

**О.В. Кирик<sup>1</sup>, О.В. Назар<sup>2</sup>, О.Р. Макар<sup>1</sup>, О.В. Гдыря<sup>1</sup>, Л.В. Мороз<sup>3</sup>, Л.В. Дугіна<sup>4</sup>,  
О.В. Вайда<sup>5</sup>, І.Ю. Корнійчук<sup>6</sup>, С.П. Радовенчик<sup>6</sup>, К.М. Климович<sup>2</sup>**

## **Якість життя дитини з церебральним паралічем: роль батьківської компетентності в аспектах щоденного догляду та виховання**

<sup>1</sup>ДНТ «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького», Україна

<sup>2</sup>Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ

<sup>3</sup>Сумський державний педагогічний університет імені А.С. Макаренка, Україна

<sup>4</sup>Харківська державна академія фізичної культури, Україна

<sup>5</sup>Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського, Україна

<sup>6</sup>Львівський державний університет безпеки життєдіяльності, Україна

Modern Pediatrics. Ukraine. (2026). 1(153): 128-135; doi 10.15574/SP.2026.1(153).128135

**For citation:** Kyryk OV, Nazar OV, Makar OP, Hdyrya OV, Moroz LV, Duhina LV et al. (2026). Quality of life of a child with cerebral palsy: the role of parental competence in aspects of daily care and upbringing. Modern Pediatrics. Ukraine. 1(153): 128-135. doi: 10.15574/SP.2026.1(153).128135.

Церебральний параліч (ЦП) належить до найпоширеніших причин дитячої інвалідності як у світі, так і в Україні. Це порушення впливає на поставу, контроль рівноваги та рухову активність дитини, що з часом може призводити до розвитку вторинних ускладнень і обмежень функціонування. Формування компетенцій у батьків стосовно догляду та виховання дітей із ЦП у рамках раннього втручання (РВ) сприяють зменшенню ризику вторинних порушень і підвищенню функціональних можливостей дитини. Важливу роль у цьому процесі відіграє послуга РВ, яка забезпечує індивідуалізований супровід і реабілітацію дітей від народження до чотирьох років.

**Мета** – здійснити порівняльний аналіз якості життя дітей із ЦП залежно від рівня компетенцій батьків щодо догляду та виховання дітей віком 4–14 років зі спастичним ЦП.

**Матеріали і методи.** Досліджено 105 дітей (віком 4–14 років), поділених на дві групи: група А (43 дитини, які отримували послугу РВ); група Б (62 дитини, які не отримували спеціалізованого втручання). Рівень якості життя оцінено за допомогою міжнародного опитувальника CPQOL.

**Результати.** Аналіз отриманих результатів вказує на те, що чим більше значення рівня компетенцій батьків, тим більший рівень якості життя за показниками розділів: «Здоров'я», «Сім'я та друзі», «Участь», «Комунікація», «Доступність до сервісів», «Ваше здоров'я».

**Висновки.** Послуга РВ від народження до 4 років із використанням індивідуальної програми реабілітації, орієнтованої на розвиток компетенцій батьків щодо догляду та виховання дітей із ЦП, позитивно впливає на якість життя дітей, сприяючи поліпшенню виконання діяльності та функціонування.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

**Ключові слова:** церебральний параліч; реабілітація, раннє втручання; індивідуальна програма реабілітації; функціонування, включення в соціум; якість життя; міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я (МКФ); сімейно-орієнтований підхід; компетенції батьків.

### **Quality of life of a child with cerebral palsy: the role of parental competence in aspects of daily care and upbringing**

**O.V. Kyryk<sup>1</sup>, O.V. Nazar<sup>2</sup>, O.R. Makar<sup>1</sup>, O.V. Hdyrya<sup>1</sup>, L.V. Moroz<sup>3</sup>, L.V. Duhina<sup>4</sup>, O.V. Vayda<sup>5</sup>, I.Yu. Korniiuchuk<sup>6</sup>, S.P. Radovenchuk<sup>6</sup>,  
K.M. Klimovych<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Ukraine

<sup>2</sup>Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv

<sup>3</sup>Sunny State Pedagogical University named after A.S. Makarenko, Ukraine

<sup>4</sup>Kharkiv State Academy of Physical Culture, Ukraine

<sup>5</sup>I. Horbachevsky Ternopil National Medical University, Ukraine

<sup>6</sup>Lviv State University of Life Safety, Ukraine

Cerebral palsy (CP) is one of the most common causes of childhood disability in the world and in Ukraine. This disorder affects the child's posture, trunk control, and motor activity, which can lead to the development of secondary complications and disability. Developing parents' competencies in caring for and raising children with CP within the framework of early intervention (EI) helps reduce the risk of secondary disorders and increase the child's functional capabilities. An important role in this process is played by the EI service, which provides individualized support and rehabilitation of children from birth to four years.

**Aim** – to carry out a comparative analysis of the quality of life of children with CP depending on the level of parental competence in caring for and raising children with spastic CP aged 4 to 14 years.

