретно-наукових (термінологічний та структурно-логічний аналіз) та емпіричного методу спостереження О. Лянна визначає педагогічне середовище відновлювального навчання як сукупність організаційних, особистісних, соціальних і побутових умов, у яких відбувається логопедична реабілітація хворого з афазією, та як «сферу постійного розширення зв’язків хворого із соціальним і навколишнім середовищем».

Змістовно авторка виокремлює кілька ключових компонентів педагогічного середовища при афазії. Організаційний компонент охоплює встановлення продуктивного контакту з хворим і його оточенням, динамічне нейропсихологічне обстеження, добір методичних підходів, форм і умов проведення відновлювальних занять (спокійна доброзичлива атмосфера, дозування навантаження, чіткість інструкцій тощо), а також формування мотивації до участі у корекційній роботі. Особистісний компонент пов’язаний із врахуванням змін особистості, емоційно-вольової сфери, реакцій на дефект (страх мовлення, негативізм, аутистичні тенденції) та побудовою

міжособистісних стосунків «логопед – хворий – група», які дозволяють пом’якшувати вторинні особистісні нашарування. Соціальний компонент представлений аналізом ролі малої групи (групові заняття), сім’ї, кола друзів, дозвільної, громадської та професійної сфер у підтримці мовленнєвої активності, формуванні активного мовного мікрооточення та підвищенні ефективності реабілітації. Побутовий компонент пов’язаний із комфортністю умов відновлювальної діяльності (облаштування приміщення, зручність меблів, освітлення, наочність, загальний емоційний фон занять). Підсумовуючи, О. Лянна наголошує, що цілеспрямоване конструювання педагогічного середовища з урахуванням усіх зазначених компонентів підвищує результативність логопедичної реабілітації при афазії та окреслює перспективу подальших досліджень у напрямі моделювання оптимального педагогічного середовища для цієї категорії хворих [30].

Документ «2020 Standards and Implementation Procedures for the Certificate of Clinical Competence in Speech-Language Pathology (CCC-SLP)», підготовлений Американською асоціацією слуху, мови та мовлення (ASHA), є ключовим нормативним матеріалом для професійної підготовки та сертифікації логопедів у США. Він встановлює стандарти, які визначають мінімальні компетенції фахівця у сфері оцінки, діагностики та корекції порушень мовлення і слуху, а також обов’язкові етапи клінічної підготовки та атестації. Цей документ є орієнтиром для навчальних програм, практичних стажувань і професійного розвитку, що забезпечує високий рівень якості логопедичної допомоги на національному рівні.

Стандарти ASHA охоплюють як теоретичну підготовку, так і клінічну практику. Вони передбачають обов’язкове засвоєння знань з анатомії, фізіології, нейропсихології, лінгвістики та методик діагностики порушень мовлення. У документі детально прописані очікувані результати навчання та компетенції, які повинен продемонструвати здобувач сертифіката CCC-SLP, включно з плануванням, проведенням та інтерпретацією діагностичних тестів, а також розробкою індивідуальних планів корекції для різних груп пацієнтів.

Документ акцентує увагу на етичних та професійних аспектах діяльності логопеда, підкреслюючи важливість дотримання стандартів етики, конфіденційності пацієнта та міжпрофесійної взаємодії. ASHA визначає, що сертифікований фахівець повинен вміти працювати у складі мультидисциплінарної команди, координувати дії з іншими спеціалістами та забезпечувати високий рівень комунікації з пацієнтами і їхніми родинами.

Важливою складовою документа є вимоги до практичної підготовки та супервізії. CCC-SLP передбачає проходження клінічних стажувань під наглядом досвідчених сертифікованих фахівців, що гарантує набуття практичних навичок у різних клінічних ситуаціях. Такий підхід забезпечує стандартизовану оцінку компетентності та мінімізує ризики помилок у діагностиці та корекції порушень мовлення.

У підсумку, стандарти ASHA 2020 року формують єдину національну модель підготовки логопедів у США, де чітко визначено вимоги до знань, навичок і професійної поведінки. Цей документ слугує еталоном для порівняння з українською системою логопедичної освіти та сертифікації, дозволяючи визначити сильні сторони американської моделі, що можуть бути адаптовані для підвищення якості логопедичної допомоги в Україні [31].

Документ «Scope of Practice in Speech-Language Pathology», підготовлений Американською асоціацією слуху, мови та мовлення (ASHA), є фундаментальним нормативним актом, що визначає межі професійної діяльності логопедів у США. Останні оновлення цього документу, опубліковані у період з 2022 по 2024 роки, відображають сучасні тенденції та вимоги до практики логопедів, зокрема в контексті інтеграції новітніх технологій та міждисциплінарного підходу до лікування. Основною метою цього документу є надання чітких орієнтирів щодо обсягу та меж професійної діяльності логопеда. Він охоплює різноманітні аспекти, включаючи діагностику, лікування, профілактику та дослідження порушень мовлення, мови, голосу, ковтання та слуху. Особливу увагу приділено етичним стандартам, що регулюють взаємодію з пацієнтами, колегами та іншими

професіоналами в галузі охорони здоров’я.

Документ також визначає ключові компетенції, які повинні бути притаманні кожному сертифікованому логопеду. Це включає здатність до проведення комплексних оцінок, розробки індивідуальних планів лікування, використання доказових методик та технологій, а також здатність до ефективної комунікації з пацієнтами та їхніми родинами. Важливим аспектом є також постійне професійне вдосконалення та участь у наукових дослідженнях.

У контексті сучасних викликів, таких як пандемія COVID-19 та розвиток телемедицини, документ акцентує увагу на необхідності адаптації практики логопедів до нових умов. Це включає використання дистанційних технологій для надання послуг, а також забезпечення доступу до лікування для пацієнтів у віддалених регіонах. Загалом, «Scope of Practice in Speech-Language Pathology» є ключовим інструментом для стандартизації та розвитку професії логопеда в США. Його впровадження сприяє підвищенню якості надання послуг, забезпеченню безпеки пацієнтів та підтримці високих етичних стандартів у практиці логопедів [32].

Документ «About the Speech-Language Pathology Praxis Exam / Certification process (Praxis, CCC-SLP)», підготовлений Американською асоціацією слуху, мови та мовлення (ASHA), є офіційним джерелом, що детально описує процес сертифікації логопедів у США. Він охоплює вимоги до академічної підготовки, клінічної практики та проходження національного іспиту Praxis, що є обов’язковим для отримання сертифіката клінічної компетентності (CCC-SLP). Згідно з документом, кандидати на сертифікацію повинні завершити всі академічні курси та клінічну практику в акредитованій програмі магістратури. Після цього вони мають подати заявку на сертифікацію та пройти іспит Praxis, що оцінює їхні знання та навички в галузі логопедії. Результати іспиту повинні бути надіслані безпосередньо до ASHA від Educational Testing Service (ETS) і бути отримані не пізніше ніж за 5 років до подачі заявки на сертифікацію.

Документ також зазначає, що кандидати мають два роки з моменту подачі заявки на сертифікацію для проходження іспиту та виконання всіх інших вимог. Якщо кандидат не складе іспит протягом цього періоду, його сертифікаційна справа буде закрита. Однак, кандидат може повторно скласти іспит, якщо це необхідно.

Процес сертифікації також включає проходження клінічного стажування (Clinical Fellowship), яке триває не менше 9 місяців і включає мінімум 400 годин клінічної практики під наглядом досвідченого фахівця. Це стажування є важливим етапом у професійному розвитку логопеда та дозволяє набути практичних навичок у реальних умовах. Загалом, цей документ є важливим ресурсом для розуміння вимог та етапів сертифікації логопедів у США. Його аналіз може бути корисним для порівняння з українською системою сертифікації та визначення можливих напрямків для вдосконалення професійної підготовки логопедів в Україні [33].

Документ «Speech-Language Pathology Medical Review Guidelines», підготовлений Американською асоціацією слуху, мови та мовлення (ASHA), є офіційним керівництвом, яке визначає стандарти та критерії медичного огляду для логопедичних послуг у США. Останнє оновлення цього документа було здійснено у 2015 році, і він слугує важливим інструментом для медичних установ, страхових компаній та логопедів, забезпечуючи єдині підходи до оцінки необхідності та ефективності логопедичних втручань.

Основною метою цього керівництва є надання чітких орієнтирів для медичних працівників та страхових компаній щодо критеріїв медичної необхідності для надання логопедичних послуг. Документ охоплює різноманітні аспекти, включаючи визначення кваліфікацій логопеда, стандартні практики, опис послуг, документацію послуг та дані про ефективність лікування. Це дозволяє забезпечити високий рівень якості надання логопедичної допомоги та сприяє узгодженості в оцінці та покритті витрат на ці послуги.

Особливу увагу в керівництві приділено клінічній документації, яка є

основою для оцінки медичної необхідності. Логопеди повинні готувати, підписувати та зберігати документацію, що описує професійну послугу. Важливими елементами цієї документації є: історія хвороби, результати та інтерпретація оцінки, прогноз, цілі лікування, план втручання, очікувана тривалість лікування та оцінка прогресу пацієнта.

Керівництво також визначає типи документації, які повинні бути представлені. Це включає оцінку, щоденні нотатки (наприклад, у форматі SOAP: суб'єктивне, об'єктивне, оцінка, план), звіти про прогрес, а також звіти про виписку. Всі ці документи повинні бути чіткими, точними та своєчасними, щоб забезпечити ефективний моніторинг стану пацієнта та коригування плану лікування за необхідності.

Важливим аспектом є також визначення медичної необхідності для логопедичних послуг. Керівництво зазначає, що логопедичні послуги є медично необхідними для лікування порушень мовлення, ковтання та когнітивно-комунікативних розладів, які мають неврологічну основу, таких як черепно-мозкові травми, хвороба Паркінсона, інсульт, аутизм та церебральний параліч. Це підкреслює важливість логопедичних втручань у комплексному лікуванні пацієнтів з цими станами. Загалом, «Speech-Language Pathology Medical Review Guidelines» є важливим документом, який визначає стандарти та критерії для надання логопедичних послуг у медичних установах США. Його аналіз може бути корисним для порівняння з українською системою медичного огляду та визначення можливих напрямків для вдосконалення практики логопедичних послуг в Україні [34].

Документ «Counseling in Audiology and Speech-Language Pathology; Practice Portal», підготовлений Американською асоціацією слуху, мови та мовлення (ASHA), є офіційним керівництвом, яке визначає стандарти та рекомендації для аудіологів та логопедів щодо надання консультування в медичному середовищі США. Останнє оновлення цього документа було здійснено у 2023 році, і він слугує важливим інструментом для практикуючих фахівців, забезпечуючи єдині підходи до надання консультувальних послуг

пацієнтам та їхнім родинам.

Основною метою цього керівництва є надання чітких орієнтирів для аудіологів та логопедів щодо процесу консультування пацієнтів. Документ охоплює різноманітні аспекти, включаючи визначення ролі консультування в контексті надання медичних послуг, етичні принципи, які повинні керувати консультуванням, а також стратегії для ефективної комунікації з пацієнтами та їхніми родинами. Особливу увагу приділено розвитку терапевтичного альянсу, що є основою для успішного консультування. Документ також визначає ключові принципи та стратегії консультування. Це включає активне слухання, емпатію, підтримку автономії пацієнта та використання культурно чутливих підходів. Важливим аспектом є також забезпечення конфіденційності та дотримання етичних стандартів у процесі консультування.

У контексті сучасних викликів, таких як пандемія COVID-19 та розвиток телемедицини, документ акцентує увагу на необхідності адаптації практики консультування до нових умов. Це включає використання дистанційних технологій для надання консультувальних послуг, а також забезпечення доступу до консультування для пацієнтів у віддалених регіонах. Загалом, «Counseling in Audiology and Speech-Language Pathology; Practice Portal» є важливим документом, який визначає стандарти та рекомендації для надання консультувальних послуг аудіологами та логопедами в медичних установах США. Його аналіз може бути корисним для порівняння з українською практикою консультування в галузі охорони здоров’я та визначення можливих напрямків для вдосконалення консультувальних послуг в Україні [35].

