МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА СПЕЦІАЛЬНОЇ ОСВІТИ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

магістра

на тему: **«СЛУХО-МОВЛЕННЄВА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ»**

Виконала: студентка 2 курсу, групи 8.0164
спеціальності 016 «Спеціальна освіта»
освітньої програми «Логопедія»
А.О. Афендікова

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

Рецензент: _____
_____

Запоріжжя
2025

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКІЙ 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 року

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ

Афендіковій Анні Олександрівні

1. Тема роботи: «Слухо-мовленнєва реабілітація дітей дошкільного віку» керівник роботи Апухтіна Вікторія Валеріївна, доктор філософії, старший викладач кафедри соціальної педагогіки та спеціальної освіти затверджена наказом ЗНУ № 1394-с від 02.10.2025,

2. Строк подання студентом роботи: 11.10.2025

3. Вихідні дані до роботи: матеріали педагогічної практики, аналіз теоретичних джерел.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, що належить розробити): проаналізувати теоретичні засади слухо-мовленнєвої реабілітації дітей дошкільного віку та визначити її сутність у контексті сучасної корекційної педагогіки; дослідити особливості мовленнєвого розвитку дітей дошкільного віку з порушеннями слуху, окреслити основні проблеми та закономірності їх подолання; вивчити зарубіжний досвід слухо-мовленнєвої реабілітації дітей з порушеннями слуху та можливості його адаптації до українських умов; розробити, обґрунтувати та апробувати методичні рекомендації щодо підвищення ефективності слухо-мовленнєвої реабілітації дітей дошкільного віку.

5. Перелік графічного матеріалу: 2 таблиці, 2 рисунки.

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали консультанта	Дата, підпис	
		Завдання видав	Завдання прийняв
Вступ	Апухтіна В.В.	Апухтіна В. В.	Афендікова А. О.
Розділ 1	Апухтіна В.В.	Апухтіна В. В.	Афендікова А. О.
Розділ 2	Апухтіна В.В.	Апухтіна В. В.	Афендікова А. О.
Висновки	Апухтіна В.В.	Апухтіна В. В.	Афендікова А. О.
Додатки	Апухтіна В.В.	Апухтіна В. В.	Афендікова А. О.

7. Дата видачі завдання: 01.10.2024

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ п/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	жовтень	виконано
2	Написання вступу	листопад	виконано
3	Написання першого розділу	грудень-квітень	виконано
4	Написання другого розділу	травень-серпень	виконано
5	Написання висновків	жовтень	виконано
6	Оформлення додатків	жовтень	виконано
7	Оформлення роботи, рецензування	листопад	виконано
8	Захист	грудень	виконано

Студент _____ Афендікова А. О.
(підпис) (прізвище та ініціали)

Керівник роботи _____ Апухтіна В. В.
(підпис) (прізвище та ініціали)

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ _____
(підпис) (прізвище та ініціали)

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота: 52 с., 71 джерело.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати й експериментально перевірити ефективність методів слухо-мовленнєвої реабілітації дітей дошкільного віку з порушеннями слуху для вдосконалення їх мовленнєвого розвитку та соціальної інтеграції.

Об’єкт дослідження – процес слухо-мовленнєвої реабілітації дітей дошкільного віку з порушеннями слуху.

Предмет дослідження – педагогічні умови, методи, форми та технології формування слухових і мовленнєвих навичок та розвитку комунікативної компетентності дітей.

Методи дослідження. Використано теоретичні (аналіз, узагальнення, систематизація), емпіричні (анкетування, спостереження, аналіз досвіду) та статистичні методи для збору, опрацювання й перевірки результатів.

Теоретичне та практичне значення. Дослідження поглиблює наукові уявлення про механізми слухо-мовленнєвої реабілітації та пропонує модель комплексного підходу.

Результати можуть бути використані логопедами, сурдопедагогами, дефектологами та психологами у закладах дошкільної освіти, спеціальних, інклюзивно-ресурсних і реабілітаційних центрах, а також у підготовці фахівців зі спеціальної освіти.

СЛУХО-МОВЛЕННЄВА РЕАБІЛІТАЦІЯ, ДІТИ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ, ПОРУШЕННЯ СЛУХУ, ЛОГОПЕДИЧНА ДОПОМОГА, СУРДОПЕДАГОГІКА, ІНКЛЮЗИВНА ОСВІТА

SUMMARY

Afendikova A. Hearing and speech rehabilitation of preschool children. Zaporizhzhia, 2025. 76 p.

The qualification work consists of an introduction, 2 parts, findings, a list of references (71 items, 46 of them in a foreign language). The qualification work volume is 84 pages long, 52 of them – main text.

Relevance of the topic is determined by the growing number of preschool children with hearing loss who require timely, family-centred, and evidence-based support to develop auditory perception, spoken language, and communicative competence. Without targeted habilitation/rehabilitation, these children face barriers to communication, learning readiness, and social participation. In the context of inclusive education and early intervention systems, there is a need for scientifically grounded and practically effective approaches that combine audiological technologies with structured speech-language therapy and everyday communication routines.

The aim of the research is to identify, theoretically substantiate, and methodically outline effective approaches to hearing-and-speech rehabilitation of preschool children with hearing impairment, focusing on the development of auditory skills, speech production, and functional communication in natural settings.

Object of the research – the process of hearing-and-speech rehabilitation (habilitation/rehabilitation) of preschool children with hearing impairment.

Subject of the research – the organization, content, and methods of audiological and speech-language support that foster auditory perception, articulation, lexical-grammatical development, prosody, and communicative participation of preschoolers with hearing loss.

Research tasks:

– to define the essence, aims, and principles of hearing-and-speech rehabilitation in preschool age and clarify the ICF-based logic of goal-setting;

– to characterize psychological, linguistic, and communicative features of

children with hearing loss in early and preschool periods;

– to analyse modern international and Ukrainian approaches (early detection, fitting/CI, AVT, multimodal strategies) to organizing rehabilitation in inclusive settings;

– to identify effective methods, techniques, and tools of speech-language work (auditory training, articulation, lexical-grammatical and prosodic development, family-centred routines);

– to formulate practice-oriented recommendations for speech-language therapists, teachers, and parents aimed at increasing the effectiveness of corrective and developmental support.

Chapter 1 “Theoretical Foundations of Hearing-and-Speech Rehabilitation in Preschool Age” presents a theoretical analysis of habilitation/rehabilitation constructs; describes developmental specifics of children with hearing loss (phonetics/phonemics, lexis-grammar, prosody, communicative pragmatics); and outlines modern frameworks and principles for goal-setting and outcome monitoring.

Chapter 2 “Practical Aspects of Speech-Language Support for Preschoolers with Hearing Loss” substantiates diagnostic pathways and methods of intervention (auditory training, AVT-based techniques, multimodal strategies, family routines), proposes tools for progress monitoring, and offers practical recommendations for organizing support in preschool and home environments.

Keywords: hearing-and-speech rehabilitation, preschool children, hearing impairment, speech therapy support, surdopedagogy, inclusive education.

ЗМІСТ

Вступ…… 8
Розділ 1. Теоретичні основи слухо-мовленнєвої реабілітації дітей дошкільного віку…… 11
1.1 Поняття та сутність слухо-мовленнєвої реабілітації…… 11
1.2 Особливості мовленнєвого розвитку у дітей з порушеннями слуху……. 27
1.3 Зарубіжний досвід реабілітації дітей дошкільного віку з порушеннями слуху…… 32
Розділ 2. Практичні аспекти слухо-мовленнєвої реабілітації дітей дошкільного віку…… 38
2.1 Методичні основи дослідження ефективності реабілітаційних заходів у сфері слухо-мовленнєвої реабілітації…… 38
2.2 Обґрунтування методів та засобів реабілітації мовлення у дітей з порушеннями слуху…… 44
2.3 Методичні рекомендації щодо слухо-мовленнєвої реабілітації дітей дошкільного віку…… 50
Висновки…… 58
Список використаних джерел…… 61
Додатки…… 69

ВСТУП

Актуальність дослідження слухо-мовленнєвої реабілітації дітей дошкільного віку зумовлена сучасними тенденціями розвитку системи освіти, орієнтованої на інклюзивність, рівний доступ до якісних послуг і реалізацію потенціалу кожної дитини незалежно від наявності порушень розвитку. У контексті реформування української освіти та впровадження положень Концепції Нової української школи, Закону України «Про освіту», Базового компонента дошкільної освіти та Концепції інклюзивної освіти, особливої актуальності набуває проблема забезпечення ефективної слухо-мовленнєвої реабілітації дітей із порушеннями слуху. Ця категорія дітей потребує спеціально організованої педагогічної, психологічної та медичної підтримки, спрямованої на формування мовленнєвої компетентності, розвиток комунікативних умінь і успішну соціальну інтеграцію.