**Materials and methods.** 105 children (aged 4–14 years) were studied, divided into two groups: group A (43 children who received the RP service); group B (62 children who did not receive specialized intervention). The level of quality of life was assessed using a CPQOL.

**Results.** Analysis of the results indicates that the higher the level of parental competence, the higher the level of quality of life according to the indicators of the sections: «Health», «Family and friends», «Participation», «Communication», «Access to services», «Your health».

**Conclusions.** The EI service an individual rehabilitation program focused on developing parents' competencies in caring for and raising children with CP has a positive impact on the quality of life of children, contributing to improved performance and functioning.

No conflict of interest was declared by the authors.

**Keywords:** cerebral palsy; rehabilitation, early intervention; individual rehabilitation program; functioning; inclusion in society; quality of life; International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF); family-centered approach; parenting competencies.

**Ц**еребральний параліч (ЦП) розглядається як група стійких, непрогресуючих рухових порушень, що виникають унаслідок органічного ураження центральної нервової системи в пренатальному, інтранатальному або ранньому неонатальному періодах [1]. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, рівень поширеності ЦП становить у середньому 2–3 випадки на 1000 новонароджених і залишається відносно стабільним протягом останніх десятиліть. У глобальному масштабі ЦП є однією з провідних причин дитячої інвалідності та уражує близько 17 млн осіб [13,22].

Рухові порушення при ЦП часто поєднуються з іншими супутніми розладами, зокрема, сенсорними, когнітивними, мовленнєвими й комунікативними, а також емоційно-вольовими порушеннями. Така поліморбідність зумовлює значні обмеження життєдіяльності дитини відповідно до положень Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ). Виражені функціональні порушення, труднощі у виконанні повсякденної діяльності, а також наявність болю або дискомфорту створюють суттєві бар'єри для соціальної участі та інклюзії дітей із ЦП і негативно впливають на якість життя дітей з ЦП [2,11,20].

Окрему увагу слід приділяти впливу захворювання на сім'ю. Батьки або опікуни дітей із тяжкими формами ЦП часто зазнають значного фізичного і психоемоційного навантаження у зв'язку з постійною потребою в догляді за дитиною, яка в окремих випадках може потребувати цілодобової допомоги. У зв'язку з цим надзвичайно важливим є забезпечення не лише своєчасної та якісної медичної допомоги, але й комплексного міждисциплінарного супроводу дитини та її сім'ї, а також навчання батьків компетенцій стосовно догляду та виховання дітей з ЦП [9,12].

До команди фахівців, що можуть навчати батьків компетенцій стосовно догляду та виховання дітей із ЦП, входить психолог, логопед (терапевт мови і мовлення), ерготерапевт, фізичний терапевт, фахівець із соціальної роботи та інші спеціалісти. Їхня спільна діяльність спрямована на розроблення й реалізацію індивідуальної програми реабілітації в межах послуги раннього втручання (РВ), що базується на принципах МКФ [10,16].

Послуга РВ передбачає довготривалий супровід дитини з порушеннями психомоторного роз-

витку та її сім'ї від народження до 4 років і спрямована на поліпшення функціонального стану дитини, розвиток навичок самообслуговування, комунікації та взаємодії з оточенням. Важливою складовою РВ є навчання членів сім'ї навичкам догляду, позиціонування та безпечного переміщення дитини, що створює умови для подальшої участі дитини в дошкільній освіті, шкільному навчанні або отриманні соціальних послуг денного догляду, а також сприяє зменшенню навантаження на родину і підвищує якість життя дітей з ЦП та їхніх рідних [13].

Результати наукових досліджень, зокрема метааналізів, свідчать, що впровадження програм РВ у перші роки життя позитивно впливає на розвиток головного мозку дитини завдяки використанню підходів комплексної нейрореабілітації та стимуляції нейропластичності. Ефективність таких програм значною мірою зумовлена активною участю батьків або опікунів у реабілітаційному процесі та реалізацією втручань у природному для дитини середовищі.

У процесі РВ батьки набувають компетентностей у взаємодії з дитиною, краще розуміють її потреби, усвідомлюють значення соціальної інклюзії та стають активними учасниками профілактики вторинних ускладнень. У підсумку це сприяє поліпшенню моторних функцій, комунікації, соціальної взаємодії та суттєвому підвищенню якості життя дітей із ЦП та їхніх родин [15].