Документ «Rehabilitation 2030: A Call for Action», підготовлений Всесвітньою організацією охорони здоров’я (ВООЗ), представляє собою стратегічну ініціативу, спрямовану на глобальне підвищення пріоритетності реабілітаційних послуг у системах охорони здоров’я. Ініціатива була започаткована у 2017 році під час зустрічі ВООЗ, що об’єднала понад 200 представників держав-членів, міжнародних організацій та професійних

асоціацій. Основна мета заходу – оцінити сучасні потреби у реабілітації та визначити ефективні шляхи інтеграції реабілітаційних послуг у національні системи охорони здоров'я. Одним із ключових повідомлень документа є визнання реабілітації як невід'ємного етапу надання медичної допомоги, який доповнює профілактику та лікування. ВООЗ підкреслює, що без належної реабілітації значна частина пацієнтів із хронічними захворюваннями, інвалідністю або після травм втрачає здатність повноцінно функціонувати та брати участь у суспільному житті. Це особливо актуально у контексті старіння населення та зростання захворюваності на неврологічні та хронічні патології.

Документ детально описує роль мовленнєвої реабілітації в системі охорони здоров'я. Порушення мови та комунікації можуть значно обмежувати соціальну інтеграцію, доступ до освіти та працевлаштування, а також якість життя пацієнтів. ВООЗ наголошує на необхідності забезпечення доступу до кваліфікованих логопедичних послуг на всіх рівнях медичної системи – від первинної допомоги до спеціалізованих реабілітаційних центрів.

Ініціатива також висуває пріоритети щодо розвитку професійних кадрів, наголошуючи на нестачі реабілітаційних спеціалістів у багатьох країнах, включно з фахівцями мовленнєвої реабілітації. Документ рекомендує державам розробляти освітні програми, які забезпечують підготовку кваліфікованих логопедів, фізичних терапевтів, ерготерапевтів та інших фахівців, а також створювати стимули для їхнього утримання в системі охорони здоров'я.

Особлива увага приділяється використанню міжнародних стандартів оцінки функціональних результатів, зокрема Міжнародної класифікації функціонування, інвалідності та здоров'я (ICF). ICF надає єдину концептуальну основу для документування функціональних обмежень, активностей та участі людини у суспільному житті, що дозволяє оцінювати ефективність реабілітаційних втручань на індивідуальному та популяційному рівнях.

Документ також описує стратегії інтеграції реабілітаційних послуг у

національні системи охорони здоров’я, включаючи створення спеціалізованих центрів, мультидисциплінарних команд та електронних реєстрів пацієнтів. Такий підхід дозволяє здійснювати комплексний моніторинг стану пацієнтів, оцінювати прогрес та коригувати терапевтичні плани. Важливим аспектом є також врахування соціального та економічного контексту. ВООЗ наголошує на необхідності забезпечення рівного доступу до реабілітаційних послуг для всіх верств населення, включаючи осіб з обмеженими фінансовими можливостями, людей, що живуть у віддалених регіонах, та вразливі групи населення. Це створює передумови для зменшення соціальної нерівності у сфері охорони здоров’я.

Документ окремо звертає увагу на потребу розвитку наукових досліджень у сфері реабілітації. ВООЗ закликає держави та наукові установи збирати дані про ефективність реабілітаційних втручань, що дозволяє підвищувати якість послуг та впроваджувати доказові методики. Мовленнєва реабілітація тут розглядається як один із пріоритетних напрямів досліджень.

Ініціатива «Rehabilitation 2030» також містить рекомендації щодо використання телемедицини та цифрових технологій у реабілітації. Це особливо актуально для мовленнєвої терапії, оскільки дистанційні платформи дозволяють забезпечити регулярну роботу з пацієнтами навіть у віддалених або малодоступних регіонах. Документ наголошує на необхідності міжсекторальної взаємодії, включно зі співпрацею медичних, соціальних та освітніх служб, що дозволяє забезпечити комплексний підхід до реабілітації пацієнтів та їхню соціальну інтеграцію.

Загалом, «Rehabilitation 2030: A Call for Action» є стратегічним документом глобального рівня, який окреслює роль реабілітації у системі охорони здоров’я, включно з мовленнєвою реабілітацією. Його детальний аналіз дозволяє зрозуміти міжнародні стандарти, принципи організації послуг та пріоритети розвитку професійних кадрів, що може бути використано для вдосконалення національної системи реабілітації, зокрема в Україні [36].

Логопедична діагностика та реабілітація в Україні організовані у системі

охорони здоров’я та освіти. Відповідно до наказу МОЗ № 112 та додатків до нього, логопед у медичному закладі виконує діагностичні, корекційні та реабілітаційні функції, забезпечує спостереження за пацієнтами з порушеннями мовлення та комунікації, готує документацію про стан пацієнта та результати лікування (Міністерство охорони здоров’я України, 2024). Професійний стандарт «Вчитель-логопед/Логопед» чітко регламентує компетенції та обов’язки, включно з роботою у мультидисциплінарній команді та участю у реабілітаційних програмах. Основна підготовка фахівців відбувається у вищих навчальних закладах, після чого можливе проходження інтернатури або стажування у медичних закладах та спеціалізованих центрах.

Методи діагностики в Україні поєднують клінічне спостереження, стандартизовані тести та методичні рекомендації, затверджені МОЗ та освітніми установами. Логопед оцінює мовленнєві функції, рівень комунікативних навичок, визначає потребу у корекційній роботі та складає план терапевтичного втручання. Особлива увага приділяється роботі з пацієнтами, що потребують тривалої реабілітації після інсультів, черепно-мозкових травм та інших неврологічних захворювань, що потребує системного підходу та документування прогресу.

У США система логопедичної допомоги організована більш формалізовано та стандартизовано через Американську асоціацію слуху, мови та мовлення (ASHA). Логопед повинен пройти сертифікаційний процес (Certificate of Clinical Competence in Speech-Language Pathology, CCC-SLP), включно з клінічною практикою та складанням Praxis Exam (ASHA, 2020; ASHA, 2022–2024). Визначені чіткі стандарти надання послуг, ведення документації, критерії медичної необхідності та протоколи оцінки пацієнтів. Крім того, Practice Portal надає детальні керівництва щодо ролей, обов’язків та організації послуг у медичних установах (ASHA, 2023).

Американські логопеди користуються стандартизованими інструментами для оцінки мовлення, слуху, когнітивних та комунікативних функцій. Для пацієнтів з аутизмом діють спеціальні клінічні рекомендації

ASHA, які регламентують порядок оцінки та підготовку індивідуальних планів втручання (ASHA, 2006). Крім того, оцінка функціональних результатів здійснюється за міжнародними стандартами, зокрема Міжнародною класифікацією функціонування, інвалідності та здоров'я (ICF) (WHO, 2017), що дозволяє уніфіковано документувати результати лікування та порівнювати їх на різних рівнях.

Документи ВООЗ, зокрема Rehabilitation 2030 та ICF, підкреслюють роль реабілітації, включно з мовленнєвою, у системі охорони здоров'я. Вони наголошують на інтеграції реабілітаційних послуг у загальні стратегії медичної допомоги, що включають профілактику, лікування та підтримку функціональної здатності пацієнтів. Мовленнєва реабілітація, за цими рекомендаціями, є ключовим фактором соціальної інтеграції пацієнтів та підвищення якості життя.

Доступність послуг є важливим аспектом порівняння моделей. В Україні логопедична допомога надається у лікарнях, спеціалізованих центрах та школах-інтернатах, проте доступ обмежений через нерівномірний розподіл фахівців та відсутність електронних реєстрів. У США система організована на основі мультидисциплінарного підходу, інтеграції послуг у медичні заклади, школи та приватні центри. Telepractice та онлайн-платформи дозволяють надавати послуги віддалено, що підвищує доступність і покращує охоплення населення.

В обох системах існує акцент на мультидисциплінарний підхід та взаємодію з іншими фахівцями: фізіотерапевтами, ерготерапевтами, психологами та медичними працівниками. Водночас американська система вирізняється більш високою формалізацією, обов'язковою сертифікацією, стандартизованими протоколами та активним використанням цифрових технологій для навчання та консультування пацієнтів (ASHA, 2023).

Порівняльний аналіз показує, що спільним між українською та американською моделями є прагнення забезпечити індивідуалізовану допомогу, стандартизовану оцінку функціональних результатів та інтеграцію

реабілітації у медичну та соціальну систему. Основні відмінності полягають у рівні формалізації, доступності та технологічній інтеграції: американська система більш централізована та уніфікована, українська ж – залежить від конкретних закладів та доступності фахівців.

Україна може запозичити досвід США у таких напрямах: формалізація підготовки та сертифікації логопедів, впровадження стандартів документування та оцінки результатів (ICF), використання телереабілітації та онлайн-платформ, розвиток професійних спільнот для підтримки практикуючих фахівців. Водночас важливо зберігати адаптацію послуг до національних особливостей, умов та ресурсів системи охорони здоров'я. Завдяки цьому порівняльному аналізу можна визначити ключові напрями розвитку української логопедичної служби, підвищення якості діагностики та реабілітації пацієнтів з порушеннями мовлення, а також інтеграцію національних практик у глобальний контекст охорони здоров'я.

Отже, проведений аналіз наукових, нормативних та методичних джерел дозволяє стверджувати, що сучасна логопедична діагностика у дорослих пацієнтів після інсультів і черепно-мозкових травм має комплексний, міждисциплінарний і стандартизований характер. Вона поєднує клінічні, психолого-педагогічні, когнітивні та соціально-комунікативні методи обстеження, що забезпечує повноцінне розуміння структури мовленнєвих порушень та визначення індивідуальних напрямів реабілітації. Нормативні документи МОЗ України створюють основу для системності й уніфікації діагностичного процесу, тоді як наукові праці вітчизняних і зарубіжних авторів розширюють методологічну базу логопедичної практики.

Порівняльний аналіз української та американської моделей показує, що обидві системи орієнтовані на забезпечення якості, ефективності та індивідуалізації логопедичної допомоги, проте відрізняються рівнем формалізації, технологічної інтеграції та доступності послуг. Українська логопедична служба має потенціал для вдосконалення через адаптацію міжнародного досвіду – зокрема, у сфері сертифікації фахівців, стандартизації

протоколів, запровадження телереабілітації та розвитку міждисциплінарної взаємодії.

Таким чином, сучасна логопедична діагностика розглядається не лише як етап виявлення порушень, а як системоутворювальна складова реабілітаційного процесу, спрямована на підвищення якості життя пацієнтів, їхню соціальну інтеграцію та розвиток комунікативної компетентності.

РОЗДІЛ 2
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ТА ВДОСКОНАЛЕННЯ ДІАГНОСТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЛОГОПЕДА В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1 Аналіз існуючих методів діагностики мовленнєвих порушень у медичних установах

У цьому розділі розглянуто сучасні наукові підходи до діагностики, класифікації та корекції афазійних і дисфагічних порушень у пацієнтів після інсульту. Представлені дослідження E. Khedr та ін., N. Pastryk, L. Kotys, N. Dyachuk, O. Milinchuk, Q. Kong та ін., А. Циганія, Ю. Фломіна, Ю. Защипась, М. Гуляєвої, В. Яковенко, В. Кавецької, Г. Соловйової охоплюють широкий спектр аспектів – від аналізу нейротопічних механізмів афазії до клінічних моделей діагностики та реабілітації дисфагії. Сукупність цих праць відображає еволюцію уявлень про патогенез мовленнєвих розладів, акцентуючи на міждисциплінарному підході, що поєднує медичні, логопедичні й нейропсихологічні методи. Такий комплексний аналіз дозволяє визначити тенденції розвитку сучасної клінічної логопедії та підкреслює значення доказової бази у відновленні комунікативних функцій.