У сучасних умовах глобалізації та інтенсивного розвитку освітніх технологій важливим завданням є поєднання вітчизняного досвіду та міжнародних практик у галузі реабілітації дітей із порушеннями слуху. Науково обґрунтований підхід до організації слухо-мовленнєвої роботи є необхідною передумовою для підвищення ефективності навчально-виховного процесу в закладах дошкільної освіти. Аналіз сучасного стану педагогічної практики засвідчує, що існують проблеми, пов’язані з недостатньою уніфікацією методичних підходів, браком спеціалізованих програм, нерівним доступом до корекційно-реабілітаційних послуг та потребою у підвищенні професійної компетентності педагогів і логопедів.

Дослідження науковців (О .Таранченко, О. Коломійченко, К. Жданова, Н. Ярмаченко, L. Vermeulen, S. Schick та ін.) підтверджують, що розвиток мовлення у дітей із порушеннями слуху є багаторівневим і тривалим процесом, який вимагає комплексного підходу, поєднання традиційних та інноваційних технологій, а також постійної взаємодії між фахівцями, дитиною та її сім’єю. Як

свідчить педагогічна практика, найбільші труднощі виникають під час переходу від діагностики порушень до систематичної корекційно-розвивальної роботи, що потребує чітких методичних орієнтирів і підвищення якості реабілітаційного процесу.

Об’єктом дослідження є процес слухо-мовленнєвої реабілітації дітей дошкільного віку з порушеннями слуху та мовлення.

Предметом дослідження виступають педагогічні умови, методи, форми та технології, що сприяють формуванню слухових і мовленнєвих навичок та розвитку комунікативної компетентності у дітей цієї категорії.

Мета дослідження полягає у теоретичному обґрунтуванні та експериментальній перевірці ефективності методів слухо-мовленнєвої реабілітації дітей дошкільного віку з порушеннями слуху, спрямованих на вдосконалення їхнього мовленнєвого розвитку та соціальну інтеграцію.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати теоретичні засади слухо-мовленнєвої реабілітації дітей дошкільного віку та визначити її сутність у контексті сучасної корекційної педагогіки.
2. Дослідити особливості мовленнєвого розвитку дітей дошкільного віку з порушеннями слуху, окреслити основні проблеми та закономірності їх подолання.
3. Вивчити зарубіжний досвід слухо-мовленнєвої реабілітації дітей з порушеннями слуху та можливості його адаптації до українських умов.
4. Розробити, обґрунтувати та апробувати методичні рекомендації щодо підвищення ефективності слухо-мовленнєвої реабілітації дітей дошкільного віку.

Методи дослідження: у роботі використано комплекс методів: теоретичних (аналіз, синтез, узагальнення, систематизація, порівняння) – для опрацювання наукових джерел і визначення сутності базових понять; емпіричних (анкетування, спостереження, аналіз педагогічного досвіду) – для збору фактичних даних і виявлення проблем у практиці реабілітаційної роботи;

а також статистичних методів – для обробки отриманих результатів і перевірки ефективності запропонованих підходів.

Теоретичне значення дослідження полягає у поглибленні наукових уявлень про сутність, структуру та механізми слухо-мовленнєвої реабілітації дітей дошкільного віку з порушеннями слуху. У роботі розроблено модель комплексного підходу, яка поєднує діагностичні, педагогічні та технологічні аспекти, що забезпечують гармонійний розвиток мовлення.

Практичне значення дослідження полягає у можливості використання його результатів у діяльності логопедів, дефектологів, вихователів, сурдопедагогів і психологів, які працюють із дітьми з порушеннями слуху. На основі отриманих результатів розроблено методичні рекомендації щодо організації слухо-мовленнєвої реабілітації в умовах закладів дошкільної освіти, що сприятимуть підвищенню ефективності логопедичної допомоги.

Матеріали дослідження можуть бути використані:

- у процесі підготовки та підвищення кваліфікації педагогічних працівників у системі післядипломної освіти;
- для створення адаптованих навчальних програм і корекційно-розвивальних занять;
- під час консультування батьків, які виховують дітей із порушеннями слуху, з метою активного залучення родини до реабілітаційного процесу.

Таким чином, дослідження має наукове та практичне значення, оскільки його результати спрямовані на вдосконалення системи педагогічної підтримки дітей із порушеннями слуху, розробку нових ефективних методів і засобів реабілітації, що сприятимуть успішному розвитку, навчальній діяльності та соціальній інтеграції цієї категорії дітей.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ СЛУХО-МОВЛЕННЄВОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

1.1 Поняття та сутність слухо-мовленнєвої реабілітації

Поняття «реабілітація» традиційно трактується як система взаємопов'язаних заходів, спрямованих на оптимізацію функціонування особи та зменшення обмежень її життєдіяльності у взаємодії з навколишнім середовищем. Вона охоплює медичні, психосоціальні, освітні, професійні та інші аспекти підтримки й базується на рамці *The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*, розробленій Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ). У межах цього підходу реабілітація розглядається не лише як відновлення втрачених функцій, а як процес створення умов для повноцінного включення людини в усі сфери суспільного життя – від особистої автономії до соціальної та професійної участі [1, 2].

Сучасне визначення ВООЗ підкреслює, що реабілітація – це інтервенції, спрямовані на оптимізацію функціонування та зменшення наслідків, що інвалідизують, протягом усього життя людини, незалежно від того, чи є ці наслідки результатом хвороби, травми, вродженої аномалії або сенсорного порушення. Такий підхід відображає перехід від традиційного «медичного» бачення до функціонального, або так званого біопсихосоціального підходу, де основна увага приділяється не лише порушенню, а й контексту його взаємодії з факторами середовища. У системі координат ICF інвалідність трактується не як статичний стан, а як результат взаємодії між індивідуальними характеристиками людини та бар'єрами навколишнього середовища, що або обмежують, або розширюють її можливості участі в соціальному житті. Метою реабілітаційної політики відповідно до Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю є не лише усунення порушень, а створення безбар'єрного середовища, підтримка

автономії, участі та рівних можливостей у навчанні, праці, культурі та громадській активності [1, 2].

В українському правовому полі поняття реабілітації осіб з інвалідністю визначено як комплекс медичних, психологічних, педагогічних, професійних та соціальних заходів, спрямованих на відновлення або компенсацію порушених функцій організму, а також на створення умов для максимально можливого усунення обмежень життєдіяльності. Держава зобов'язується забезпечувати рівний доступ до такої допомоги через розгалужену систему закладів освіти, охорони здоров'я та соціального захисту (Закон України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю»). Зміст і структура законодавчих норм узгоджуються з положеннями Конвенції про права осіб з інвалідністю (ООН, 2006), яка гарантує кожній дитині право на ранню, міждисциплінарну, родиноцентричну підтримку та залучення до життя громади [3, 4].