За офіційними даними, в Україні лише 18,8% дітей пройшли реабілітацію серед усіх, хто її потребує, тобто лише кожна п'ята дитина з інвалідністю фактично отримала послугу, особливо у віддалених регіонах [22]. Така статистика відображає бар'єри доступу послуг для дітей з інвалідністю в Україні, зокрема, через обмежені ресурси, регіональні відмінності, транспортну недоступність та інші соціально-економічні чинники. І тому важливо дослідити ці бар'єри та сприяти розширенню доступу до реабілітаційних програм РВ у регіонах України та підвищенню компетенцій батьків або опікунів дітей із ЦП стосовно догляду та профілактики вторинних ускладнень за принципами МКФ. Одним з основних напрямів і завдань послуги РВ є розвиток компетенцій батьків стосовно догляду та виховання дітей із порушеннями психомоторного розвитку. Завдяки тривалому супроводу родини в природному середовищі фахівцями з реабілі-

тації батьки мають час та можливість на формування навичок самозарадності в складних життєвих обставинах [10,13]. Від рівня знань і навичок батьків стосовно догляду та виховання дітей із ЦП значною мірою залежить ефективність реалізації індивідуальної програми реабілітації, адже таким чином стає можливим забезпечення сімейно-центричності, яка є одним з основних принципів сучасної реабілітації дітей, у тому числі з неврологічними й ортопедичними порушеннями [19,20].

Наразі програми РВ активно впроваджуються в усіх регіонах України. Зокрема, у центрі соціальних послуг і реабілітації «Джерело» у місті Львові послуга РВ надається вже багато років, демонструючи ефективний приклад трансдисциплінарного та комплексного підходу до підтримки дітей із різними порушеннями розвитку, зокрема з ЦП, відповідно до біопсихосоціальної моделі МКФ.

З огляду на актуальність проблеми доцільним є подальше вивчення впливу програм РВ на діяльність та участь (включення в соціум) дітей із ЦП в Україні. Отримані результати сприятимуть удосконаленню реабілітаційних послуг, зокрема, для дітей зі спастичними формами ЦП, згідно із Законом України про реабілітацію [21].

**Мета** дослідження – здійснити порівняльний аналіз якості життя дітей із ЦП залежно від рівня компетенцій батьків стосовно догляду та виховання дитини зі спастичним ЦП віком 4–14 років залежно від того, чи проходила вона індивідуальну програму реабілітації в рамках послуги РВ.

### Матеріали і методи дослідження

Дослідження проведено в місті Львові (Україна) упродовж періоду з квітня 2022 року по березень 2024 року на базі центру соціальних послуг та реабілітації «Джерело». У дослідженні взяли участь 105 дітей віком 4–14 років зі спастичною формою ЦП. Залежно від отримання послуги РВ у період від народження до 4 років усіх учасників поділено на дві групи. До групи А залучено 43 дитини, які отримували повноцінну послугу РВ від народження до 4 років; до групи Б – 62 дитини, які не отримували послуги РВ у зазначений період або отримували її в обмеженому обсязі (зокрема, масаж, мануальну терапію, апаратну фізіотерапію тощо) [5–8].

Найбільшу частку вибірки становили діти віком 12 і 13 років – по 14 осіб, тоді як найменша

кількість учасників була віком 4 років. Середній вік дітей у вибірці становив  $9,89 \pm 2,92$  року.

Збір даних здійснено шляхом неврологічного та лабораторно-інструментального обстеження дітей із ЦП, опитування батьків або опікунів, а також аналізу медичної документації. Від усіх законних представників учасників дослідження отримано письмову інформовану згоду на участь. Дослідницький проєкт схвалено етичним комітетом Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика (протокол № 1 від 10.01.2022) і проведено відповідно до етичних принципів Гельсінської декларації [24].

Якість життя оцінено за допомогою анкетування офіційних представників опікунів дітей зі спастичним ЦП (батьків або опікунів), при цьому враховано міжнародно визнані підходи в дослідженні якості життя, такі як опитувальник якості життя дітей із ЦП – Cerebral Palsy Quality of Life Questionnaire (CPQOL). Анкета, використана в дослідженні, охоплює ключові аспекти життя дитини, зокрема, такі основні категорії: участь у соціальних і повсякденних активностях, використання допоміжного обладнання, комунікацію з як у сім'ї, так і з друзями, здоров'я, доступ до медичних, реабілітаційних, соціальних та освітніх послуг, а також інтенсивність відчуття болю або дискомфорту. Такий підхід дає змогу комплексно оцінити якість життя дітей через суб'єктивне сприйняття їхнього стану батьками або опікунами. Для оцінювання кожного питання застосовано шкалу щастя від 1 до 9, де: 1 – дуже нещасна; 2 – наближено до дуже нещасної; 3 – нещасна; 4 – наближено до нещасної; 5 – ні щаслива, ні нещаслива; 6 – щаслива; 7 – наближено до щасливої; 8 – наближено до дуже щасливої; 9 – дуже щаслива. Таке шкалювання дає змогу кількісно оцінити кожний показник, а також порівняти дані дітей, що взяли участь у дослідженні. Ця анкета містить кілька розділів із питаннями щодо різних аспектів життя, таких як сім'я, друзі, здоров'я, школа тощо [14].

Для визначення рівня компетенцій батьків застосовано анкету-опитувальник компетенцій батьків або опікунів. Анкета містить 10 питань стосовно навичок і компетенцій батьків чи опікунів у догляді й вихованні дитини з ЦП (рис.).