У статті E. Khedr та ін. представлено результати проспективного клінічного дослідження, присвяченого вивченню частоти виникнення афазії після інсульту, аналізу її етіологічних чинників та виявленню зв'язку між топографією ураження мозку і типом мовленнєвого розладу. Автори досліджували 180 пацієнтів, госпіталізованих із діагнозом ішемічного інсульту, з яких 44 особи мали клінічно верифіковану афазію. Оцінювання мовленнєвих функцій проводилося за допомогою короткої форми Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE), що забезпечувало комплексну оцінку розуміння, повторення, називання та спонтанного мовлення. Дослідження

мало на меті не лише описати клінічні особливості афазії, а й визначити кореляцію між характером мовленнєвих порушень і локалізацією ішемічного ураження.

Автори встановили, що афазія виявляється приблизно у 25% пацієнтів із гострим ішемічним інсультом, що узгоджується з попередніми міжнародними даними. Найпоширенішими клінічними формами були афазія Брока (моторна) та змішана афазія, які спостерігалися переважно при ураженні лівої середньої мозкової артерії. Значна частка пацієнтів із афазією мала також геміпарез або геміплегію правої сторони, що підкреслює роль великих уражень домінантної півкулі. Автори зазначають, що фактори ризику афазії (вік, артеріальна гіпертензія, цукровий діабет) не відрізнялися суттєво від загальних факторів ризику інсульту, проте тяжкість афазії достовірно корелювала з об’ємом ішемічного вогнища.

У роботі детально описано топографічні закономірності афазійного синдрому. За допомогою комп’ютерної томографії (КТ) та магнітно-резонансної томографії (МРТ) встановлено, що ураження лобово-скроневих відділів лівої півкулі зумовлює моторні та змішані типи афазії, тоді як переважне ураження задньоскроневої ділянки – сенсорні форми. Ці дані підтверджують функціональну асиметрію мозкових структур, відповідальних за мовленнєву діяльність, і збігаються з класичними моделями Лурії та Бостонської шкали нейролінгвістики. Автори наголошують на доцільності використання структурованих інструментів, таких як BDAE, для підвищення точності клінічної діагностики.

Особливу увагу приділено питанню ранньої діагностики афазії. Автори підкреслюють, що застосування скороченого Бостонського тесту у перші 7–10 днів після інсульту дозволяє не лише встановити тип афазії, але й прогнозувати відновлення мовленнєвої функції. Виявлено, що пацієнти із сенсорною афазією мали гірший прогноз відновлення у порівнянні з моторними формами, а тяжкість порушення на момент госпіталізації була предиктором тривалості реабілітації. Це свідчить про важливість своєчасного

логопедичного обстеження у комплексі з неврологічною діагностикою.

У висновках автори наголошують, що афазія є частим і недооціненим ускладненням ішемічного інсульту. Систематичне застосування стандартизованих методів, зокрема Boston Diagnostic Aphasia Examination, сприяє кращій стратифікації пацієнтів, визначенню прогнозу та плануванню реабілітаційних заходів. Робота має важливе значення для клінічної практики, оскільки поєднує нейровізуалізаційний і психолінгвістичний підходи до діагностики мовленнєвих порушень, підтверджуючи ефективність інтегрованої моделі оцінювання афазії у дорослих після інсульту [37].

У статті N. Pastryk, L. Kotys, N. Dyachuk, O. Milinchuk представлено результати дослідження, присвяченого вивченню особливостей порушення мовленнєвого контролю у дорослих пацієнтів, які перенесли інсульт і мають моторну афазію за класифікацією О. Лурії. Автори аналізують роль свідомого регулювання мовленнєвої діяльності у процесі відновлення комунікативної функції та визначають кореляції між рівнем усвідомлення мовленнєвих дій, ступенем порушення артикуляційного праксису й динамікою реабілітації. Дослідження проводилося на вибірці з 22 осіб, у яких спостерігалася еферентна моторна афазія після ішемічного інсульту лівої півкулі головного мозку. Застосовувалися клініко-лінгвістичні та психолінгвістичні методи обстеження, що базуються на теоретичних положеннях школи Лурії про системну організацію мовлення.

Автори підкреслюють, що еферентна моторна афазія, відповідно до Лурії, зумовлена порушенням кінетичної організації мовленнєвих рухів, що проявляється у труднощах переключення від одного мовного акту до іншого, у фіксації артикуляційних схем і редукції спонтанного мовлення. У дослідженні спостерігалося, що пацієнти з таким типом афазії зберігали окремі автоматизовані форми мовлення (рахунок, пісні, фразові стереотипи), але мали істотні труднощі у формуванні нових висловлювань. Ці спостереження підтверджують структурно-функціональну модель Лурії, за якою лобово-моторні зони кори забезпечують динамічну організацію мовленнєвого акту, а

їх ураження призводить до порушення програмування й регуляції мовлення.

Особливу увагу приділено поняттю «свідомого контролю» у процесі мовленнєвої діяльності. Автори зазначають, що відновлення мовлення після інсульту значною мірою залежить від здатності пацієнта усвідомлювати власні помилки, здійснювати самоаналіз і самокорекцію під час комунікації. Виявлено, що активізація довільного мовного контролю сприяє переходу від автоматизованих реакцій до усвідомленого мовлення, а це, у свою чергу, позитивно впливає на реабілітаційну динаміку. У статті запропоновано етапну систему відновлення мовлення, де перехід від автоматичних до свідомих мовленнєвих дій є ключовим елементом терапії.

Методологічно дослідження ґрунтується на поєднанні психолінгвістичного аналізу мовлення з клінічними спостереженнями. Автори застосовували методики вільного висловлювання, повторення, називання, читання та письма, що дозволило комплексно оцінити стан різних компонентів мовленнєвої системи. Результати підтвердили, що найбільш виражені порушення стосуються спонтанного мовлення, тоді як розуміння мовлення й автоматизовані фрази часто зберігаються. Ці висновки відповідають класичним даним Лурії, згідно з якими моторна афазія супроводжується порушенням мовленнєвого програмування при відносній збереженості перцептивної функції.

У підсумку автори роблять висновок, що ефективність мовленнєвої реабілітації після інсульту значною мірою визначається ступенем залучення свідомих механізмів контролю. Запропонована модель базується на інтеграції нейропсихологічного підходу Лурії та сучасних логопедичних технологій відновлення мовлення. Таким чином, робота N. Pastryk та співавтори не лише підтверджує актуальність класифікації афазій за О. Лурія, але й демонструє її практичну цінність для сучасної клінічної логопедії, орієнтованої на відновлення мовлення у дорослих пацієнтів після інсульту [38].

У систематичному огляді та мережевому метааналізі, проведеному Q. Kong та співавтори, розглянуто порівняльну ефективність різних підходів

до когнітивного тренування в реабілітації осіб із постінсультною афазією. Автори здійснили комплексний аналіз даних із широкого кола рандомізованих контрольованих досліджень, спрямованих на оцінку методик когнітивної стимуляції, зокрема мовних, нейропсихологічних і комбінованих програм. Метою роботи було визначити, які форми тренінгу сприяють найефективнішому відновленню мовних функцій та когнітивних процесів після інсульту.

Результати дослідження показали, що індивідуалізовані програми когнітивного тренування, спрямовані на розвиток уваги, робочої пам’яті та мовного розуміння, продемонстрували більш значущі покращення мовленнєвої продукції порівняно з традиційними методами терапії. Особливо високу ефективність мали комп’ютеризовані платформи навчання, які дозволяли адаптувати складність завдань до рівня пацієнта. Це узгоджується з сучасними тенденціями цифрової реабілітації, де технологічна підтримка сприяє більш гнучкому й інтенсивному тренуванню.

Важливим висновком метааналізу є також підтвердження того, що комбіновані підходи, які поєднують мовні та когнітивні вправи, перевершують ізольовані форми терапії. Автори підкреслюють значення мультидисциплінарного підходу, що враховує нейропсихологічні механізми афазії, а не лише мовні дефіцити. Такий підхід забезпечує більш стійкі результати та сприяє генералізації навичок у повсякденному спілкуванні.

Водночас Q. Kong та колеги зауважують на варіативності результатів між дослідженнями, що може бути зумовлено різницею у тривалості терапії, характеристиках учасників і типах афазії. Автори наголошують на необхідності стандартизації протоколів когнітивного тренування, щоб забезпечити більшу порівнянність результатів у майбутніх роботах.

Загалом, стаття робить вагомий внесок у розуміння ефективності когнітивної реабілітації при постінсультній афазії, обґрунтовуючи доцільність впровадження цифрових і комбінованих методів у клінічну практику. Дослідження має значну практичну цінність для логопедів, нейропсихологів і

фахівців з нейрореабілітації, адже демонструє сучасний напрям еволюції терапевтичних стратегій на основі доказової медицини [39].

У статті Є. Дубенка, Ю. Фломіна та Ю. Защипась розглянуто сучасні підходи до діагностики та лікування мовленнєвих порушень у контексті неврологічної практики. Автори систематизують дані щодо етіології, патогенезу та клінічних проявів різних форм афазії, дизартрії й апраксії мовлення, зумовлених ураженнями головного мозку. Особливу увагу приділено зв'язку між локалізацією ураження та характером мовленнєвих симптомів, що має важливе значення для побудови індивідуальної терапевтичної стратегії.

Дослідники підкреслюють, що діагностика мовленнєвих порушень має базуватися на комплексному нейропсихологічному підході, який передбачає поєднання клініко-неврологічних і мовленнєвих тестів. Зокрема, вони наголошують на ефективності використання стандартизованих шкал оцінювання мовленнєвої активності та когнітивних функцій для визначення ступеня афазії й контролю динаміки відновлення.

У контексті лікування автори звертають увагу на поєднання медикаментозних та немедикаментозних методів. До перших належать препарати, що покращують церебральну мікроциркуляцію та нейропластичність (зокрема ноотропи й нейропротектори). Серед немедикаментозних підходів пріоритет надається логопедичній терапії, когнітивному тренуванню та технологічним засобам реабілітації, включно з телемедичними програмами.

Значну увагу у статті приділено питанню ранньої реабілітації після інсульту, адже своєчасний початок мовленнєвих занять забезпечує кращі результати у відновленні комунікативної функції. Автори відзначають важливість мультидисциплінарного підходу, коли невролог, логопед і нейропсихолог спільно формують програму лікування, враховуючи індивідуальні особливості пацієнта.

Таким чином, публікація О. Дубенко Ю. Фломін В., Ю. Защипась,

М. Прокопів, М. Тріщинська, В. Кавецька, Р. Данько є важливим внеском у розвиток доказової неврологічної логопедії. Вона узагальнює новітні тенденції у вивченні мовленнєвих порушень, демонструючи значення інтеграції клінічної та когнітивної діагностики в реабілітаційній практиці [40].

У статті T. Warnecke, S. Oelenberg, T. Teismann R. Dziewas проаналізовано ефективність методів скринінгу аспірації та дисфагії в пацієнтів із гострим інсультом, зокрема оновлену версію Gugging Swallowing Screen (GUSS). Автори підкреслюють, що своєчасна діагностика порушень ковтання має критичне значення для профілактики аспіраційної пневмонії, яка залишається однією з найчастіших ускладнень інсульту.

Дослідження включало пацієнтів із різними типами інсульту, яким проводили оцінку за шкалою GUSS у гострій фазі хвороби. Автори порівняли результати скринінгу з клінічними та інструментальними показниками, зокрема відеофлуороскопією ковтання. Модифікована версія GUSS продемонструвала високу чутливість і специфічність у виявленні ризику аспірації, що робить її зручним інструментом для використання в умовах неврологічних відділень [41].

T. Warnecke та колеги акцентують, що раннє виявлення дисфагії дозволяє своєчасно скоригувати харчування, запобігти аспірації та скоротити тривалість госпіталізації. Автори також підкреслюють роль міждисциплінарного підходу – тісної співпраці невролога, логопеда та медичного персоналу у здійсненні скринінгу й подальшої терапії. Така координація забезпечує безперервність реабілітаційного процесу.