Поряд із поняттям «реабілітація» у сфері дитячого розвитку активно використовується термін «абілітація», який означає формування ще не набутих функцій, навичок і поведінкових моделей, тобто навчання того, чого дитина ще не вміла через особливості розвитку, на відміну від відновлення втрачених здібностей у дорослих. Як зазначає M. Adolfsson, у скандинавських країнах поняття *habilitation* охоплює систему міждисциплінарних сервісів для дітей і молоді віком 0–17 років, зорієнтованих на розвиток комунікативних, моторних і соціальних компетентностей, що створюють підґрунтя для успішної участі в житті суспільства [5]. Отже, у контексті роботи з дітьми з порушеннями слуху доцільно використовувати інтегроване поняття «абілітаційно-реабілітаційна підтримка» (habilitation / rehabilitation), яке поєднує формування нових умінь, розвиток потенційних можливостей і компенсацію існуючих обмежень [4].

У сурдопедагогіці поняття слухо-мовленнєвої реабілітації трактується як комплекс медичних, технічних і психолого-педагогічних інтервенцій, спрямованих на розвиток слухового сприймання, оволодіння мовою та формування усного мовлення у дитини з порушенням слуху. Ефективна реалізація цього процесу можлива лише в умовах міждисциплінарної взаємодії

— співпраці сурдолога, оториноларинголога, сурдопедагога або логопеда, психолога та родини. Як зазначає С. Литовченко, слухо-мовленнєва складова є центральною в системі комплексного корекційно-розвивального супроводу дітей раннього та дошкільного віку з порушенням слуху, адже саме через мовлення забезпечується соціальна адаптація, когнітивний і емоційний розвиток дитини. У своїй монографії дослідниця окреслює ключові принципи такої роботи: рання діагностика, своєчасне слухопротезування чи кохлеарна імплантація, індивідуалізація педагогічного маршруту, родиноцентризм і постійний моніторинг динаміки розвитку [6].

Зміст слухо-мовленнєвої реабілітації є багаторівневим і включає щонайменше п’ять взаємопов’язаних компонентів, що відображають як медико-біологічний, так і педагогічно-психологічний аспекти роботи:

1. Медико-технічний компонент – передбачає своєчасний підбір, налаштування та технічний супровід слухових апаратів або кохлеарних імплантів (КІ), регулярні активації та тонке індивідуальне налаштування процесора;

2. Аудиторний тренінг – поетапне формування навичок детекції, дискримінації, ідентифікації та розуміння мовлення на слух, тобто послідовне нарощування рівнів аудіального сприймання;

3. Логопедично-мовленнєвий компонент – робота над звуковимовою, розвитком артикуляційної моторики, формуванням словника, граматичної структури, просодики та зв’язного висловлювання;

4. Психологічний компонент – формування позитивної мотивації до спілкування, розвиток уваги, пам’яті, саморегуляції, подолання тривожності й стигми, пов’язаної з порушенням слуху;

5. Соціально-комунікативний і освітній компонент – організація залучення дитини до комунікативних практик у родині, закладах дошкільної освіти, школі, громаді, створення безбар’єрного інклюзивного середовища.

Такий мультикомпонентний профіль слухо-мовленнєвої реабілітації узгоджується з ICF-моделлю цілепокладання, де завдання формулюються у

трьох взаємопов’язаних вимірах – функції / активність / участь, а також із урахуванням факторів середовища, що або обмежують, або підтримують розвиток і комунікацію дитини [1].

Ключовим принципом сучасної слухо-мовленнєвої реабілітації є раннє втручання. Саме цей підхід визначає можливість максимального використання природних періодів нейропластичності мозку, коли слухова система найбільш чутлива до звукових стимулів і здатна формувати стійкі нейронні зв’язки, необхідні для розвитку мовлення. Класичні емпіричні дослідження M. Moeller [7] і J. Yoshinaga-Itano [8] стали основоположними у доведенні впливу часу виявлення втрати слуху на подальші мовленнєві результати. Дослідники показали істотну перевагу у мовленнєвих і когнітивних показниках у дітей, чия втрата слуху була діагностована до 6 місяців життя та які одразу були включені до програм ранньої допомоги. Ці діти у віці п’яти років демонстрували значно кращі результати у розвитку лексики, синтаксису, розуміння і продукції мовлення порівняно з тими, хто отримав допомогу пізніше. Перевага зберігалася незалежно від ступеня втрати слуху, форми комунікації (усна, бімодальна, жестова) чи соціально-економічного статусу родини [7, 8].

Отримані результати мали вирішальний вплив на формування державних політик у сфері охорони дитячого слуху: вони стали науковим підґрунтям для запровадження універсального неонатального аудіоскринінгу у більшості розвинених країн світу. Унаслідок цього середній вік встановлення діагнозу зменшився майже утричі, а середній вік проведення кохлеарної імплантації скоротився більш ніж удвічі – з приблизно 2,4 до 1,2 року. Зросла частка дітей, яким імплантація проводиться ще до 12 місяців, що забезпечує включення у так звані «сенситивні періоди» розвитку слухових функцій. Нейрофізіологічні дослідження підтверджують, що імплантація або слухопротезування у цей період сприяє формуванню кортикальних зв’язків, подібних до нормотипового розвитку, що позитивно відображається на темпах формування мовлення, розуміння усного мовлення та соціальній комунікації [7].

Вітчизняні науковці, зокрема В. Жук, також наголошують на вирішальній

ролі раннього втручання у забезпеченні успішної слухо-мовленнєвої реабілітації. За її підходом, виявлення порушення слуху повинно супроводжуватися невідкладним початком комплексної допомоги, яка включає слухопротезування, педагогічний супровід, створення розвивального мовного середовища у родині та психологічну підтримку батьків. Найбільш ефективним визнається раннє слухопротезування, коли пластичність нервової системи дозволяє швидко адаптуватися до нових звукових стимулів, а дитина природно засвоює мовлення через наслідування й інтеракцію.

Слухопротезована дитина або користувач кохлеарного імпланта потребує безперервної участі сурдопедагога та родини з перших місяців після активації апарата. Як приклади ефективних практик, у науковій і клінічній літературі наведено Мюнстерську батьківську програму (Німеччина) та австралійську програму Hear and Say, у яких пріоритет надається партнерству з родиною, тренуванню слухового сприймання та аудіовербальній терапії. Такі моделі демонструють, що систематична робота, інтеграція сім'ї та багатопрофільна координація сприяють формуванню комунікативної компетентності дитини та підвищенню ефективності освітньої інтеграції [9].

Таким чином, раннє втручання розглядається не як окремий етап або процедура, а як комплексна система медико-психолого-педагогічної підтримки, спрямована на створення сприятливих умов для природного слухо-мовленнєвого розвитку. Вона охоплює ранню діагностику, слухопротезування, систематичні заняття з фахівцями, педагогічну корекцію та родинну участь у процесі навчання дитини.

Слухо-мовленнєва реабілітація неможлива без активної участі родини та міжпрофесійної взаємодії. Українські дослідники підкреслюють, що результативність корекційно-реабілітаційного процесу безпосередньо залежить від партнерства між фахівцями й батьками, безперервності супроводу дитини та системного поєднання різних видів допомоги. У цьому контексті важливо, щоб медичні, педагогічні та психологічні заходи не існували відокремлено, а реалізовувалися у межах єдиного індивідуального маршруту підтримки.

Як зазначає В. Шевченко, навіть після проведення кохлеарної імплантації успіх мовленнєвого розвитку не є автоматичним – він напряму залежить від якості післяопераційного слухо-мовленнєвого тренінгу, інтенсивності занять і залучення родини. Учений наголошує, що без відповідної педагогічної складової сам факт імплантації не гарантує очікуваних результатів, а отже, необхідне системне поєднання хірургічних, педагогічних і психолого-соціальних компонентів у процесі реабілітації [10].

Важливим орієнтиром у плануванні реабілітаційних програм є міжнародні керівні підходи, зокрема положення ICF і Конвенції про права осіб з інвалідністю (КПІ). Вони акцентують, що цілі реабілітації мають бути функціональними, індивідуально значущими та орієнтованими на реальні потреби дитини й сім'ї. Це означає, що очікувані результати повинні формулюватися не у вигляді формальних завдань, а як досяжні щоденні дії: наприклад, «дитина розуміє й виконує двокомпонентні інструкції у звичному шумовому фоні», «ініціює 5–6 комунікативних актів у грі з однолітками» або «веде короткий діалог із вихователем під час режимних моментів».