Для кожного питання обрано число за шкалою від 0 до 3, яке найточніше відповідає, на думку фахівця з реабілітації, рівню компетенцій батьків



**Рис.** Компетенції батьків/опікунів стосовно навичок догляду та виховання дітей із церебральним паралічем

або опікунів із приводу вказаного, де: 0 – батьки або опікуни не знають і не застосовують цієї компетенції в догляді та вихованні дитини з ЦП; 1 – батьки або опікуни частково знають, проте не застосовують цієї компетенції в догляді та вихованні дитини з ЦП; 2 – батьки або опікуни знають і частково застосовують цю компетенцію в догляді та вихованні дитини з ЦП; 3 – батьки або опікуни знають і застосовують цю компетенцію в догляді та вихованні дитини з ЦП. До переліку компетенцій батьків чи опікунів стосовно догляду й виховання дітей із ЦП входять такі компетенції: батьки використовують засоби альтернативної та додаткової комунікації в спілкуванні та навчанні їхньої дитини; батьки знають і застосовують основні принципи профілактики вторинних ускладнень, наприклад, спостереження за кульшовими суглобами їхньої дитини; батьки знають і застосовують основні принципи правильного положення та позиціонування їхньої дитини в щоденній діяльності; батьки знають і застосовують основні принципи правильної вертикалізації їхньої дитини щодня вдома; батьки знають і застосовують основні принципи правильного переміщення дитини; батьки знають про важливість підбору та адаптації допоміжних засобів для їхньої дитини в щоденній діяльності; батьки знають про важливість в інклюзії до садочка, школи чи до іншого закладу їхньої дитини; залученість батьків у процес реабілітації їхньої дитини; батьки знають про важливість виконання

домашньої програми реабілітації їхньої дитини; батьки формують запити на реабілітацію, зосереджені на рутині їхньої дитини.

Статистичну обробку результатів здійснено з використанням базових методів аналізу даних. Для кількісних показників застосовано описову статистику з обчисленням середнього значення ( $M$ ) і стандартного відхилення ( $\pm SD$ ), тоді як якісні показники проаналізовано за допомогою частотного розподілу (%). Нормальність розподілу даних перевірено з використанням критерію Шапіро–Вілка для вибірок із чисельністю  $<30$  осіб або критерію  $\chi^2$  Пірсона для вибірок із чисельністю  $\geq 30$  осіб. Для проведення кореляційного аналізу між рівнем загальної компетентності батьків або опікунів стосовно догляду та виховання дітей із ЦП і рівнем показників якості життя дітей із ЦП використано показник кореляції Спірмена [3]. За умови нормального розподілу даних застосовано параметричні методи статистичного аналізу, зокрема,  $t$ -критерій Стьюдента для незалежних вибірок і  $F$ -критерій Фішера для оцінювання дисперсій [17]. У разі відхилення від нормального розподілу застосовано непараметричний  $U$ -критерій Манна–Вітні [17]. Порівняння частот якісних ознак здійснено за допомогою критерію  $\chi^2$  Пірсона. Статистично значущими прийнято результати за рівня значущості  $p < 0,05$ . Усі розрахунки виконано з використанням програмного забезпечення «IBM SPSS Statistics 22».

Таблиця

**Зв'язок між рівнем батьківських компетенцій та показниками якості життя дітей із церебральним паралічем згідно з опитувальником CPQOL у загальній групі**

Показник CPQOL	Коефіцієнт кореляції (r)	p
Сім'я та друзі	0,415	0,001
Участь (включення в соціум)	0,403	0,004
Комунікація	0,368	0,015
Спеціальне обладнання	0,526	0,001
Доступність до сервісів	0,389	0,002
Здоров'я	0,419	0,001
Біль і дискомфорт	0,321	0,001
Ваше здоров'я	0,343	0,001

### Результати дослідження та їх обговорення

Середній вік дітей у загальній вибірці становив  $9,89 \pm 2,92$  року. У групі А середній вік дорівнював  $9,97 \pm 3,01$  року, тоді як у групі Б –  $10,14 \pm 3,12$  року; статистично значущих відмінностей між групами не виявлено ( $p=0,821$ ).

У досліджуваних групах незначно переважали особи чоловічої статі над жіночою. Зокрема, у групі А хлопчики становили 58,1% ( $n=25$ ), дівчатка – 41,9% ( $n=18$ ); у групі Б – відповідно 56,5% ( $n=35$ ) і 43,5% ( $n=27$ ).

Аналіз розподілу за гестаційним віком показав, що більшість дітей із ЦП, залучених до дослідження, народилися передчасно –  $67,6\% \pm 4,3\%$ , тоді як доношені діти становили  $32,4\% \pm 4,3\%$  вибірки, що було статистично значущим ( $p < 0,05$ ). У групі А частка недоношених дітей становила 65,8% ( $n=28$ ), доношених – 34,9% ( $n=15$ ); у групі Б – 69,4% ( $n=43$ ) і 30,6% ( $n=19$ ), відповідно.