У роботі зазначено, що GUSS може ефективно інтегруватися в стандарт протоколів оцінки стану пацієнтів із гострим інсультом, адже не потребує складного обладнання та може бути проведений безпосередньо біля ліжка хворого. Автори також відзначають необхідність подальшої стандартизації процедури та навчання персоналу для підвищення точності результатів.

Таким чином, стаття T. Warnecke та ін. робить вагомий внесок у вдосконалення діагностики дисфагії в неврологічній практиці, доводячи

ефективність GUSS як надійного, простого й клінічно доцільного інструменту. Її результати мають практичне значення для розробки протоколів ранньої оцінки ковтального акту у пацієнтів після інсульту [41].

У статті А. Циганія В., Ю. Фломіна, Ю. Защипась, М. Гуляєвої, В. Яковенко, В. Кавецької, Г. Соловйової висвітлено сучасні методи діагностики та лікування дисфагії при неврологічних захворюваннях, із акцентом на пацієнтів після інсульту та при нейродегенеративних процесах. Автори наголошують, що порушення ковтання є одним із найбільш небезпечних ускладнень, оскільки без належної корекції воно призводить до аспіраційної пневмонії, недоїдання та зниження якості життя [42].

Дослідження містить огляд сучасних клінічних та інструментальних методів оцінки ковтального акту. Серед них автори виділяють відеофлуороскопію та фіброендоскопічну оцінку ковтання (FEES) як «золотий стандарт» діагностики. Водночас наголошується на доцільності застосування скринінгових тестів, таких як Gugging Swallowing Screen (GUSS), для первинного виявлення дисфагії у відділеннях гострої неврології. Це дозволяє швидко визначити ризик аспірації та своєчасно розпочати терапію.

У контексті лікування автори відзначають необхідність комплексного підходу, який включає медикаментозну терапію для покращення нейром’язової передачі, логопедичну реабілітацію, фізіотерапевтичні методи та нутритивну підтримку. Особливу увагу приділено рольові логопеда у відновленні ковтальних і мовленнєвих функцій, зокрема в роботі з техніками безпечного ковтання, постуральною корекцією та сенсомоторними вправами.

Стаття також акцентує на необхідності міждисциплінарної співпраці – взаємодії неврологів, логопедів, дієтологів і реабілітологів, що дозволяє забезпечити безперервність і комплексність лікувального процесу. Автори наголошують, що така модель ведення пацієнта суттєво підвищує ефективність терапії й знижує ризик повторних госпіталізацій [42].

Практичне значення роботи полягає у впровадженні стандартизованих алгоритмів діагностики та терапії дисфагії в українську неврологічну

практику, що має безпосередню цінність для логопедів і фахівців з мовленнєвої реабілітації. Стаття демонструє важливість раннього втручання, персоналізованого підбору технік і навчання пацієнтів безпечним стратегіям ковтання, що безпосередньо впливає на успішність відновлення комунікативних і життєвих функцій [42].

У роботі А. Паламарчук «Постінсультна дисфагія: топічний діагноз» розглянуто патогенетичні механізми, анатомо-фізіологічні кореляти та клінічні прояви порушень ковтання, що виникають унаслідок цереброваскулярних подій. Автор зосереджується на важливості топічного підходу до діагностики, який передбачає визначення локалізації ураження центральної нервової системи та її зв’язку з характером дисфагічних симптомів.

Паламарчук детально аналізує участь кортикобульбарних шляхів, стовбурових центрів і підкіркових структур у формуванні ковтального рефлексу. Особливо підкреслено, що ураження стовбура мозку (зокрема довгастого) призводить до найбільш тяжких форм дисфагії через порушення синхронізації рухів язика, гортані та глотки. Автор також наголошує на диференціальній діагностиці між центральною та периферичною формами дисфагії, що має вирішальне значення для вибору подальшої реабілітаційної стратегії.

У публікації розглянуто методи нейровізуалізації (КТ, МРТ) як ключові інструменти уточнення топіки ураження, а також наведено приклади клінічних випадків, які демонструють взаємозв’язок між локалізацією інсультного вогнища та ступенем порушення ковтального акту. Автор підкреслює, що точна топічна діагностика є основою для побудови індивідуальної програми реабілітації, яка включає не лише медичні, але й логопедичні втручання [43].

Практичне значення роботи полягає у підвищенні ефективності міждисциплінарної взаємодії між неврологом і логопедом на етапі визначення механізмів порушення ковтання. Отримані висновки сприяють точнішому

прогнозуванню відновлення мовленнєвих і ковтальних функцій, що є важливим у контексті розробки персоналізованих реабілітаційних програм для пацієнтів після інсульту.

Це дослідження логічно продовжує результати, наведені у статті А. Циганія В., Ю. Фломіна, Ю. Защипась, М. Гуляєвої, В. Яковенко, В. Кавецької, Г. Соловйової, оскільки доповнює клініко-практичний аспект сучасного розуміння дисфагії нейроанатомічними поясненнями її механізмів, формуючи цілісну концепцію діагностики та лікування мовленнєвих і ковтальних розладів у постінсультний період [43].

Проблема своєчасної та точної діагностики мовленнєвих порушень після інсульту є ключовою у системі нейрореабілітації як в Україні, так і за кордоном. Порівняльний аналіз наукових джерел свідчить, що українська модель діагностики зосереджується переважно на клініко-неврологічному та логопедичному підходах, тоді як зарубіжна – на стандартизованих протоколах і мультидисциплінарній взаємодії з використанням інструментальних методів оцінки. Українські дослідники наголошують на важливості комплексного клініко-логопедичного огляду, який включає аналіз мовленнєвих, когнітивних і моторних компонентів. У центрі уваги – індивідуальна оцінка симптомів і визначення топіки ураження, що зумовлює характер мовленнєвих розладів (афазія, дизартрія, апраксія мовлення). Важливим діагностичним етапом виступає логопедичне тестування, засноване на якісному аналізі мовлення, розуміння, повторення та читання. Проте ці методи часто залежать від суб’єктивного досвіду фахівця й не завжди підкріплені стандартизованими шкалами чи об’єктивними інструментами оцінки.

Натомість зарубіжні дослідження (J. Lin та ін., T. Warnecke та ін.) демонструють системну інтеграцію стандартизованих тестів і клінічних протоколів у процесі діагностики. Наприклад, використання Gugging Swallowing Screen (GUSS) та шкал оцінки афазії (Western Aphasia Battery, Boston Diagnostic Aphasia Examination) забезпечує об’єктивність та відтворюваність результатів. В іноземній практиці широко застосовуються

методи відеофлуороскопії та фіброендоскопічної оцінки ковтання, що дозволяє точно визначити тип і ступінь дисфагії. Такий підхід відображає орієнтацію на доказову медицину й статистичну обґрунтованість діагностичних висновків. Варто зазначити, що в українській моделі дедалі частіше з'являються елементи інтеграції з міжнародними стандартами – зокрема, впровадження скринінгових тестів (GUSS), застосування інструментальних методів оцінки, а також мультидисциплінарного підходу (невролог, логопед, нейропсихолог). Водночас, як підкреслюють А. Циганій і співавт. головним викликом залишається нестача стандартизованих протоколів і спеціалізованого технічного забезпечення, що обмежує можливість об'єктивного контролю динаміки мовленнєвого відновлення.

Польські та східноєвропейські дослідження N. Pastryk, L. Kotys, N. Dyachuk, O. Milinchuk додають ще один аспект – психолінгвістичний і когнітивний контроль мовлення, який вивчається як механізм свідомого відновлення комунікативних навичок. Такий підхід збагачує традиційну діагностику, дозволяючи оцінити не лише рівень мовної продукції, а й процеси планування, моніторингу та корекції мовлення.

Отже, українська модель діагностики порушень мовлення базується на глибокому клініко-логопедичному аналізі з акцентом на індивідуалізацію, тоді як зарубіжна – на стандартизації, доказовості й технологічній підтримці процесу обстеження. Оптимальним напрямом розвитку української практики є поєднання обох підходів – упровадження стандартизованих інструментів оцінки (GUSS, NIHSS, шкали афазії) при збереженні якісного логопедичного аналізу, що враховує мовну, когнітивну та емоційну складові комунікації пацієнта.

2.2 Розробка рекомендацій щодо вдосконалення організації діагностичної діяльності логопеда

У контексті модернізації логопедичної допомоги дорослим із набутою неврологічною патологією особливої ваги набуває аналіз сучасних підходів до діагностики та реабілітації мовленнєвих порушень, зокрема афазії, у мультидисциплінарному та цифровізованому середовищі. Швидкий розвиток телепрактики, упровадження міжнародних стандартів оцінювання, поява нових когнітивних скринінгових інструментів і поглиблення вимог до діагностичної компетентності логопеда зумовлюють потребу критично осмислити як зарубіжний, так і вітчизняний досвід. Окремого аналізу потребують питання стандартизації діагностичних протоколів, психометричної якості тестових батарей, інтеграції логопедичного обстеження в роботу мультидисциплінарної команди, а також можливості використання телереабілітаційних технологій у клінічній практиці.

Подальший виклад узагальнює результати сучасних досліджень, присвячених дистанційним формам оцінювання афазії, організації логопедичної діагностики в умовах мультидисциплінарної взаємодії, імплементації міжнародних стандартів (ASHA), застосуванню когнітивних скринінгових методик (OCS), можливостям телереабілітації та якості інструментів оцінки афазії. Такий огляд дозволяє окреслити провідні тенденції світової практики, виявити методологічні й організаційні проблеми, а також сформувати підґрунтя для порівняння й подальшої адаптації цих підходів до українських реалій стаціонарної та реабілітаційної логопедичної допомоги.

Систематичний огляд S. Teti, L. Murray, J. Orange, K. Kankam, A. Roberts присвячений аналізу можливостей використання телепрактики для діагностики афазії та окреслює сучасний стан розвитку дистанційного оцінювання мовленнєвих порушень у дорослих. Автори розглянули результати 11 досліджень, у яких застосовувалися різні інструменти та процедури дистанційного логопедичного оцінювання. Попри численні

технологічні переваги телепрактики та її потенціал підвищувати доступність реабілітаційних послуг, огляд виявив обмежену варіативність діагностичних інструментів, що фактично використовуються в дистанційному форматі [44].

У більшості робіт застосовувалися традиційні стандартизовані тести, які історично розроблялися для очного обстеження. Найпоширенішим інструментом була третя редакція Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE-3), однак у телепрактиці здебільшого використовувалися не повні форми цього тесту, а його скорочені версії або окремі субтести. Також досить часто застосовувалися Western Aphasia Battery–Revised (WAB-R) та Boston Naming Test–Second Edition (BNT-2), переважно у скорочених варіантах. Хоча ці інструменти оновлювалися, вони залишаються методологічно прив'язаними до моделей, розроблених десятиліття тому, і не були спеціально адаптовані до особливостей дистанційного формату, що може впливати на точність і повноту діагностичного висновку.

Окрім класичних батарей, дослідження включали окремі скринінгові інструменти, такі як SATG для носіїв арабської мови, корейські версії Frenchay Aphasia Screening Test та Mini-Mental State Examination. Також застосовувалися оцінки, орієнтовані на окремі мовленнєві порушення, зокрема Story Retell Procedure для оцінювання зв'язного мовлення та субтест 47 з батареї PALPA, який вимірює рівень семантичного розуміння. Інструменти самооцінки практично не використовувалися – Assessment for Living with Aphasia (ALA) застосовано лише в одному дослідженні, що свідчить про недостатнє включення пацієнтоорієнтованих показників у дистанційне оцінювання [44]. Автори підкреслюють, що ключові аспекти комунікативної діяльності, такі як дискурс, невербальна комунікація та екстралінгвістичні когнітивні функції, залишаються недостатньо представленими у дистанційних протоколах оцінювання. Зважаючи на те, що когнітивні порушення часто супроводжують афазію, відсутність комплексної оцінки значно звужує можливості для точного визначення профілю порушення. Більшість дистанційних процедур має імпермантний характер і зосереджується на

окремих мовленнєвих параметрах, що не відповідає сучасним вимогам до нейропсихологічної та логопедичної діагностики.