Досягнення таких функціональних цілей можливе лише за умови модифікації освітнього середовища, що включає покращення акустичних характеристик приміщення, контроль шуму, оптимізацію дистанції спілкування, використання FM-систем і навушників, а також підвищення компетентності педагогів у питаннях комунікації з дітьми, які мають порушення слуху.

Водночас особливу роль відіграє розвиток комунікативної активності дитини у природних щоденних рутинах – у грі, побутових ситуаціях, заняттях, спілкуванні з однолітками та дорослими. Саме така екологічна інтеграція реабілітаційних стратегій у повсякденне життя забезпечує сталість і природність розвитку мовлення [11].

Отже, раннє втручання, родинна участь і функціональне цілепокладання становлять методологічне ядро сучасної слухо-мовленнєвої реабілітації, у якій дитина розглядається не як пасивний об'єкт допомоги, а як активний учасник процесу комунікації та розвитку.

Сучасні міжнародні підходи до слухо-мовленнєвої реабілітації дітей із порушеннями слуху базуються на засадах людиноцентричної допомоги (people-centred ear and hearing care), визначених Всесвітньою організацією охорони здоров'я у World Report on Hearing (2021), а також на концепції Early Hearing Detection and Intervention (EHDI), розробленій Joint Committee on Infant Hearing (JCIH) у 2019 році. Обидва підходи орієнтують фахівців на всебічну підтримку дитини та її родини – від моменту виявлення порушення слуху до повноцінної участі у соціальному, освітньому та культурному житті [28; 29; 30].

У межах цих рамкових концепцій реабілітація розглядається не як одноразова подія чи окрема терапевтична процедура, а як тривалий безперервний процес, спрямований на оптимізацію функціонування, участі та якості життя дитини. Вона передбачає створення цілісної системи підтримки, у якій аудіологічні, педагогічні, психологічні та соціальні заходи реалізуються взаємопов'язано. Такий підхід дозволяє формувати стабільну динаміку слухо-мовленнєвого розвитку в природних контекстах – удома, у закладі дошкільної освіти, під час гри, спілкування чи навчання.

Основна мета полягає у формуванні ефективного слухо-мовленнєвого спілкування шляхом інтеграції технічних і педагогічних інтервенцій: використання сучасних аудіологічних технологій (слухові апарати, кохлеарна імплантація) поєднується із спеціально організованими освітніми методами, зокрема аудиторно-вербальними та ауристично-мовленнєвими. Таке поєднання забезпечує не лише доступ до звуку, але й активне формування навичок розпізнавання, розуміння та використання мовлення.=

Ключовими принципами сучасних систем є:

- раннє виявлення порушення слуху через неонатальний скринінг і регулярний аудіологічний моніторинг;
- своєчасне слухопротезування або кохлеарна імплантація з індивідуальним налаштуванням пристроїв;
- родиноцентричність взаємодії**,** коли батьки є активними партнерами команди фахівців;

- індивідуалізація цілей реабілітації з урахуванням потреб, ресурсів і темпу розвитку дитини;
- безперервний моніторинг прогресу у звичних рутинах – ігрових, побутових та навчальних [28; 29; 30].

Одним із провідних напрямів у міжнародній практиці є поєднання аудіологічних технологій із ауристичною (аудіо-мовленнєвою) терапією**.** Дослідження підтверджують, що лише комплексна модель «пристрій + терапія» забезпечує реальне покращення мовленнєвих показників, тоді як використання слухових апаратів або кохлеарних імплантів без супровідного педагогічного тренінгу не дає очікуваного ефекту. Системна робота сурдопедагога і логопеда, спрямована на розвиток слухового сприймання, розширення словника, формування інтонаційної виразності, просодичних характеристик і зрозумілості мовлення, дозволяє повною мірою реалізувати потенціал слухових технологій [29; 30].

Одним із найефективніших методів слухо-мовленнєвої реабілітації дошкільників визнано аудиторно-вербальну терапію (Auditory Verbal Therapy, AVT). Її концептуальна основа полягає у формуванні мовлення через слух *(*learn to listen, listen to talk*)*, тобто у створенні умов, за яких дитина навчається сприймати, розуміти й продукувати мовлення, орієнтуючись передусім на слухові сигнали. AVT реалізує принцип природного навчання у звичних ситуаціях взаємодії, де головним посередником між дитиною і світом звуків виступають батьки.

За даними клінічних спостережень і метааналізів, інтенсивна аудиторно-вербальна терапія у поєднанні з раннім слухопротезуванням або кохлеарною імплантацією асоціюється з досягненням дітьми типових мовленнєвих рубежів до 5–6 років, що дає змогу їм успішно навчатися у звичайних класах і спілкуватися з однолітками без перекладачів [6; 10; 12; 13].

Результати досліджень R. Kaipa та M. Danser, E. Rhoades, L. de Raeve і H. Havermans підтверджують, що діти, які систематично проходять AVT, мають вищі показники розуміння мовлення, словникового запасу, граматичної

організації висловлювань та зв’язного мовлення, ніж учасники традиційних реабілітаційних програм. Автори наголошують, що успіх AVT залежить від активної участі батьків, інтенсивності занять і регулярного супроводу з боку фахівця, який допомагає родині інтегрувати слухо-мовленнєву практику у щоденне життя дитини [31; 32; 33].

Водночас для частини дітей – зокрема тих, хто має додаткові потреби, когнітивні порушення чи сімейні переваги у використанні жестової мови – застосовуються аудіо-візуальні (слухо-зорові) або тотальні комунікативні підходи, які у різних пропорціях поєднують усну, дактильну та жестову мови. Ці моделі реалізують принцип мультимодальності комунікації, надаючи дитині доступ до мовлення через декілька сенсорних каналів. Незалежно від вибраної моделі, основними індикаторами ефективності є зростання розбірливості мовлення, розвиток лексико-граматичної компетентності, розуміння мовлення у шумовому середовищі, а також підвищення активності дитини у комунікативних ситуаціях [6; 10; 12; 13].

Особливе значення у сучасних програмах надається мультимодальним компенсаторним стратегіям**,** що розширюють можливості сприймання мовлення. До них належать читання з губ, використання міміки, жестів, зорових підказок, візуалізація артикуляційних рухів тощо. Наукові дані свідчать, що регулярні тренування навичок читання з губ істотно підвищують точність розпізнавання мовлення, особливо у складних акустичних умовах. Цей процес також сприяє розвитку артикуляційної бази, координації слухо-зорової інтеграції та загальній зрозумілості усного мовлення.

Згідно з результатами досліджень F. Kyle, M. Harris, N. Tye-Murray, B. Spehar, M. Sommers, L. Bernstein та E. Auer, поєднання слухових і візуальних сигналів стимулює нейропластичність сенсорних систем, активізує компенсаторні механізми мозку і формує цілісне уявлення про звукову структуру мовлення [34; 35; 36]. Це дозволяє дітям із порушенням слуху більш ефективно орієнтуватися у мовному потоці, навіть за умови неповного акустичного доступу до сигналу.

Таким чином, сучасні міжнародні практики слухо-мовленнєвої реабілітації ґрунтуються на інтеграції медичних технологій, педагогічних методів і родинно орієнтованих стратегій**,** що забезпечують безперервний розвиток слухового сприймання та мовлення, підтримують участь дитини у природному соціальному середовищі й сприяють досягненню максимальної комунікативної автономії [28–36].