Під час клінічного обстеження в частини дітей діагностували спастичну диплегію – у 17 (16,2%) випадках загалом, із них у групі А – у 6 (14,0%) дітей, у групі Б – в 11 (17,7%) дітей. Спастичний геміпарез виявили у 28 (26,7%) дітей обох груп: у групі А – у 13 (30,2%) дітей, у групі Б – у 15 (24,2%) дітей. Найпоширенішою формою ураження був спастичний тетрапарез, який спостерігали у 60 (57,1%) дітей загалом, зокрема, у 24 (55,8%) дітей групи А і в 36 (58,1%) дітей групи Б.

Оцінювання великих моторних функцій показало, що в обох досліджуваних групах найчастіше реєстрували ІV рівень рухової активності – 40 (38,1%) випадків. Діти з ІV рівнем здатні самотійно утримувати положення сидячи, проте не можуть пересуватися без сторонньої допомоги.

У групі А цей рівень фіксували в 16 (37,2%) дітей, у групі Б – у 24 дітей (38,7%); міжгрупових відмінностей не виявлено ( $p=0,964$ ). Отже, зазначена категорія дітей потребує індивідуального підбору та адаптації допоміжних засобів для безпечного пересування й адекватного позиціонування [4–8].

Значення кореляційних зв'язків між рівнем батьківської/опікунської компетентності та показниками якості життя дітей із ЦП наведено в таблиці.

Виявлено статистично значущу середню позитивну кореляцію між рівнем компетентності батьків або опікунів і показниками якості життя дітей за розділом «Спеціальне обладнання» ( $r=0,526$ ;  $p=0,001$ ). Зі зростанням рівня батьківських компетенцій підвищуються показники якості життя за зазначеним розділом і навпаки.

Також встановлено достовірні помірні позитивні кореляційні зв'язки між рівнем компетентності батьків або опікунів і показниками якості життя за такими розділами: «Здоров'я» ( $r=0,419$ ;  $p=0,001$ ), «Сім'я та друзі» ( $r=0,415$ ;  $p=0,001$ ), «Участь (включення в соціум)» ( $r=0,403$ ;  $p=0,004$ ), «Комунікація» ( $r=0,368$ ;  $p=0,015$ ), «Доступність до сервісів» ( $r=0,389$ ;  $p=0,002$ ) і «Ваше здоров'я» ( $r=0,343$ ;  $p=0,001$ ). Отже, вищий рівень компетенцій батьків або опікунів асоціюється з кращими показниками якості життя дітей у зазначених сферах.

Крім того, виявлено статистично значущу помірну негативну кореляцію між рівнем компетентності батьків або опікунів і показником якості життя за розділом «Біль і дискомфорт» ( $r=-0,321$ ;  $p=0,001$ ). Це свідчить, що зі зростанням рівня батьківських компетенцій знижується рівень болю та дискомфорту в дітей із ЦП і навпаки.

Отримані результати свідчать про суттєвий позитивний вплив поінформованих батьків на соціальну взаємодію дитини з ЦП, рівень підтримки в родинному середовищі та ефективність комунікації з дитиною. Завдяки активній участі й обізнаності батьків показники загального стану здоров'я дітей є вищими, що зумовлено належною організацією щоденного догляду та впровадженням заходів профілактики вторинних ортопедичних ускладнень. Усі виявлені зв'язки мають статистично значущий характер, що підтверджує достовірність отриманих результатів.

Варто наголосити, що в групі А рівень компетентності батьків або опікунів у питаннях догляду та виховання дітей із ЦП був вищим порівняно з групою Б. Детальний аналіз отриманих результатів дав змогу не лише зафіксувати наявність цих відмінностей, але й глибше зрозуміти особливості сформованості батьківських компетенцій у кожній із досліджуваних груп.

Нижчі показники рівня компетентності в групі Б зумовлені тим, що батьки або опікуни не мали достатніх знань і практичних навичок щодо окремих аспектів догляду та виховання дітей із ЦП або ж володіли ними частково, проте не застосовували в повсякденному житті через обмежений досвід і невпевненість у власних діях. Зокрема, вони недостатньо усвідомлювали значущість профілактики вторинних ускладнень, правильного позиціонування і положення дитини під час щоденної діяльності, безпечного переміщення, а також необхідності регулярної вертикалізації в домашніх умовах.

Натомість батьки або опікуни дітей групи А виявили вищий рівень залученості та обізнаності щодо ключових компонентів догляду за дитиною з ЦП. Вони частіше використовували засоби альтернативної та додаткової комунікації в спілкуванні та навчанні, а також володіли і впроваджували основні принципи профілактики вторинних ускладнень, коректного позиціонування, переміщення і щоденної вертикалізації дитини. Вищі показники цієї групи також пов'язані зі здатністю батьків формулювати запити на реабілітацію, орієнтовані на поліпшення повсякденної діяльності та участі дитини, а також з активним зверненням до фахівців із метою підбору й адаптації допоміжних засобів.