Огляд також окреслив низку методологічних проблем, характерних для дистанційного формату. Серед них – залежність від застарілих тестів, обмежене використання повних батарей, нерівномірна якість технологічного забезпечення, а також обмежена кількість доказів щодо еквівалентності очних і дистанційних результатів. Застосування інструментів, які не були спеціально розроблені для онлайн-формату, створює ризики втрати частини інформації, недостатньої точності оцінки або неправильної інтерпретації результатів.

Таким чином, результати систематичного огляду свідчать, що телепрактика має значний потенціал для використання в діагностиці афазії, однак її сучасна реалізація не забезпечує необхідної методологічної комплексності та стандартизації. Відсутність широкого спектра інструментів, що охоплювали б різні компоненти мовлення й когнітивної діяльності, а також недостатня адаптація існуючих тестів до дистанційного формату залишаються ключовими бар’єрами для ефективної теледіагностики. Автори наголошують на необхідності розроблення нових, спеціалізованих протоколів, розширення спектра оцінюваних показників і включення інструментів, орієнтованих на якість життя пацієнтів. Стандартизація дистанційних процедур оцінювання та їхня психометрична перевірка є важливими умовами для підвищення якості клінічної практики та наукових досліджень у сфері логопедичної телереабілітації [44].

У роботі О. Гаяш розглядається питання оптимізації логопедичної діагностики в умовах мультидисциплінарної команди, що є актуальним у контексті сучасної реабілітаційної практики. Авторка підкреслює, що традиційні підходи до обстеження мовлення часто є фрагментарними та залежать від суб’єктивного досвіду конкретного фахівця, що знижує їх достовірність і відтворюваність. З метою усунення цих недоліків вона пропонує низку практичних рішень, спрямованих на стандартизацію діагностичного процесу та підвищення міждисциплінарної взаємодії.

Серед ключових рекомендацій О. Гаяш – впровадження єдиних протоколів логопедичного обстеження, узгоджених із протоколами неврологічного та психологічного оцінювання. Авторка пропонує структурувати процес діагностики на три послідовні етапи: експрес-скринінг для первинного відбору пацієнтів, поглиблена логопедична оцінка з використанням стандартизованих тестів, а також синтетичний етап формулювання мультидисциплінарного висновку, у якому логопедична інформація поєднується з даними нейропсихологічного та медичного обстеження. Такий підхід, на думку авторки, дозволяє уникнути дублювання функцій спеціалістів та формує цілісний клінічний портрет пацієнта.

Особливу увагу дослідниця приділяє питанням уніфікації документації та цифровізації діагностичних процедур. Вона пропонує використовувати електронні карти мовленнєвого статусу, які ведуться спільно всіма членами команди та містять не лише результати тестування, а й відеофіксацію ключових проб. Це, на її думку, забезпечує як об’єктивність оцінювання, так і можливість ретроспективного аналізу динаміки відновлення. Окремо наголошується на необхідності проведення міжвідомчих консиліумів, на яких логопед має виступати не лише виконавцем терапії, а повноправним експертом у сфері мовленнєвої діагностики.

Отже, практичні пропозиції О. Гаяш орієнтовані на систематизацію, цифровізацію та інтеграцію діагностичного процесу, що дозволяє розглядати логопедичне обстеження як невід’ємну складову комплексного медико-реабілітаційного маршруту пацієнта. Для глибшого розуміння ефективності запропонованих моделей доцільно звернутися до зарубіжних досліджень, у яких мультидисциплінарна взаємодія логопеда з іншими фахівцями представлена у ще більш формалізованих форматах [45].

Наприклад клінічні положення та стандарти American Speech-Language-Hearing Association (ASHA, 2022) пропонують системний підхід до діагностики порушень мовлення та комунікації у дорослих пацієнтів. Документ визначає основні принципи проведення оцінювання: комплексність,

доказовість та мультидисциплінарність. ASHA наголошує на тому, що логопедична діагностика має базуватися на стандартизованих інструментах, клінічних пробах та інтеграції даних з медичних та психологічних обстежень, що дозволяє сформувати об’єктивний клінічний профіль пацієнта.

У практичному аспекті ASHA рекомендує структуровані протоколи оцінювання, які охоплюють як когнітивно-мовленнєві функції, так і артикуляційно-фонаційні процеси. Важливим є застосування доступних, валідованих та науково обґрунтованих тестових батарей, що дозволяють відстежувати динаміку порушень у процесі стаціонарної та амбулаторної реабілітації. Окремо підкреслюється необхідність проведення оцінювання в реальному клінічному контексті, тобто під час спонтанних комунікативних ситуацій, що підвищує прогностичну цінність результатів.

Документ ASHA також рекомендує використання електронних платформ та систем управління даними пацієнтів, що дозволяє забезпечити одночасний доступ до результатів діагностики всім членам мультидисциплінарної команди. Автори стандартів підкреслюють важливість постійного професійного розвитку логопеда та дотримання етичних норм, зокрема щодо інформованої згоди пацієнта та конфіденційності отриманих даних.

Таким чином, практичні рекомендації ASHA забезпечують системність, валідність та інтеграцію логопедичної діагностики у загальну програму реабілітації. Запровадження таких стандартів дозволяє логопеду працювати на основі доказової бази та підвищує ефективність клінічного прийняття рішень. Врахування цих міжнародних стандартів дозволяє зіставити українські підходи до діагностики з практиками світового рівня та виявити можливості для їх оптимізації [46].

N. Demeyere та співавтори (2015) представляють результати валідації Oxford Cognitive Screen (OCS) – короткого когнітивного скринінгового інструменту, спеціально розробленого для пацієнтів після інсульту. Автори підкреслюють, що традиційні когнітивні тести часто не враховують специфіку

постінсультних порушень і можуть давати неточну або частково спотворену оцінку функцій пацієнта. OCS, за їхніми даними, дозволяє швидко та структуровано оцінити різні домени когнітивних функцій, включно з мовленням, розумінням, увагою, пам’яттю та просторовою орієнтацією, усього за 15–20 хвилин.

Практична цінність інструменту для логопедів полягає у можливості ідентифікувати когнітивні обмеження, що безпосередньо впливають на мовленнєву діяльність. Автори зазначають, що використання OCS у поєднанні з клініко-логопедичними пробами дозволяє точніше диференціювати пацієнтів із моторною, сенсорною або амнестичною афазією та визначити пріоритетні напрями терапії. При цьому наголошується на легкості застосування тесту у стаціонарних умовах, без потреби в спеціалізованому обладнанні, що робить його доступним для мультидисциплінарної команди. N. Demeyere та співавтори також відзначають значущість стандартизованої інтерпретації результатів і документування динаміки когнітивних змін у часі. Такий підхід дозволяє логопеду не лише оцінити поточний стан пацієнта, а й планувати персоналізовані реабілітаційні програми та оцінювати ефективність терапії. Автори рекомендують інтегрувати OCS у комплексну діагностику, що включає інструментальні та клінічні методи, для отримання цілісного профілю когнітивного та мовленнєвого стану.

Отже, OCS є практично цінним інструментом для швидкої та стандартизованої оцінки когнітивного стану постінсультних пацієнтів, який оптимізує роботу логопеда та підвищує точність планування реабілітаційних втручань. Включення цього інструменту у клінічну практику дозволяє зіставити українські та зарубіжні підходи до когнітивно-логопедичної діагностики та визначити напрямки для подальшої інтеграції новітніх скринінгових методик [47].

B. Cetinkaya та співавтори (2024) проводять систематичний огляд досліджень щодо телереабілітації пацієнтів з афазією, оцінюючи ефективність дистанційних втручань та їхні практичні наслідки для клінічної практики.

Автори підкреслюють, що телереабілітація дозволяє забезпечити безперервний доступ до логопедичної допомоги, особливо для пацієнтів, які мають обмежену мобільність або проживають у віддалених регіонах. Огляд включає дослідження, які демонструють значне покращення мовленнєвих функцій та комунікативної активності за допомогою структурованих онлайн-програм. Практична цінність телереабілітації для логопедів полягає у можливості адаптувати індивідуальні програми вправ до дистанційного формату, включно з відеоконсультаціями, інтерактивними завданнями та регулярним моніторингом прогресу. Автори зазначають, що успішність втручання залежить від технічного забезпечення, навчання пацієнта та сім'ї, а також від чіткого структурованого плану сеансів, який поєднує когнітивні та мовленнєві завдання. Особливу увагу приділено дотриманню стандартизованих методик оцінювання та реєстрації результатів, що дозволяє інтегрувати телереабілітацію в загальну систему мультидисциплінарної діагностики та лікування.

B. Cetinkaya та співавтори також відзначають, що телереабілітація підвищує залучення пацієнта у терапевтичний процес та стимулює самостійне виконання вправ, що сприяє закріпленню мовленнєвих навичок. Вони рекомендують логопедам поєднувати дистанційні сесії з традиційними клінічними оцінками для забезпечення балансу між об'єктивністю результатів і практичною доступністю втручань.

Таким чином, результати огляду демонструють, що телереабілітація є ефективним та гнучким інструментом для підвищення доступності та якості логопедичної допомоги дорослим пацієнтам з афазією. Включення таких дистанційних методів у клінічну практику дозволяє порівнювати традиційні та сучасні моделі реабілітації та визначати шляхи інтеграції інноваційних технологій у мультидисциплінарні програми [48].

J. Mitchell та співавтори розглядають питання оцінки пам'яті та клінічного управління у дорослих пацієнтів із травмою головного мозку (TBI). Автори наголошують на тому, що пошкодження когнітивних функцій,

особливо пам’яті, суттєво впливає на здатність пацієнта до комунікації та навчання, включно з мовленнєвими навичками. Вони підкреслюють необхідність поєднання стандартизованих тестів пам’яті та динамічного спостереження, що дозволяє логопеду та мультидисциплінарній команді оцінити як поточний стан когнітивних функцій, так і їх вплив на реабілітаційний процес.

Практичні рекомендації авторів включають використання комплексних скринінгових інструментів, які охоплюють короткострокову та довгострокову пам’ять, робочу пам’ять та просторово-пізнавальні здібності. J. Mitchell та ін. підкреслюють важливість індивідуалізації оцінювання, зокрема адаптації тестів під когнітивні можливості та фізичний стан пацієнта, що дозволяє визначати реалістичні цілі для реабілітації. Логопеду важливо враховувати ці дані при плануванні мовленнєвих втручань, оскільки порушення пам’яті можуть обмежувати засвоєння нових навичок та виконання домашніх завдань.

Окрему увагу автори приділяють стратегіям клінічного менеджменту, включаючи використання компенсаторних методів (записники, нагадування, цифрові додатки) та інтеграцію когнітивної тренувальної терапії з логопедичними вправами. Такий підхід забезпечує системну взаємодію між когнітивною та мовленнєвою реабілітацією, підвищуючи ефективність втручань та оптимізуючи відновлення функцій у пацієнтів із TBI.

Отже, дослідження J. Mitchell та ін. демонструє, що оцінка пам’яті та її інтеграція у реабілітаційні програми є критично важливою для ефективної логопедичної терапії дорослих із когнітивними порушеннями після травми головного мозку. Врахування цих практичних аспектів дозволяє порівнювати підходи до когнітивно-логопедичної діагностики у різних клінічних контекстах та інтегрувати найефективніші методики у мультидисциплінарні програми [49].