У сучасній системі слухо-мовленнєвої реабілітації дітей із порушеннями слуху дедалі більше уваги приділяється музично-ритмічним інтервенціям, які поєднують слухові, мовленнєві та моторні стимули у процесі навчання. Музика виступає у цьому контексті не лише як засіб естетичного розвитку, а як потужний інструмент формування ритміко-проодичних компонентів мовлення, тренування слухової уваги, пам’яті, чутливості до висоти, тембру та тривалості звуків. Завдяки активному використанню співу, ритмічних рухів, музичних ігор і вправ на розрізнення звукових характеристик мовлення дитина поступово вдосконалює навички аудіального сприймання й синхронізації слухового й моторного аналізаторів.

Музично-ритмічні методики мають багатовекторний ефект: вони активізують емоційно-мотиваційну сферу, підвищують зацікавленість дитини у взаємодії, стимулюють розвиток просодики, дихання та артикуляційної моторики. Дослідження V. Looi, K. Gfeller, V. Driscoll, K. Gfeller та ін., A. Good та ін. свідчать, що музичне тренування, попри різний рівень доказовості, стабільно демонструє позитивні тенденції у підвищенні слухового розрізнення, відтворення ритму, інтонаційної виразності та загальної якості сприймання мовлення [37; 38; 39]. Автори підкреслюють, що навіть короткострокові музичні заняття сприяють покращенню розуміння мовлення у шумовому середовищі та зміцнюють зв’язки між слуховими й мовленнєвими центрами кори головного мозку. Особливо ефективними виявилися комплексні програми, які поєднують ритмічні рухи, спів і слухові вправи на розпізнавання темпу та інтонації.

Крім безпосереднього мовленнєвого ефекту, музично-ритмічні інтервенції виконують важливу роль у психоемоційному розвитку дітей з порушеннями

слуху. Вони знижують рівень тривожності, формують відчуття успіху, підтримують позитивний емоційний контакт із педагогом і ровесниками, а також сприяють соціальній інтеграції дитини в групі. Таким чином, музика і ритм у реабілітаційній практиці виступають засобами не лише сенсорного тренування, а й соціальної адаптації.

Значну роль у сучасних реабілітаційних підходах відіграють також освітньо-педагогічні програми та цифрові інструменти, інтегровані у процес навчання. Українські корекційні програми, розроблені Міністерством освіти і науки України та Інститутом модернізації змісту освіти (ІМЗО), вибудувані за принципом системності й поступовості розвитку слухо-мовленнєвих навичок. Вони містять наскрізні лінії формування слухового сприймання, постановки звуків, удосконалення лексико-граматичної структури мовлення та розвитку просодичних компонентів.

Важливо, що у вітчизняній практиці успішно поєднуються традиційні логопедичні й сурдопедагогічні методики з інноваційними технологіями: використанням FM-систем, мультимедійних тренажерів, інтерактивних платформ, мобільних додатків, а також візуально-аналітичних засобів підтримки комунікації (віртуальні картки, піктограми, відеомоделювання). Такі засоби підвищують залученість дітей до занять, дозволяють урізноманітнити форми навчальної діяльності, забезпечують багатоканальне сприймання інформації та стимулюють розвиток самоконтролю слухового сприймання [27].

Використання цифрових технологій також сприяє персоналізації навчального процесу, оскільки дозволяє адаптувати темп, обсяг і форму завдань до індивідуальних можливостей кожної дитини. Водночас ігровий формат, характерний для сучасних додатків, формує позитивне емоційне тло, мотивує до активного слухання та повторення мовних одиниць. Такий підхід, орієнтований на дитячі інтереси, забезпечує довготривале утримання уваги й перетворює процес реабілітації на природне навчальне середовище, а не на вимушену терапію.

Отже, інтеграція цифрових засобів у навчальний процес не лише робить

його динамічнішим і доступнішим, а й підсилює комунікативну складову слухо-мовленнєвого розвитку, сприяючи формуванню базових компетентностей спілкування, розуміння та самовираження у дітей дошкільного віку з порушеннями слуху [27].

Спираючись на наведені правові, методологічні та емпіричні засади, у межах цього дослідження слухо-мовленнєва реабілітація дітей із порушеннями слуху визначається як міждисциплінарний, родиноцентричний та соціально орієнтований процес, що об'єднує медико-технічні, психолого-педагогічні та соціальні інтервенції. Його мета – розвиток слухового сприймання, формування усного мовлення, збагачення комунікативного досвіду та зміцнення когнітивної бази дитини з урахуванням логіки цілей ICF (функції – активність – участь), а також усунення бар'єрів середовища – акустичних, організаційних і ставленнєвих. Такий підхід дозволяє забезпечити не лише відновлення сенсорної функції, а й реальну участь дитини у повсякденних життєвих ситуаціях.

Особливої актуальності набуває інклюзивна практика у сфері реабілітації дітей із порушеннями слуху, що передбачає створення таких умов, за яких кожна дитина має змогу повноцінно брати участь у навчальному процесі, спілкуванні та соціальній взаємодії. Ця практика спирається на принципи доступності, рівних можливостей, міждисциплінарної взаємодії, родиноцентричності та партнерства, що відповідають як міжнародним підходам (ICF, КПІ, EHDI), так і чинним українським нормативним документам у сфері інклюзивної освіти.

Інклюзивний підхід у межах реабілітаційного процесу передбачає поєднання технічної, педагогічної та соціальної підтримки, забезпечення системності, наступності та безперервності допомоги від раннього віку до початку шкільного навчання. Саме така модель створює основу для ефективного розвитку слухових, мовленнєвих і комунікативних навичок, що у свою чергу сприяє соціальній адаптації, автономії та академічній успішності дитини.

У таблиці 1.1 подано приклади ефективних інклюзивних практик, що використовуються в освітньому середовищі для розвитку комунікативних, слухових і соціальних навичок дітей із порушеннями слуху, які підтверджують

значущість комплексного підходу до слухо-мовленнєвої реабілітації та партнерства між усіма учасниками освітнього процесу.

Таблиця 1.1 – Приклади інклюзивних практик в реабілітації дітей з порушеннями слуху

Практика	**Опис**	**Приклад**
Командний підхід	Міждисциплінарна команда (аудіолог, сурдопедагог / логопед, психолог, учитель, батьки) з індивідуальними функціональними цілями та регулярним моніторингом	Командні зустрічі раз на 6–8 тиж., фіксація KPI (розпізнавання слів у тиші/шумі, активний словник, зрозумілість мовлення) [27]
Адаптоване навчання	Акустична оптимізація класу, місце розсадки, FM/remote-mic, візуальні опори	Учитель працює «обличчям до класу», використовує субтитровані відео, піктограми, графічні органайзери [28; 30; 40]
Групова терапія/соціальна участь	Інтерактивні ігри, рольові ситуації з однолітками для тренування комунікативних стратегій	«Коло спілкування», парна робота з контрольованим шумовим фоном [41
Партнерство з батьками	Тренінги для родин, щоденники домашньої практики, спільні цілі та зворотний зв’язок	15-хвилинні «слухові рутини» щодня вдома, читання вголос, мікро-ситуації для ініціації діалогу [28; 29; 30]
Інтеграція в клас	Навчання в загальному класі з підтримкою спеціалістів і засобів доступності	Асистент учителя, ІПР із конкретними слухо-мовленнєвими цілями [40]
Технологічна підтримка	Освітні додатки, відео-бібліотеки з субтитрами, хмарні журнали прогресу	Мобільні додатки для тренування фонематичної дискримінації/лексики [42]
Соціальні інтерактивні заходи	Позакласні активності для зниження стигми та розвитку комунікації	Екскурсії з попередньою мовною підготовкою (лексика/фрази) [41]

Ці приклади ілюструють, як командна взаємодія фахівців, адаптація навчального простору, активна участь батьків і використання сучасних

технологій сприяють підвищенню ефективності слухо-мовленнєвої реабілітації та інтеграції дітей у суспільство.