Крім того, батьки або опікуни дітей групи А усвідомлювали важливість інклюзії дитини в освітні та соціальні заклади, були більш залуче-

ними до реабілітаційного процесу та послідовно впроваджували навички, набуті дитиною під час курсу реабілітації, у домашніх умовах шляхом виконання індивідуальної програми.

Отже, аналіз рівня компетенцій батьків або опікунів стосовно догляду та виховання дітей із ЦП в обох групах дослідження свідчить, що отримання дитиною з ЦП послуги РВ до 4 років суттєво впливає на рівень якості життя дітей із ЦП.

Таким чином, батьки або опікуни відіграють ключову роль у забезпеченні благополуччя дитини з ЦП як у фізичній, так і в соціальній сферах. Відповідно розвиток і підтримка батьківських компетенцій мають розглядатися як пріоритетний напрям у формуванні індивідуальних програм реабілітації. Залучення батьків або опікунів до процесів планування та реалізації ІПР сприяє підвищенню якості життя дитини в різних сферах функціонування та її більш повній соціальній інтеграції.

Поінформовані та компетентні батьки краще розуміють функціональні обмеження дитини та можливі шляхи їхньої компенсації, що сприяє створенню безпечного й адаптованого середовища вдома. Активна співпраця з мультидисциплінарною командою та орієнтація на реалістичні функціональні цілі реабілітації дають змогу суттєво знизити ризик розвитку вторинних ускладнень, зокрема, контрактур, вивихів і сколіотичних деформацій.

Позитивні зміни в сім'ях відображаються не лише у фізичному стані дитини, але й у її психоемоційному благополуччі, оскільки постійна підтримка формує відчуття безпеки, довіри та впевненості. Залученість батьків забезпечує безперервність реабілітаційних втручань і підвищує їхню ефективність. Діти з цих сімей частіше інтегруються в освітнє та соціальне середовище, беруть участь в інклюзивних заходах, що сприяє їхній соціальній адаптації. У результаті компетентна та активна родина є ключовою ланкою системи підтримки, забезпечуючи стабільний розвиток дитини та підвищення якості її життя в довгостроковій перспективі.

## Висновки

Аналіз отриманих результатів вказує, що чим більше значення рівня компетенцій батьків, тим вищий рівень якості життя, що свідчить про позитивний внесок обізнаних батьків у поліпшенні повсякденного життя дитини з ЦП. Батьки з ви-

щим рівнем компетенцій краще забезпечені інформаційно й мають змогу ефективніше використовувати ресурси, що позитивно впливає на соціалізацію, функціональний стан і добробут дитини. Вищий рівень знань батьків стосовно догляду та виховання дитини з ЦП дають їм змогу вчасно виявляти потреби дитини, правильно обирати допоміжні засоби, ефективно спілкуватися з фахівцями та активно реалізовувати індивідуальну програму реабілітації. Завдяки цьому дитина отримує послідовну підтримку як із боку системи охорони здоров'я, так і в домашньому середовищі. У підсумку це розширює можливості дитини брати участь у повсякденному й соціальному житті та поліпшує її добробут.

Завдяки РВ і тривалому супроводу родини, яка виховує дитину з ЦП, батьки є більш впевненими у своїх можливостях, що знижує рівень психологічного навантаження та досягає рівня їхнього життєвого задоволення. Це допомагає їм активніше брати участь у процесі виховання та догляду дитини, що позитивно впливає на її розвиток і загальну атмосферу в сім'ї. Вплив тривалих заходів у природному середовищі для дитини з ЦП у рамках РВ зменшує відчуття ізоляції та тривожності в батьків, створює передумови для гармонійніших емоційних взаємодій. Засто-

сування системних підходів та індивідуально адаптованих програм реабілітації допомагає сформувати в батьків позитивний погляд на власний досвід і майбутнє, що в довгостроковій перспективі сприяє їхньому психологічному добробуту. Отже, РВ не лише поліпшує безпосередній стан батьків і опікунів дітей із ЦП, але й створює стабільну основу для гармонійного функціонування родини в цілому. Результати дослідження вказують на важливість підвищення батьківських компетенцій стосовно навичок догляду і виховання дітей із ЦП як одного з ключових чинників успішної реабілітації.

**Перспективи подальших досліджень.** У подальших дослідженнях слід оцінити довгострокові ефекти реабілітаційного втручання від народження до 4 років у дітей старшого віку. У цьому контексті особливо важливо дослідити, які знання і навички вже мають батьки, які чинники сприяють їхньому розвитку, а також ідентифікувати перепони, які можуть перешкодити їхньому гармонійному розвитку. Такий аналіз допомагає розробити ефективніші програми підтримки та розвитку батьківських навичок стосовно догляду і виховання дітей із ЦП.

*Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.*

## REFERENCES/ЛІТЕРАТУРА

1. Bax M, Goldstein M, Rosenbaum P, Leviton A, Paneth N, Dan B et al. (2005). Proposed definition and classification of cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 47(8): 571-6. doi: 10.1017/s001216220500112x; PMID: 16108461.
2. Davis E, Shelly A, Waters E, Davern M. (2010). Measuring the quality of life of children with cerebral palsy: comparing the conceptual differences and psychometric properties of three instruments. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 52(2): 174-180. doi: 10.1111/j.1469-8749.2009.03382.x; PMID: 19549193.
3. Fisher RA. (1992). *Statistical Methods for Research Workers*. In: Kotz, S., Johnson, N.L. (eds) *Breakthroughs in Statistics*. Springer Series in Statistics. Springer, New York, NY. doi: 10.1007/978-1-4612-4380-9\_6.
4. Kyryk OV. (2023). Current trends in individual rehabilitation programs for children with cerebral palsy: a crucial step towards improving quality of life (literature review). *Modern Pediatrics. Ukraine*. 7(135): 94-104. doi: 10.15574/SP.2023.135.94.
5. Kyryk OV, Nazar OV. (2024). Comparative assessment of quality of life and functional status of children with cerebral palsy according to their early treatment. *Modern Pediatrics. Ukraine*. 6(142): 79-87. doi: 10.15574/SP.2024.6(142).7987.
6. Kyryk OV, Nazar OV. (2024). International practices in diagnosing the level of functioning of children with cerebral palsy (literature review). *Modern Pediatrics. Ukraine*. 4(140): 83-92. doi: <https://doi.org/10.15574/SP.2024.140.83>.
7. Kyryk OV, Nazar OV. (2024). The impact of an individual rehabilitation program on the activities and participation of children with cerebral palsy. *Modern Pediatrics. Ukraine*. 8(144): 48-54. doi: 10.15574/SP.2024.8(144).4854.
8. Kyryk OV, Nazar OV. (2025). Laboratory and instrumental diagnostics and individual rehabilitation program for children with cerebral palsy. *Modern Pediatrics. Ukraine*. 1(145): 57-63; doi: 10.15574/SP.2025.1(145).5763
9. McConnell D, Savage A. (2015). Stress and Resilience Among Families Caring for Children with Intellectual Disability: Expanding the Research Agenda. *Current Developmental Disorders Reports*. 2: 100-109. doi: 10.1007/s40474-015-0040-z.
10. Morgan C, Fetters L, Adde L, Badawi N, Bancala A, Boyd RN et al. (2021). Early Intervention for Children Aged 0 to 2 Years With or at High Risk of Cerebral Palsy: International Clinical Practice Guideline Based on Systematic Reviews. *JAMA Pediatrics*. 175(8): 846-858. doi: 10.1001/jamapediatrics.2021.0878; PMID: 33999106; PMCID: PMC9677545.
11. Nazar OV. (2012). Quality of Life Assessment in Children with Cerebral Palsy. *Ukrainian Journal of Psychoneurology*. 20(3): 125. [Назар ОВ (2012). Оцінка якості життя у дітей з дитячим церебральним паралічем. *Український вісник психоневрології*. 20(3): 125].
12. Novak I, McIntyre S, Morgan C, Campbell L, Dark L, Morton N et al. (2013). A systematic review of interventions for children with cerebral palsy: state of the evidence. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 55(10): 885-910. doi: 10.1111/dmnc.12246. PMID: 23962350.
13. Novak I, Morgan C, Adde L, Blackman J, Boyd RN, Brunstrom-Hernandez J et al. (2017). Early, Accurate Diagnosis and Early Intervention in Cerebral Palsy: Advances in Diagnosis and Treatment. *JAMA Pediatrics*. 171(9): 897-907. doi: 10.1001/jamapediatrics.2017.1689; PMID: 28715518; PMCID: PMC9641643.