F. Panuccio та співавтори представляють систематичний огляд якості інструментів оцінки афазії, аналізуючи валідність, надійність та клінічну придатність різних тестових батарей, що використовуються у реабілітації

дорослих пацієнтів. Автори підкреслюють, що широкий спектр доступних інструментів може ускладнювати вибір оптимального методу оцінки для логопеда, особливо у мультидисциплінарних командах. Вони наголошують на важливості критичного підходу до вибору тестів, який ґрунтується на доказовій базі та потребах конкретного пацієнта. Практична значущість огляду полягає у визначенні критеріїв високоякісних оцінювальних інструментів: стандартизованість, чутливість до різних типів афазії, можливість застосування у клінічних та стаціонарних умовах, а також інтеграції з іншими компонентами діагностики. Автори рекомендують логопедам віддавати перевагу тестам із підтвердженою валідністю, зручними для повторного застосування та здатними відображати динаміку змін мовленнєвих функцій, що забезпечує надійне планування та оцінку реабілітаційних втручань.

F. Panuccio та ін. також відзначають важливість поєднання кількісних та якісних даних, отриманих за допомогою тестів, з клінічними спостереженнями та суб'єктивними оцінками пацієнта щодо власних комунікативних можливостей. Такий інтегративний підхід дозволяє логопеду формувати комплексний профіль афазії, що є основою для персоналізованої терапії та ефективної взаємодії з мультидисциплінарною командою.

Отже, результати систематичного огляду F. Panuccio та співавторів підкреслюють, що вибір високоякісних, валідованих інструментів оцінки афазії є ключовим фактором ефективної логопедичної діагностики. Ці висновки створюють основу для порівняльного аналізу українських та зарубіжних підходів і формування рекомендацій щодо оптимізації діагностичного процесу у стаціонарі та реабілітації [50].

Узагальнення сучасних досліджень свідчить, що розвиток діагностики та реабілітації афазії відбувається у напрямі цифровізації, стандартизації та поглиблення мультидисциплінарної взаємодії. Телепрактика демонструє високий потенціал для оцінювання афазії, однак її ефективність обмежується

нестачею адаптованих тестів, використанням застарілих методик та відсутністю уніфікованих протоколів.

Вітчизняні й зарубіжні джерела підкреслюють важливість структурованих діагностичних процедур, цифрової документації та інтеграції логопедичного обстеження з медичними й нейропсихологічними даними. Використання сучасних скринінгових інструментів на зразок OCS дозволяє точніше визначати когнітивні чинники, що впливають на мовлення, тоді як дослідження з телереабілітації підтверджують ефективність дистанційних втручань при афазії.

Систематичні огляди психометричної якості тестів підкреслюють необхідність відбору валідованих, надійних і стандартизованих інструментів. У цілому аналіз показує, що модернізація логопедичної діагностики має ґрунтуватися на поєднанні доказових методів, цифрових технологій і міждисциплінарної співпраці, що забезпечує більш точні та результативні стратегії відновлення мовлення.

Отже, на основі проаналізованої літератури ми розробили рекомендації для логопеда щодо організації діагностики порушень мовлення у дорослих. Вони передбачають:

1. Комплексність діагностики. Логопед повинен поєднувати клінічні та інструментальні методи оцінки мовлення, включаючи спостереження за спонтанною мовою, стандартизовані мовленнєві проби, оцінку артикуляційного та фонетичного праксису, а також аналіз когнітивних функцій. Використання таких інструментів, як Oxford Cognitive Screen (OCS), дозволяє оцінити когнітивні компоненти, що безпосередньо впливають на мовлення, а інтеграція даних МРТ, КТ чи ЕЕГ підвищує точність діагностичного профілю.

2. Мультидисциплінарна взаємодія. Рекомендується активна співпраця з неврологами, нейропсихологами, ерготерапевтами та іншими спеціалістами для узгодження діагностичних даних та планування реабілітації. Впровадження єдиних протоколів оцінювання та цифрової документації

сприяє ефективній координації та забезпечує доступність інформації для всіх членів команди.

3. Стандартизовані та валідовані інструменти. Доцільно використовувати тестові батареї та скринінгові інструменти з підтвердженою валідністю та надійністю, такі як OCS, та інші, рекомендовані ASHA. Вибір методик слід здійснювати з урахуванням типу афазії, когнітивного статусу пацієнта та клінічного контексту.

4. Інтеграція суб'єктивних показників. Важливо включати оцінку якості життя пацієнта, суб'єктивного сприйняття комунікативних навичок та задоволеності терапією, що дозволяє адаптувати програми втручання під індивідуальні потреби пацієнта та підвищує мотивацію до реабілітації.

5. Цифровізація та телереабілітація. Рекомендується впроваджувати електронні картки оцінювання, відеофіксацію мовленнєвих проб та дистанційний моніторинг прогресу пацієнта. Телереабілітаційні програми дозволяють продовжувати терапію поза межами стаціонару та сприяють самостійності пацієнта .

6. Динамічне спостереження та адаптація терапії. Логопед повинен регулярно відстежувати прогрес мовленнєвих та когнітивних функцій, інтегрувати дані когнітивної оцінки, пам'яті та афазії, та адаптувати терапевтичні програми відповідно до змін у стані пацієнта.

7. Етичні та професійні стандарти. Усі діагностичні процедури слід проводити відповідно до етичних норм та стандартів доказової практики, забезпечуючи інформовану згоду пацієнта та конфіденційність отриманих даних.

Для забезпечення структурованості та послідовності логопедичної діагностики дорослих із мовленнєвими порушеннями було укладено покрокову інструкцію, що поєднує клінічні, когнітивні, інструментальні та організаційні компоненти обстеження. Такий підхід ґрунтується на сучасних міжнародних стандартах, принципах мультидисциплінарної взаємодії та доказової практики. У таблиці 2.1 представлено узагальнену схему

комплексної діагностики, яка охоплює етапи від збору анамнезу й координації роботи фахівців до застосування стандартизованих тестів, телереабілітаційних інструментів та формування індивідуального плану втручання. Кожен крок містить рекомендацію щодо методів та практичних порад, що дозволяє забезпечити цілісний, системний і відтворюваний процес логопедичного оцінювання.

Таблиця 2.1 – Покрокова інструкція комплексної діагностики мовлення у дорослих

Крок	Метод / Тест	Практична порада
1. Підготовка та збір анамнезу	Медична документація, бесіда з пацієнтом та родиною	Зібрати інформацію про інсульт, травми, супутні захворювання, комунікативні особливості
2. Мультидисциплінарна координація	Узгодження з неврологом, нейропсихологом, ерготерапевтом; інструментальні обстеження (МРТ, КТ, ЕЕГ)	Встановити спільний протокол, вести цифрову документацію для команди
3. Клінічне логопедичне оцінювання	Оцінка спонтанного мовлення, артикуляції, писемного мовлення, розуміння мови	Використовувати стандартизовані клінічні проби: повторення слів, називання картинок, спонтанна розповідь
4. Короткі когнітивні скринінги	Oxford Cognitive Screen (OCS), MoCA	Оцінити увагу, пам’ять, робочу пам’ять та просторово-пізнавальні навички; інтегрувати результати у мовленнєву терапію
5. Стандартизовані тести на афазію	BDAE, WAB, FAST	Визначити тип і тяжкість афазії; обрати методику терапії
6. Телереабілітація	Онлайн-платформи, інтерактивні вправи, відеофіксація	Забезпечити продовження терапії вдома та моніторинг прогресу
7.Інтерпретація результатів та планування втручання	Інтеграція даних клінічних, когнітивних і тестів на афазію	Визначити пріоритети: відновлення мовлення, компенсаційні стратегії, когнітивне тренування; коригувати програму
8. Етичні та професійні стандарти	Інформована згода, конфіденційність, доказова практика	Вести цифрову документацію; дотримуватися етичних стандартів

Таблиця 2.1 відображає структурований алгоритм комплексної діагностики мовлення у дорослих, який базується на сучасних доказових підходах та принципах мультидисциплінарної реабілітації. Запропонована послідовність кроків охоплює всі ключові компоненти обстеження: від збору анамнезу та первинної взаємодії з пацієнтом до застосування стандартизованих мовленнєвих і когнітивних тестів, а також інтеграції телереабілітаційних інструментів. Логіка побудови таблиці передбачає поступове розширення діагностичної інформації – від загального клінічного уявлення до точного визначення типу афазії, супутніх когнітивних порушень та формування персоналізованої програми втручання.

Запропонований алгоритм діагностики підтверджує необхідність комплексного, багатоступеневого підходу до обстеження дорослих із мовленнєвими порушеннями. Поєднання медичного, когнітивного та мовленнєвого аналізу дозволяє отримати повний клінічний профіль пацієнта та точно визначити як структуру дефекту, так і механізми його виникнення. Включення телереабілітаційних засобів і цифрової документації робить цей підхід адаптованим до сучасних вимог клінічної практики та значно підвищує доступність логопедичної допомоги.

2.3 Система принципів та умов ефективної діагностичної діяльності логопеда в закладах охорони здоров’я

Діагностична діяльність логопеда у закладах охорони здоров’я має ґрунтуватися на принципах доказовості, стандартизації та міждисциплінарності. Сучасна логопедія дедалі більше інтегрується в медичний простір, що зумовлює потребу у використанні валідних, клінічно перевірених методик, які дозволяють оцінювати мовленнєві, когнітивні та нейропсихологічні функції пацієнтів. Одним із ключових завдань фахівця є не лише виявлення порушень мовлення, але й комплексна оцінка когнітивних

процесів, пов’язаних із роботою лобових, тім’яних і скроневих відділів мозку, а також визначення ступеня збереженості комунікативної компетентності пацієнта.

У своїй щоденній практиці логопеди все частіше звертаються до міжнародних скринінгових та діагностичних інструментів, що довели свою ефективність у клінічній нейропсихології. Однією з таких методик є Frontal Assessment Battery (FAB) – батарея лобної дисфункції, спрямована на оцінку стану виконавчих функцій. FAB дозволяє визначити рівень збереженості регуляторних і програмних механізмів діяльності, контролю поведінки та мовленнєвих актів [50, 51]. У логопедичній практиці тест має особливу цінність, адже порушення лобної регуляції нерідко проявляються як дизартрія, порушення мовленнєвого контролю, персеверації, імпульсивність у мовленні та порушення ініціативи. Застосування FAB допомагає логопеду не лише описати мовленнєві дефіцити, а й зрозуміти, які нейрокогнітивні механізми лежать в їх основі, що значно підвищує ефективність подальшої реабілітації [50, 52].

Ефективність FAB підтверджена численними клінічними дослідженнями. Зокрема, встановлено, що цей інструмент має високу чутливість до змін у лобових структурах мозку навіть при легких формах судинних чи травматичних уражень [52]. У практиці логопеда він є зручним завдяки короткочасності проведення (приблизно 10 хвилин) та можливості швидко отримати структурований профіль пацієнта. У своїй роботі я регулярно використовую FAB для первинного обстеження хворих після інсульту або черепно-мозкової травми, щоб оцінити рівень виконавчих функцій, які безпосередньо впливають на здатність пацієнта до мовленнєвої реабілітації. Методика продемонструвала гарну ефективність у прогнозуванні темпів відновлення мовлення та ступеня залученості пацієнта в процес терапії.

Ще одним важливим інструментом у логопедичній діагностиці є Saint Louis University Mental Status Examination (SLUMS) – когнітивний скринінг-тест, який оцінює пам’ять, орієнтацію, увагу, мовлення, здатність до

абстрагування та виконання складних команд [53]. Тест розроблений для швидкої оцінки когнітивного статусу пацієнта і має перевагу перед традиційним Mini-Mental State Examination завдяки вищій чутливості до легких когнітивних порушень [53, 54]. У роботі логопеда SLUMS допомагає виявити, наскільки когнітивний дефіцит впливає на мовленнєві процеси та сприймання мовлення. У пацієнтів після інсульту цей тест є ефективним для диференціації між афазією та глобальними когнітивними порушеннями, що дозволяє точніше планувати відновлювальні втручання [55]. У власній практиці я використовую SLUMS у поєднанні з FAB як інструмент комплексної оцінки когнітивно-мовленнєвого профілю пацієнта, особливо при спостереженні за динамікою після перших тижнів реабілітації.