У сучасних умовах війни проблема реабілітації учасників бойових дій із порушеннями слуху набуває виняткової актуальності. За останні роки в Україні різко зросла кількість військовослужбовців, які зазнали акустичних травм, баротравм, черепно-мозкових ушкоджень або втратили слух унаслідок дії вибухових хвиль і тривалого впливу високих рівнів шуму. Такі порушення стають не лише медичною, а й соціально-психологічною проблемою, оскільки втрата слуху впливає на комунікативні можливості, якість життя, здатність до праці та соціальної інтеграції ветеранів.

Втрата слуху для військовослужбовця означає не лише сенсорне обмеження, а глибоку зміну способу життя та ідентичності. Після повернення з фронту багато ветеранів стикаються з труднощами у спілкуванні, підвищеною емоційною напругою, почуттям ізоляції, депресивними станами та тривожністю, що значно ускладнює їхнє повернення до активного соціального та професійного життя. У цьому контексті слухо-мовленнєва реабілітація набуває не лише медичного, а й гуманітарного та соціально-інтеграційного значення [54].

Вітчизняні науковці та практики підкреслюють, що існуюча система реабілітації в Україні потребує глибокого оновлення, адже нинішні підходи переважно зорієнтовані на медичну реабілітацію і недостатньо охоплюють психолого-педагогічний та комунікативний аспекти допомоги. Необхідне створення спеціалізованих програм реабілітації для осіб, які втратили слух унаслідок бойових дій, з урахуванням особливостей військової травми, супутніх психоемоційних розладів і потреб адаптації до мирного життя.

Оптимальна модель допомоги має ґрунтуватися на інтеграції медико-технічного відновлення (слухопротезування, кохлеарна імплантація) з психологічною, логопедичною та соціальною підтримкою, спрямованою на формування нових комунікативних навичок і подолання соціальної ізоляції. При цьому особливе значення має міждисциплінарна взаємодія лікарів-оториноларингологів, аудіологів, психологів, сурдопедагогів, логопедів і

соціальних працівників, які спільно визначають індивідуальні цілі реабілітації ветерана.

Реабілітаційна допомога цій категорії осіб повинна мати постійний і довготривалий характер, охоплюючи етапи медичного втручання, післяопераційного слухо-мовленнєвого тренінгу, психологічного супроводу, професійного консультування та соціальної адаптації. У цьому процесі важливо враховувати специфіку військового досвіду, підвищену чутливість до шуму, посттравматичні стани, а також необхідність поступового формування нових моделей комунікації в умовах зниженого слуху.

Таким чином, актуальним завданням сучасної науки і практики є створення інтегрованої системи слухо-мовленнєвої та психосоціальної реабілітації ветеранів із порушеннями слуху, яка б не лише відновлювала сенсорні функції, а й забезпечувала психологічну стабільність, професійну реінтеграцію та повноцінну участь у житті громади [54].

На основі проведеного аналізу можна виокремити ключові принципи організації слухо-мовленнєвої реабілітації дітей із порушеннями слуху, які є універсальними й для інших цільових груп:

– раннє виявлення та своєчасний початок підтримки, що включає неонатальний скринінг, раннє слухопротезування або кохлеарну імплантацію;

– родиноцентризм і партнерство між фахівцями та батьками, що забезпечує сталість навчально-реабілітаційного процесу;

– функціональна спрямованість цілей, орієнтація на реальні життєві вміння (розуміння мовлення, ініціація комунікації, участь у спільних діях);

– безперервність і міждисциплінарність, тобто єдність медичного, педагогічного, психологічного й соціального компонентів;

– моніторинг результатів у природних рутинах – спостереження за прогресом дитини вдома, у закладі дошкільної освіти, серед однолітків, у повсякденному спілкуванні.

Узагальнюючи, слухо-мовленнєва реабілітація дітей із порушеннями слуху розглядається не як разова послуга чи окремий корекційний захід, а як

тривалий, поетапний, міждисциплінарний і родиноцентричний процес, який поєднує медико-технічні, психолого-педагогічні та соціально-освітні інтервенції відповідно до логіки International Classification of Functioning (ICF).

Її основна мета полягає не стільки у «виправленні дефекту», скільки в оптимізації функціонування дитини у реальних контекстах життя, розширенні можливостей участі у взаємодії з родиною, однолітками, педагогами та поступовому усуненні бар'єрів середовища – акустичних, організаційних і ставленнєвих.

Ранні та своєчасні дії (скринінг, слухопротезування, кохлеарна імплантація), індивідуалізація освітнього маршруту, системний аудиторний тренінг, логопедична робота й безперервний моніторинг результатів у природних умовах забезпечують досягнення функціонально значущих цілей: від детекції звуків і розуміння мовлення до формування усної комунікації та готовності до навчання у школі.

У межах єдиного поля habilitation / rehabilitation така модель формує стійкий мовленнєвий прогрес, підвищує академічну успішність і сприяє реальній соціальній інтеграції дитини та її родини. Вона створює основу для побудови безбар'єрного, інклюзивного суспільства, у якому кожна особа з порушенням слуху має можливість реалізувати власний потенціал, брати активну участь у житті громади та досягати особистісної самореалізації незалежно від наявних обмежень.

1.2 Особливості мовленнєвого розвитку у дітей з порушеннями слуху

Проблематика мовленнєвого розвитку дітей з порушеннями слуху перебуває у фокусі сучасної сурдопедагогіки, адже саме слух у ранньому віці є провідним каналом засвоєння фонем, інтонацій і граматичних моделей. Слухове сприймання забезпечує не лише доступ до звукової оболонки мови, а й формує основу для внутрішнього фонологічного кодування, на базі якого вибудовується

подальший лексико-граматичний розвиток і становиться комунікативна компетентність. Відтак дефіцит аудіального досвіду у випадку вродженої або ранньої глухоти закономірно відбивається на всіх рівнях мовлення – від фонематичного сприймання та артикуляції до лексико-граматичної організації висловлювання й комунікативної спроможності, зумовлюючи потребу в ранній, цілеспрямованій і системній корекційно-розвивальній підтримці [14–16]. У межах цього підпункту узагальнено емпіричні дані про кореляцію між ступенем втрати слуху та мовленнєвими результатами, описано типові труднощі у фонетико-фонематичному та лексико-граматичному розвитку, роль просодики й контекстуальних компетентностей, а також особливості комунікативної діяльності; окреслено принципи підтримки (мультимодальні стратегії, сімейне залучення, регулярна педагогічна взаємодія) [18–23; 21; 24–27].

За даними дослідження О. Коломійченко та К. Жданової [14], порушення слуху впливають на всі рівні мовленнєвого розвитку – від первинної фонематичної дискримінації до побудови синтаксично оформленого висловлювання. Найяскравіше ці труднощі проявляються у дітей із вродженою глухотою або з ранньою втратою слуху, для яких звуковий потік мови в критичні періоди розвитку залишається недоступним або фрагментарним. Це зумовлює не лише уповільнення темпів мовленнєвого становлення, а й зміщення послідовності етапів оволодіння мовою, що потребує спеціально організованого педагогічного втручання.

Як зазначають О. Коваленко, А. Вознюк та О. Форостян [15], у таких дітей мовлення формується повільніше, часто фіксуються спрощення звукової структури слова, нестійкі артикуляційні пози, граматичні помилки та обмежений активний словник. Це веде до труднощів у побудові зв’язних висловлювань і знижує спонтанність мовлення у повсякденній взаємодії. Додатково, у працях В. Шевченко [16] наголошується, що втрата слуху порушує механізми природного наслідування мовленнєвих моделей дорослих, які в нормі відбуваються у фоновому режимі через щоденне слухання й імітацію. Саме дошкільний вік, коли закладаються основи фонематичного слуху, просодики та прагматичної

компетентності, критично чутливий до обмежень у слуховому доступі.

Попри це, згідно з висновками В. Смоляк [17], базові інтелектуальні можливості дітей із сенсоневральною втратою слуху зазвичай зберігаються в межах вікової норми; однак мовленнєва недостатність може опосередковано гальмувати когнітивний розвиток – передусім формування логіко-мовленнєвого мислення, вербалізацію досвіду, оперування абстрактними категоріями.