14. Oceania academy (Australia). Quality of Life Cerebral Palsy Quality of Life Questionnaire for Children (CP QOL-Child) <https://www.oceaniaacademy.org/research/cpqol/>
15. Palisano RJ, Rosenbaum P, Bartlett D, Livingston MH. (2008). Content validity of the expanded and revised Gross Motor Function Classification System. *Developmental Medicine & Child Neurolog.* 50(10): 744-750. doi: 10.1111/j.1469-8749.2008.03089.x; PMID: 18834387.
16. Rosenbaum P, Stewart D. (2004). The World Health Organization International Classification of Functioning, Disability, and Health: a model to guide clinical thinking, practice and research in the field of cerebral palsy. *Seminars in Pediatric Neurology.* 11(1): 5-10. doi: 10.1016/j.spen.2004.01.002; PMID: 15132248.
17. Shapiro SS, Wilk MB. (1965). An analysis of variance test for normality (complete samples). *Biometrika.* 52(3-4): 591-611.
18. Shrader MW, Wimberly L, Thompson R. (2019). Hip Surveillance in Children With Cerebral Palsy. *The Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons.* 27(20): 760-768. <https://doi.org/10.5435/JAAOS-D-18-00184>.
19. Sullivan PB, Juszczak E, Bachlet AM, Lambert B, Vernon-Roberts A, Grant HW et al. (2005). Gastrostomy tube feeding in children with cerebral palsy: a prospective, longitudinal study. *Developmental Medicine & Child Neurology.* 47(2): 77-85. doi: 10.1017/s0012162205000162; PMID: 15707230.
20. Varni JW, Seid M, Rode CA (1999). The PedsQL: measurement model for the pediatric quality of life inventory. *Medical Care.* 37(2): 126-139. doi: 10.1097/00005650-199902000-00003; PMID: 10024117.
21. Verkhovna Rada Ukrainy. (2021). Pro reabilitatsiyu u sferi okhrony zdorov'ya. *Zakon Ukrainy 2021 Hruden 15, No. 1962-IX.* [Верховна Рада України (2021). Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я. Закон України від 15 грудня 2021 року №1962-IX]. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text>.
22. World Health Organization. (2007). *International Classification of Functioning, Disability, and Health: Children & Youth Version: ICF-CY.* Geneva: WHO: 351.
23. World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF) (2024). *Social support to persons and children with disabilities in Ukraine.* URL: [https://www.unicef.org/ukraine/en/media/53711/file/UKR%20Social%20support%20to%20PwD%20and%20CwD.pdf.pdf?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.unicef.org/ukraine/en/media/53711/file/UKR%20Social%20support%20to%20PwD%20and%20CwD.pdf.pdf?utm_source=chatgpt.com).
24. World Medical Association (2013). *World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects.* *JAMA.* 310(20): 2191-2194. doi: 10.1001/jama.2013.281053; PMID: 24141714.

#### Відомості про авторів:

**Кирик Оксана Володимирівна** – лікар фізичної та реабілітаційної медицини, зав. відділення медичної реабілітації Центру соціальних послуг та реабілітації «Джерело». Адреса: м. Львів, просп. Червоної Калини, 86а. Асистент каф. реабілітації факультету ПО ДНП ЛНМУ ім. Д. Галицького. Адреса: м. Львів, вул. Пекарська, 69. <https://orcid.org/0009-0004-7198-0429>.

**Назар Оксана Василівна** – лікар дитячий невролог, к.мед.н., доц., зав. каф. педіатрії, дитячої неврології та медичної реабілітації НУОЗ України ім. П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9. <https://orcid.org/0000-0003-1807-9872>.

**Макар Оксана Романівна** – к.мед.н., доц., зав. каф. реабілітації факультету ПО ДНП ЛНМУ ім. Д. Галицького. Адреса: м. Львів, вул. Пекарська, 69. <https://orcid.org/0000-0002-1863-1412>.

**Гдиря Оксана Валентинівна** – керівник центру реабілітації гострих станів та відновного лікування дітей КНП ЛОР «Клінічний центр дитячої медицини». Адреса: м. Львів, вул. Лисенка, 31. К.мед.н., доцент каф. реабілітації факультету ПО ДНП ЛНМУ ім. Д. Галицького. Адреса: м. Львів, вул. Пекарська, 69. <https://orcid.org/0000-0001-9901-061X>.

**Мороз Людмила Василівна** – к.пед.н., доц. каф. логопедії СумДПУ ім. А.С.Макаренка. Адреса: м. Суми, вул. Роменська, 87. <https://orcid.org/0000-0001-6087-1252>.

**Дугіна Ліана Вячеславівна** – доц. каф. терапії, реабілітації та медичних дисциплін ХДАФК. Адреса: м. Харків, вул. Ключківська, 99. <https://orcid.org/0000-0002-4278-4830>.

**Вайда Олена Валентинівна** – доц. каф. фізичної терапії, ерготерапії та фізичного виховання ТНМУ ім. І.Я.Горбачевського. Адреса: м. Тернопіль, Майдан Волі, 1. <https://orcid.org/0000-0002-2476-7850>.

**Корнійчук Ірина Юрївна** – к.мед.н., зав. каф. домедичної підготовки ЛДУ БЖД. Адреса: м. Львів, вул. Клепарівська, 35. <https://orcid.org/0000-0003-0438-1341>.

**Радовенчик Сергій Петрович** – викладач каф. домедичної підготовки ЛДУ БЖД. Адреса: м. Львів, вул. Клепарівська, 35. <https://orcid.org/0009-0004-5260-783X>.

**Климович Катерина Миколаївна** – асистент каф. педіатрії, дитячої неврології та медичної реабілітації НУОЗ України ім. П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9. <https://orcid.org/0009-0005-7388-2272>.

Стаття надійшла до редакції 26.12.2025 р., прийнята до друку 08.02.2026 р.