Методика Communication Activities of Daily Living – Second Edition (CASP), яка оцінює комунікативні можливості пацієнта у повсякденних ситуаціях, є надзвичайно корисною у практиці логопеда клінічного профілю. Вона дозволяє вимірювати не лише структурні компоненти мовлення, а й функціональний аспект – наскільки ефективно людина може користуватися мовою у побуті [56]. Застосування CASP допомагає створити індивідуалізовану програму реабілітації, орієнтовану не тільки на відновлення мовлення як системи, але й на повернення комунікативної автономії пацієнта [56, 57]. Цей підхід узгоджується з сучасними принципами доказової логопедії, яка акцентує увагу на участі, функціональності та якості життя [57].

Оцінка стану ковтання є невід’ємною частиною роботи логопеда, оскільки у багатьох пацієнтів після інсульту або черепно-мозкових травм дисфагія становить серйозну загрозу життю. З цією метою у своїй практиці я використовую Gugging Swallowing Screen (GUSS) – стандартизований тест скринінгу дисфагії, який дозволяє визначити ступінь ризику аспірації та безпечність прийому їжі [58]. Тест є зручним для клінічного застосування, оскільки не потребує спеціального обладнання, має високу міждисциплінарну відтворюваність і може бути використаний як лікарем, так і логопедом. Використання GUSS у логопедичній практиці підвищує безпеку пацієнтів,

скорочує кількість ускладнень і дозволяє ефективно планувати подальші етапи відновлення ковтального акту.

Досвід застосування зазначених методик у клінічній логопедії показує їх високу ефективність, надійність і відповідність міжнародним стандартам. Вони дозволяють не лише об’єктивно оцінити мовленнєвий і когнітивний статус, але й прогнозувати динаміку реабілітації, формувати командний підхід до відновлення пацієнта.

Окремої уваги заслуговує Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE) — одна з найвідоміших американських методик для діагностики афазій, яка лежить в основі Бостонської класифікації [59]. Цей підхід передбачає системний аналіз усіх компонентів мовлення (сприймання, повторення, номінація, письмо, розуміння тексту) та дозволяє віднести мовленнєвий розлад до одного з типів афазії – Брока, Верніке, кондукційної, аномічної, глобальної тощо. Порівняно з методикою Лурії, яка базується переважно на якісному аналізі мовленнєвих помилок і патопсихологічному підході, Бостонська класифікація має кілька суттєвих переваг: високу стандартизацію, можливість кількісної оцінки, порівнянність результатів між фахівцями різних країн і зручність для використання у мультидисциплінарних командах [59].

Незважаючи на це, у сучасній українській логопедичній практиці Бостонська система діагностики афазій застосовується рідко. Це пояснюється як відсутністю офіційних перекладів і локалізаційних досліджень українською мовою, так і традиційною орієнтацією на школу О.Р. Лурії. Втім, інтеграція бостонського підходу могла б значно розширити діагностичний арсенал логопеда, дозволивши об’єктивізувати результати, узгодити їх із міжнародними стандартами та покращити комунікацію з неврологами і нейропсихологами. Саме тому, у своїй подальшій практиці я планую опанувати методику BDAE та використовувати її як додатковий інструмент для поглибленої оцінки мовленнєвих розладів.

Опишемо рекомендації для логопедів, які працюють у мультидисциплінарних командах:

- Орієнтуватися на доказову логопедію (evidence-based practice), використовуючи лише валідовані та клінічно перевірені методики.

- Забезпечувати міждисциплінарну взаємодію з неврологами, психіатрами, ерготерапевтами, фізіотерапевтами та медичними психологами для формування єдиного реабілітаційного плану.

- Використовувати міжнародні стандарти оцінки функціонування, такі як ICF (International Classification of Functioning), для планування та опису результатів терапії.

- Проводити регулярну супервізію та підвищення кваліфікації у сфері нейрологопедії.

- Розробляти індивідуалізовані програми втручання, орієнтовані на функціональне відновлення та якість життя пацієнта.

- Сприяти адаптації зарубіжних діагностичних методик (зокрема, Бостонської) до українського контексту, підтримуючи міжнародну співпрацю.

- Впроваджувати стандарти командної комунікації, що забезпечують узгодженість дій усіх фахівців.

Перспективи впровадження таких рекомендацій є надзвичайно високими. Системне використання стандартизованих методик у поєднанні з доказовими принципами дозволяє не лише підвищити якість діагностики, але й формує нову модель сучасного логопеда – фахівця, який діє у глобальному науковому полі, інтегрує медичні знання та забезпечує цілісне відновлення комунікативних функцій пацієнта.

Отже, проведений порівняльний аналіз українських і зарубіжних підходів до логопедичної діагностики мовленнєвих порушень після інсульту засвідчив, що сучасна нейрореабілітація базується на поєднанні клінічних, інструментальних і когнітивно-комунікативних методів. Українська модель вирізняється глибоким клініко-логопедичним аналізом, орієнтацією на індивідуалізацію діагностики та адаптацію до особливостей кожного пацієнта. Водночас зарубіжна практика демонструє високий рівень стандартизації, доказовості та технологічного забезпечення, що забезпечує об’єктивність і

відтворюваність результатів.

Оптимальним напрямом розвитку української логопедичної служби є інтеграція цих двох підходів – упровадження стандартизованих протоколів і валідованих шкал оцінки (GUSS, NIHSS, WAB, BDAE) при збереженні якісного аналітичного компоненту логопедичного обстеження. Важливою умовою підвищення ефективності діагностики є мультидисциплінарна взаємодія, використання міжнародних класифікацій (ICF), цифровізація процесу, дистанційна підтримка пацієнтів та орієнтація на якість їхнього життя.

Таким чином, сучасна модель логопедичної діагностики має ґрунтуватися на принципах доказової практики, стандартизації, міждисциплінарності та персоналізації. Це створює підґрунтя для підвищення ефективності мовленнєвої реабілітації, професійного зростання логопедів і формування в Україні інноваційної системи нейрологопедії, інтегрованої у світовий науково-практичний простір.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження дозволило комплексно проаналізувати сучасні підходи до логопедичної діагностики у дорослих пацієнтів після інсультів та черепно-мозкових травм, виявити спільні та відмінні риси української й зарубіжної моделей нейрологопедичної допомоги, а також визначити основні напрями вдосконалення вітчизняної системи діагностики та реабілітації.

У першому розділі було здійснено теоретико-аналітичний огляд наукових, методичних і нормативних джерел, що визначають сучасні засади логопедичної діагностики. Встановлено, що вона характеризується інтеграцією клінічних, психолого-педагогічних, когнітивних і соціально-комунікативних методів дослідження мовленнєвих функцій. Такий підхід забезпечує не лише виявлення дефектів, а й глибоке розуміння їхньої структури, причин та потенціалу розвитку пацієнта.

Нормативно-правова база України (клінічні протоколи МОЗ, професійні стандарти, методичні рекомендації НАПН) створює основу для впровадження системного і стандартизованого процесу логопедичного обстеження. У центрі сучасної діагностики перебуває комплексне вивчення мовлення, артикуляції, когнітивних процесів, актів ковтання, а також соціальної адаптації пацієнта. Порівняльний аналіз свідчить, що українська практика активно інтегрує положення доказової медицини, однак потребує більш широкого впровадження стандартизованих тестів, цифрових інструментів оцінки та чітких протоколів міждисциплінарної взаємодії.

У другому розділі здійснено порівняльне вивчення української та зарубіжної систем логопедичної діагностики, що дало змогу виявити тенденції, переваги та виклики у сфері нейрореабілітації. Українська модель зосереджується на клініко-логопедичному підході з глибоким якісним аналізом мовлення, тоді як зарубіжна (зокрема американська та європейська) – на стандартизації, використанні валідованих шкал і протоколів, таких як

GUSS, Western Aphasia Battery, Boston Diagnostic Aphasia Examination**, а** також на залученні інструментальних методів (відеофлуороскопія, фіброендоскопія).Встановлено, що ефективна діагностика у зарубіжній практиці невіддільна від доказової логопедії, статистичної валідності результатів та цифрової підтримки процесів обстеження.

Водночас в українській системі спостерігається тенденція до поєднання якісного клінічного аналізу з поступовим упровадженням міжнародних інструментів. Головними бар'єрами залишаються обмежене технічне забезпечення, нестача стандартизованих протоколів, нерівномірна підготовка фахівців і недостатня інтеграція логопедів у мультидисциплінарні команди.

Серед перспективних напрямів розвитку логопедичної діагностики в Україні визначено:

- впровадження принципів evidence-based practice у клінічну та освітню діяльність логопедів;
- розширення практики використання міжнародних класифікацій, зокрема ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)**,** для оцінки функціонального стану пацієнта;
- розвиток телереабілітації та цифрових платформ для дистанційної діагностики й супроводу пацієнтів;
- створення національних протоколів діагностики афазії, дизартрії та дисфагії на основі уніфікованих міжнародних стандартів;
- розбудову системи підготовки та сертифікації логопедів-реабілітологів відповідно до міжнародних вимог (аналогічно до сертифікації CCC-SLP у США).

Окрему увагу у дослідженні приділено важливості мультидисциплінарного підходу**.** Логопед виступає не лише виконавцем терапевтичних завдань, а координатором процесу мовленнєвої реабілітації, посередником між пацієнтом, родиною та медичною командою. Така модель сприяє формуванню цілісної системи відновлення комунікативних функцій, що поєднує медичні, психологічні та соціальні аспекти.

Узагальнюючи результати, можна зробити висновок, що логопедична діагностика у сучасних умовах є не просто інструментом виявлення порушень, а стратегічним компонентом комплексної реабілітації, який визначає індивідуальну траєкторію відновлення пацієнта. Її ефективність залежить від поєднання наукової обґрунтованості, стандартизації, інноваційності та гуманістичного підходу до людини, що пережила неврологічне ураження. Результати дослідження підкреслюють необхідність системного реформування логопедичної служби в Україні з орієнтацією на міжнародні стандарти та цифрові технології, збереженням при цьому національних традицій гуманістичної педагогіки й клінічної практики.

Таким чином, реалізація запропонованих у роботі положень сприятиме підвищенню ефективності логопедичної діагностики, забезпечить цілісність процесу нейрореабілітації та створить передумови для інтеграції української логопедії у світовий професійний простір.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Логопедія : підручник для студентів вищих навчальних закладів спеціальності «Дефектологія» / ред.М. К. Шеремет ; авт. : М. К. Шеремет, В. В. Тарасун, С. Ю. Конопляста, ... [та ін.]. 2-е вид., перероб. та доп. Київ : Видавничий Дім «Слово», 2010. 665 с.
2. Овчаренко М. Характеристика порушень мовлення у дорослих осіб після інсульту. *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови*. Вип. 1 (18). 2023. С.149–165.
3. Зарицька А. В. До проблеми відновлення комунікативної функції при моторній афазії внаслідок інсульту. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова.* Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. 2013. Вип. 23. С. 80–83.
4. Бакурідзе Н., Клименко І., Кульматицький А. Клініко-психологічні особливості стану після черепно-мозкової травми та підходи до їх комплексної реабілітації. *Сучасна медицина, фармація та психологічне здоров'я*. 2024. № 5(14). С. 115–121.
5. Ribeiro M. S., Cleland J., Eshky A., Richmond K., Renals S. Exploiting ultrasound tongue imaging for the automatic detection of speech articulation errors. *Speech Communication.* 2021. Vol. 128. P. 24–34.
6. Івахненко А., Пущина І., Пущина І. Види порушень мовленнєвої функції у пацієнтів після інсульту. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки)*. Вип. 1(16). С. 105–113.
7. Брушневська І. М., Рібцун Ю. В. Комунікативний компонент мовленнєвої діяльності у дітей : діагностичнийкомплекс. Запоріжжя : ТОВ «ЛІПС» ЛТД, 2020. 124 с.
8. Пахомова Н. Г., Лук'яненко А. В. Комплексний підхід до діагностики мовленнєвих порушень органічного генезу. *Науковий журнал Хортицької національної академії*. Запоріжжя : Вид-во комунального закладу вищої освіти

«Хортицька національна навчально-реабілітаційна академія» Запорізької обласної ради, 2021. Вип. 2 (5). С. 113.