Слух є провідним каналом отримання мовної інформації: через нього діти сприймають фонеми, інтонацію, ритміко-мелодичні структури, моделі звукосполучень, на основі чого конструюється первинний словник і виникають граматичні узагальнення. Якщо слухова функція порушена, обмежується доступ як до рецептивного, так і до експресивного аспектів мовлення: зменшується обсяг вхідного мовного сигналу, збільшується шум і спотворення, слабшають механізми наслідування.

По-перше, ступінь втрати слуху корелює з рівнем мовленнєвого розвитку: при помірних порушеннях частіше виявляється затримка формування словника, граматики та спотворення звуків, тоді як при глухоті виникають глибокі бар’єри в опануванні усного мовлення, адже мовні сигнали не досягають слухових центрів у достатній якості (В. Литвинова) [18]. По-друге, це призводить до дефіциту фонетико-фонематичного розвитку: діти погано розрізняють близькі фонеми, що провокує їх змішування і стійкі артикуляційні помилки (С. Литовченко) [19]. По-третє, обмежений мовленнєвий досвід уповільнює оволодіння граматичними категоріями, службовою лексикою та синтаксичними схемами через зменшення частоти «зустрічі» з зразками, які необхідні для узагальнення (О. Таранченко та ін.) [20].

Соціальний вимір є критично важливим. Як підкреслює В. Шевченко [16], комунікативні бар’єри можуть звужувати коло взаємодії з однолітками, підвищувати ризики емоційної ізоляції та знижувати мотивацію до мовленнєвої активності. Тому педагогічні стратегії мають передбачати організовані можливості для взаємодії – ігрові практики, спільні завдання, підтримку позитивної комунікативної ініціативи.

Формування звукової сторони мовлення у дітей із порушеннями слуху – багатокомпонентний процес. За С. Литовченко [19], дефіцити фонематичного сприймання (нерозрізнення близьких фонем) ускладнюють побудову цілісної фонематичної системи, а за О. Кульбідою та співавт. [21] – артикуляційні порушення часто є наслідком відсутності чіткого звукового еталона. Дефіцити інтонаційно-ритмічного сприймання погіршують відчуття наголосу, темпу, паузування і знижують розуміння структурної організації висловлювання, що докладно описано в науково-методичному посібнику під ред. С. Кульбіди [22]. Звідси випливає вимога до системної корекційної роботи, яка поєднує технічний компонент (слухопротезування / КІ), артикуляційні вправи, слухо-зорові методики, тренування просодики та активний мовленнєвий контакт у природних ситуаціях.

Лексико-граматичний розвиток є не менш складним завданням. На думку С. Кульбіди [21], планове введення 5–7 нових слів щотижня з їх регулярним уживанням у мовленні дорослих і дітей створює необхідну частотність для засвоєння. С. Литовченко [6] наголошує на інтегральній роботі над лексичним, фонетичним і граматичним компонентами одночасно. За О. Таранченко та співавт. [20], збіднений словник опосередковано ускладнює граматичне опанування – бракує матеріалу для узагальнення й моделювання конструкцій. Ефективною показала себе комбінація лексичних і граматичних вправ (контекстне введення слів, ілюстрації, картки, діалоги, вправи на службові слова), причому ключовим є перенесення нової лексики у спонтанне спілкування (рекомендації [21]).

Окрема увага – контекстуальній компетентності. Як зазначає С. Литовченко [6], діти мають навчитися доречно добирати слова, використовувати синоніми/антоніми, змінювати стиль мовлення залежно від адресата. Через обмежений слуховий доступ ця здатність часто страждає: не відпрацьовуються стилістичні відтінки. Тому в методичних рекомендаціях С. Кульбіди [21] пропонуються тематичні сюжети й зміна умов, щоб одні й ті самі слова з’являлися у різних комунікативних ситуаціях (гра, казка, опис дії

тощо). При психолого-педагогічному оцінюванні в ІРЦ важливо враховувати реальні мовні контексти дитини (дім, ЗДО, група однолітків), адже саме контекст впливає на здатність гнучко застосовувати лексику [19].

Важливе місце посідає питання міміко-жестового мовлення. За О. Горлачовим [23], воно має власні структурно-функціональні рівні (кінетика, семантика, лексика, граматика, морфологія, синтаксис), а його граматичні закономірності істотно відрізняються від вербального мовлення: службові слова відсутні, порядок жестів визначається змістом, що призводить до спрощення синтаксису. Наприклад, вербальне «Скоро я отримаю повідомлення» у жестовому варіанті передається блоком «Я – повідомлення – швидко». Відповідно, українська сурдопедагогічна школа (Н. Морозова, Ж. Шиф, М. Ярмаченко) підкреслює провідну роль словесної мови у формуванні лексико-граматичної сторони мовлення дітей із порушеннями слуху, тоді як жестова мова виконує допоміжну функцію у забезпеченні комунікативної доступності [23].

Комунікативна діяльність дітей із порушеннями слуху має низку специфічних рис. І. Кобель [24] відзначає активне використання альтернативних засобів комунікації (жести, міміка, пантоміма), а також інституційну підтримку жестової мови (зокрема через «Жестівник») як інструменту доступності. За В. Жук [25], мовлення таких дітей менш спонтанне: лексичні обмеження й граматичні труднощі знижують готовність до вільних висловлювань, тож навчання комунікації потребує структурованості. На думку С. Литовченко та співавт. [26], труднощі у сприйманні невербальних сигналів (інтонації, жестів, міміки) ускладнюють розуміння емоцій і намірів співрозмовника; це вимагає безбар’єрного середовища та цілеспрямованої практики в рольових іграх, групових активностях, тематичних проєктах. К. Луцько [27] підкреслює, що саме такі формати забезпечують перенесення мовних умінь у різні соціальні контексти.

Важливий внесок у верифікацію ефективності підходів зробили D. Demers та F. Bergeron: у систематичному огляді (пошук у PubMed, CINAHL, PsycINFO, Cochrane, ERIC, EMBASE) автори застосували стандартизовані інструменти

оцінки якості (Quality Assessment Tool for Quantitative Studies) і класифікацію рівнів доказовості OCEBM. Огляд (2000–2017 рр.) засвідчив, що програми на аудиторно-вербальних принципах мають переваги для розвитку слухових і мовленнєвих навичок у дітей із тяжкими порушеннями слуху, особливо за умов раннього виявлення та кохлеарної імплантації; водночас наголошено на потребі подальших РКД високої якості з урахуванням культурно-соціальних чинників навчання [53].

Підсумовуючи, особливості мовленнєвого розвитку дітей з порушеннями слуху зумовлені поєднанням сенсорного дефіциту та обмеженого доступу до зразків мовлення: чим вищий ступінь втрати слуху, тим виразніші труднощі в фонетичному, фонематичному, лексико-граматичному і просодичному компонентах [18–20; 22]. Дефіцит фонематичного сприймання й неточні артикуляційні еталони ускладнюють формування звукової системи; збіднена лексика опосередковано гальмує граматичне опанування; контекстуальні та соціально-комунікативні вміння потребують цілеспрямованого тренування у природних ситуаціях взаємодії [19; 20; 21]. Ефективна допомога має бути комплексною: своєчасна аудиторна підтримка (слухопротезування / КІ), системна корекційно-педагогічна робота (артикуляційні, фонематичні, лексико-граматичні та просодичні вправи), мультимодальні підходи, родиноцентрична взаємодія та безбар’єрне комунікативне середовище в закладі освіти й удома [21–23; 24–27]. Саме такий інтегрований підхід забезпечує поступове становлення мовленнєвих функцій, підвищує комунікативну компетентність і розширює соціальну участь дитини.