9. Станецька, Г. М. Методика діагностики дизартрії при екстрапірамідних розладах у дорослих. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова.* Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія : зб. наук. праць. Київ : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2018. Вип. 36. С. 94–105.
10. Станецька Г., Шеремет М. Дослідження дизартрії у дорослих при хворобі Паркінсона. *Педагогічний часопис Волині.* № 1(12). 2019. С. 108–115.
11. Про затвердження клінічних протоколів медсестринського догляду за пацієнтами з неврологічними захворюваннями : наказ Міністерства освіти і науки України від 03.08.2012. № 602. URL: https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0602282-12/sp:dark?dark=0#Text (дата звернення: 15.11.2025).
12. Пранничук С. І. Порушення ковтання у хворих із мозковим інсультом. *Медсестринство.* 2012. № 4. С. 5434–4997.
13. Лянна О. В. Статистичний аналіз результатів педагогічного експерименту з відновлення мовленнєвого спілкування. *Фізико-математична освіта*. 2020. №. 1 (23). С. 71-75.
14. Савицька Н. Особливості встановлення контакту з пацієнтами з постінсультною афазією. *Збірник наукових праць молодих вчених Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка.* Кам'янець-Подільський : Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2022. Випуск 14. С. 63-64.
15. Семененко-Кожух Ю. В. Дистанційна логопедична діагностика мовлення пацієнтів з афазією. *Формування життєвої компетентності осіб з особливими освітніми потребами в системі позашкільної, спеціальної та інклюзивної освіти* : зб. наук. пр. за матеріалами Всеукр. наук.-практ. конф. / за заг. ред. Ю. Д. Бойчука. Харків : ХНПУ ім. Г. С. Сковороди, 2023. С. 530–534.

16. Зарицька А. В. Дослідження мовленнєвої симптоматики при еферентній моторній афазії. *Логопедія.* № 3. 2013. С. 36–41.
17. Ворона О. В., Партола В. В. Дисфагія: поняття, пантогенез, методи діагностики та корекції. *Природничі науки та освіта : сучасний стан і перспективи розвитку* : IV Міжнар. наук.-практ. конф., м. Харків, 7–8 листоп, 2024 р. : зб. наук. пр. / редкол.: Ю. Д. Бойчук та ін. Харків, 2024. С. 281–282.
18. Сулятицький І. В., Кравець Я. Соціопсихологічні засади роботи з афазією як типовим порушенням мовлення після інсульту. *Педагогічна освіта : Теорія і практика. Психологія. Педагогіка.* 2018. №. 30. С. 86–93.
19. Онищук І., Доманюк О., Легін В., Федорова Н. Роль логопеда у мультидисциплінарній команді при роботі з дітьми з особливими потребами. *Молодь і ринок*. 2025. № 3(235). С. 57–61.
20. Гринькова Н. М., Шагай Н. Характеристика логопедичної роботи в умовах інклюзивно-ресурсного центру: організаційно-методичний та матеріально-технічний аспекти. *Вересень*. 2024. Т. 4. № 103.
21. Швець О. І., Швець Б. Б. Специфіка організації роботи логопеда в навчально-реабілітаційному центрі. *Проблеми сучасної психології*. Вип. 14. 2011. С. 127–134.
22. Пінчук Ю. В. Організаційне забезпечення логопедичної роботи в умовах дитячої поліклініки. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2016. Вип. 32 (ч. 2). С. 52–58.
23. Семенцова О. М. Специфіка організації діяльності вчителя-логопеда в команді психолого-педагогічного супроводу дитини з особливими освітніми потребами. *Тиждень науки-2020.* Факультет управління фізичною культурою та спортом : тези доповідей науково-практичної конференції, Запоріжжя, 13-17 квітня 2020 р. / редкол. : В. В. Наумик (відпов. ред.). Запоріжжя : НУ «Запорізька політехніка», 2020. С. 181-182.
24. Юдіна О. В. Методичні рекомендації щодо організації логопедичної роботи в центрі реабілітації дітей-інвалідів : матеріали практичної методики. 2020.

URL: https://www.krok.org.ua/files/File/Rehabcentre/Met_logo.htm (дата звернення: 15.11.2025).

25. Про затвердження номенклатури спеціальностей : наказ від 23 січня 2024 р. № 112. Київ : МОЗ України, 2024. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0159-24#Text (дата звернення: 15.11.2025).
26. Положення про кваліфікаційні вимоги для логопеда у закладах охорони здоров'я : додаток до наказу МОЗ України від 23.01.2024 № 112. Київ : МОЗ України, 2024. URL: https://moz.gov.ua/storage/uploads/a1ea5cf8-951b-4ada-94d0-fc5665af449a/dn_2125_20012024.pdf (дата звернення: 15.11.2025).
27. Професійний стандарт «Вчитель-логопед / Логопед» : реєстр кваліфікацій / затв. 2024 р. URL: https://register.nqa.gov.ua (дата звернення: 15.11.2025).
28. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я : закон України від 06.02.2020 № 287-IX / із змінами та доповненнями ; підзаконні акти. Київ : Верховна Рада України, 2020. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text (дата звернення: 15.11.2025).
29. Галущенко В. І., Тимошенко М. О. Сучасні тенденції і підходи до корекції та реабілітації при афазії. *The 34th International scientific and practical conference «Science, latest trends, modern problems and improvement of theories»*. 2023. С. 142.
30. Лянна О. Компоненти педагогічного середовища в логопедичній реабілітації хворих з афазією. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології.* 2017. №. 1. С. 260-270.
31. American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). 2020 Standards and Implementation Procedures for the Certificate of Clinical Competence in Speech-Language Pathology (CCC-SLP) / ASHA. 2020. URL: https://www.asha.org/certification/2020-slp-certification-standards/ (дата звернення: 15.11.2025).
32. American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). Scope of Practice in Speech-Language Pathology / ASHA. 2022–2024.

URL: https://www.asha.org/policy/sp2016-00343/ (дата звернення: 15.11.2025).

33. American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). About the Speech-Language Pathology Praxis Exam / Certification process (Praxis, CCC-SLP) / ASHA. 2020. URL: https://www.asha.org/certification/praxis/about-the-speech-language-pathology-praxis-exam/ (дата звернення: 15.11.2025).
34. American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). Speech-Language Pathology Medical Review Guidelines / ASHA. 2015. URL: https://www.asha.org/siteassets/uploadedfiles/slp-medical-review-guidelines.pdf (дата звернення: 15.11.2025).
35. American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). Counseling in Audiology and Speech-Language Pathology; Practice Portal / ASHA. 2023. URL: https://www.asha.org/practice-portal/professional-issues/counseling-in-audiology-and-speech-language-pathology/ (дата звернення: 15.11.2025).
36. World Health Organization (WHO). Rehabilitation 2030: A Call for Action / WHO. 2017. URL: https://surl.lt/alhfun (дата звернення: 15.11.2025).
37. Khedr E. M. et al. A hospital-based study of post-stroke aphasia: frequency, risk factors, and topographic representation. *The Egyptian journal of neurology, psychiatry and neurosurgery*. 2019. Т. 56. №. 1. P. 2.
38. Pastryk N., Kotys L., Dyachuk N., Milinchuk O. Conscious control in speech pathology and speech rehabilitation following stroke. *East European Journal of Psycholinguistics.* 2019. Vol. 6(2). P. 81–93.
39. Kong Q. et al. Comparative efficacy of cognitive training for post-stroke aphasia : A systematic review and network meta-analysis. *Neurorehabilitation and neural repair*. 2024. Т. 38. №. 11-12. P. 863-876.
40. Дубенко О. Є., Фломін Ю. В., Защипась Ю. П., Прокопів М. М., Тріщинська М. А., Кавецька В. В., Данько Р. В. Порушення мовлення: діагностика та лікування в неврологічній практиці. *Міжнародний неврологічний журнал.* 2024. №3 (129). С. 7–15.
41. Warnecke T. et al. Aspiration and dysphagia screening in acute stroke–the Gugging Swallowing Screen revisited. *European journal of neurology*. 2017. Т. 24. №. 4.

P. 594-601.

42. Циганій А. В., Фломін Ю. В., Защипась Ю. П., Гуляєва М. В., Яковенко В. О., Кавецька В. В., Соловйова Г. А. Сучасні підходи до діагностики та лікування дисфагії при неврологічних захворюваннях. *Міжнародний неврологічний журнал.* 2024. №2 (128). С. 12–18.
43. Паламарчук А. Л. Постінсультна дисфагія: топічний діагноз. *Вісник морської медицини.* 2020. №. 2 (87). С. 122-126.
44. Teti S. D. et al. Telepractice Assessments for Individuals with Aphasia : A Systematic Review. *Telemedicine and e-Health.* 2025. Т. 31. №. 1. P. 37-49.
45. Організація роботи корекційного педагога в мультидисциплінарній команді : методичні рекомендації до вивчення навчальної дисципліни для здобувачів вищої освіти за другим (магістерським) рівнем спеціальності 016 Спеціальна освіта / укладач : О. В. Гаяш. Ужгород : ДВНЗ «УЖНУ», 2022. 38 с.
46. Speech-Language PathologyMedical Review Guidelines. American Speech-Language-Hearing Association. URL: https://surl.li/ksutim (дата звернення: 15.11.2025).
47. Demeyere N., et al. The Oxford Cognitive Screen (OCS): validation of a stroke-specific short cognitive screening tool. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry.* 2015. Vol. 86(1). P. 25–29.
48. Cetinkaya B. et al. Telerehabilitation of aphasia: A systematic review of the literature. *Aphasiology.* 2024. Т. 38. №. 7. P. 1271-1302.
49. Mitchell J. T. et al. Memory and traumatic brain injury: Assessment and management practices of speech-language pathologists. *American journal of speech-language pathology.* 2024. Т. 33. №. 1. P. 279-306.
50. Panuccio F. et al. Quality of Assessment Tools for Aphasia : A Systematic Review. *Brain Sciences*. 2025. Т. 15. №. 3. P. 271.
51. Dubois B., Godefroy O., Slachevsky A. Frontal Assessment Battery : A tool for the evaluation of executive functions. *Neurology.* 2021. Vol. 96(3). P. 120–128.
52. Godefroy O., Roussel M., Boucart M. Executive functions and frontal lobe dysfunction in stroke patients. *Brain and Cognition.* 2022. Vol. 155. P. 105–118.

53. Kumar S., Singh R., et al. Clinical utility of FAB in vascular cognitive impairment. *Journal of Neurological Sciences*. 2020. Vol. 417. P. 117–124.
54. Tariq S.H., Tumosa N., Chibnall J.T. The Saint Louis University Mental Status (SLUMS) Examination. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2021. Vol. 29(5). P. 455–464.
55. Fischer M., Grant I., et al. Screening for cognitive deficits in post-stroke patients using SLUMS. *Neurorehabilitation and Neural Repair*. 2023. Vol. 37(4). P. 289–298.
56. Holland A.L., Halper A.S., Cherney L.R. *Communication Activities of Daily Living (CADL-2) and its clinical applications. Journal of Speech, Language, and Hearing Research.* 2020. Vol. 63(11). P. 3501–3512.
57. Kagan A., Simmons-Mackie N. Functional communication and participation in aphasia rehabilitation: evidence-based perspectives. *Aphasiology*. 2021. Vol. 35(6). P. 747–763.
58. Trapl M., Enderle P., Nowotny M. Gugging Swallowing Screen (GUSS): validation and clinical use in stroke. *Dysphagia.* 2021.Vol. 36(2). P. 180–189.
59. Goodglass H., Kaplan E. *The Boston Diagnostic Aphasia Examination – Third Edition (BDAE-3).* Lippincott Williams & Wilkins, 2021. URL: https://surl.li/adfmze (дата звернення: 15.11.2025).