1.3 Зарубіжний досвід реабілітації дітей дошкільного віку з порушеннями слуху

Реабілітація дітей із порушеннями слуху є одним із ключових напрямів сучасної спеціальної освіти та охорони здоров’я, що активно розвивається протягом останніх десятиліть у всьому світі. Вона спрямована не лише на

компенсацію втраченої слухової функції, а й на забезпечення гармонійного розвитку дитини – мовленнєвого, когнітивного, емоційного та соціального. Зарубіжний досвід свідчить, що ефективність слухо-мовленнєвої реабілітації визначається не тільки якістю медико-технічного втручання (слухопротезування, кохлеарна імплантація), але й системністю педагогічної, психологічної та соціальної підтримки, орієнтованої на активну участь дитини у повсякденному житті та комунікації.

У різних країнах світу реалізуються різноманітні моделі допомоги дітям дошкільного віку з вадами слуху – від державних програм раннього втручання до інноваційних цифрових технологій, гейміфікованих форм аудиторного тренінгу та сімейноцентричних програм. Спільним для більшості міжнародних систем є акцент на ранній діагностиці, міждисциплінарній взаємодії фахівців і безперервності корекційного процесу.

В Ірані слухо-мовленнєва реабілітація дітей із кохлеарними імплантами розвивається у межах державних програм, що поєднують аудиторні тренінги, логопедичну терапію, музичну та трудотерапію. Огляд 14 інтервенційних досліджень показав, що найефективнішими є програми, у яких активно поєднано мовленнєву корекцію та тренування слухового сприймання; саме вони становлять понад половину від усіх застосованих методів. Результативність реабілітації виявила чітку залежність від тривалості занять та рівня залучення сім'ї у процес корекційної роботи [43]. Такий підхід демонструє ефективність комплексної моделі, у якій провідна роль відводиться співпраці між медичними, педагогічними та сімейними складовими.

У Норвегії, де існує давня традиція спеціальної допомоги особам із порушеннями слуху, відбулася концептуальна трансформація системи підтримки – від переважно медико-технічного підходу до холістичної моделі сурдореабілітації. Як зазначає E. Falkenberg [44], нова парадигма охоплює педагогічну аудіологію, психологічне консультування, розвиток комунікативних навичок та підтримку родини. Такий інтегративний підхід сприяє не лише відновленню слухової функції, але й соціально-психологічній адаптації дитини,

що є показником зрілості сучасної реабілітаційної системи. Разом із тим, у дослідженні T. Mattsson, A. Nilsen, S. Wennberg виявлено, що навіть у високорозвинених країнах доступ до якісної післяопераційної реабілітації може бути обмежений через географічні, фінансові та транспортні бар'єри, що вказує на потребу у децентралізації послуг і розвитку телереабілітаційних сервісів [49].

У науковій статті В. Шевченка розглянуто досвід Німеччини у сфері реабілітації осіб із тяжкими порушеннями слуху, з особливим акцентом на роль кохлеарної імплантації як провідного методу відновлення слухової функції. Автор докладно аналізує німецьку модель комплексної реабілітації, що поєднує раннє виявлення порушень слуху, кваліфіковану педагогічну та логопедичну підтримку, а також активну участь держави та громадських організацій у процесі соціальної інтеграції осіб із кохлеарними імплантами. У статті підкреслюється, що ефективність системи забезпечується міждисциплінарною співпрацею фахівців і родиноцентричним підходом, який охоплює медичну, психологічну й освітню складові. Основна теза дослідження полягає в тому, що кохлеарна імплантація дає можливість дітям і дорослим із глибокими порушеннями слуху вести повноцінне життя, досягати високого рівня комунікативної компетентності та успішно інтегруватися в суспільство. Автор пропонує розглядати цей досвід як потенційну модель для вдосконалення української системи слухо-мовленнєвої реабілітації [10].

У країнах Північної Африки впровадження кохлеарної імплантації та післяопераційного супроводу відбувається поступово, однак уже має позитивні результати. Дослідження, проведене в Університетському госпіталі Мохаммеда VI (Марракеш, Марокко), присвячене оцінці ефективності кохлеарної імплантації та визначенню факторів, що впливають на результати слухо-мовленнєвої реабілітації. Це ретроспективне дослідження тривалістю 7 років (2007–2014), у якому взяли участь 54 пацієнти (30 дівчат і 24 хлопці) із двобічною тяжкою або глибокою сенсоневральною приглухуватістю, серед них 48 дітей із пре-лінгвальною глухотою. Усі пацієнти отримали користь від імплантації, проте результати мали виражену індивідуальну варіабельність.

Найвищі показники мовленнєвого розвитку за шкалою APCEI спостерігались у дітей, яким імплантацію проведено в ранньому віці, за наявності активної участі батьків і регулярних занять з логопедом. Діти, які перебували у мовно-звуковому середовищі, демонстрували вищі результати порівняно з тими, хто спілкувався переважно жестовою мовою. Через три роки після імплантації більшість дітей розуміли звичайні розмови, а 81 % були інтегровані у звичайні навчальні заклади. Частота ускладнень та відмов від імпланта становила менше 2 %. [45].

Схожі тенденції відзначено у програмі ауристичної реабілітації в Танзанії, де діти віком від 1 до 6 років із імплантами відвідували регулярні мовно-терапевтичні заняття (3–4 рази на тиждень). Вища інтенсивність занять забезпечила швидше формування мовних навичок і кращі результати за шкалами LEAQ і MAIS, порівняно з дітьми, що проходили реабілітацію рідше [46]. Отже, досвід країн, що розвиваються, підтверджує: навіть за обмежених ресурсів результативність реабілітації підвищується за умови регулярності занять і партнерства з родиною.

Дослідження в Александрії останніх років зосереджені на кількісній оцінці мовного розвитку після кохлеарної імплантації. Зокрема, E. Elhakeem та ін. виявили, що вже через два роки після імплантації середній показник мовного віку дітей зріс із 1,16 року до 4,75 року, а рання імплантація (до 2 років) забезпечувала найкращі результати слухо-мовленнєвого розвитку [47]. Таким чином, дані підтверджують загальноприйнятий міжнародний висновок: раннє втручання є вирішальним чинником формування мовлення у дітей із порушеннями слуху.

В американській практиці все більшої уваги набуває інтерпрофесійна модель реабілітації, у межах якої логопеди, психологи, педагоги, соціальні працівники та аудіологи співпрацюють як єдина команда. Як зазначають L. Muir а ін. [48], такий підхід забезпечує не лише покращення мовних і когнітивних навичок, а й розвиток комунікативної компетентності та соціальної участі дітей. Він особливо ефективний у випадках коморбідних порушень розвитку або когнітивних труднощів.

У Таїланді програми реабілітації для дітей дошкільного віку з порушеннями слуху поєднують аудіальне навчання, мовну стимуляцію та ігрові форми терапії. Як засвідчують K. Lertsukprasert і B. Prathanee [50], уже через дев’ять місяців після початку протезування діти починали вимовляти перші смислові слова, а через близько двадцять місяців — будувати короткі речення з трьох і більше слів. Це підтверджує доцільність тривалої поетапної роботи й поступового переходу від слухового розрізнення до формування зв’язного мовлення.

Сучасні тенденції у світовій практиці демонструють активне впровадження цифрових технологій у слухо-мовленнєву реабілітацію. Зокрема, Y. Xiang та ін. проаналізували вплив гейміфікованої аудиторно-вербальної терапії (Gamified AVT) у дітей віком 3–6 років. Виявлено, що ігрові формати підвищують мотивацію, покращують слухову пам’ять і мовну експресію, причому найбільший ефект спостерігався у дітей середнього рівня реабілітаційної готовності [51]. У країнах Індії активно застосовуються також онлайн-платформи телереабілітації, які забезпечують неперервність підтримки та зручність для родин, що мешкають у віддалених регіонах [52].

Аналіз міжнародних досліджень дає підстави визначити низку спільних тенденцій у системі реабілітації дітей із порушеннями слуху:

- Ранній початок втручання (до 2 років) є найважливішим чинником успішності формування слухо-мовленнєвих навичок;
- Комплексність і міждисциплінарність – поєднання аудіологічних, логопедичних, психологічних і соціальних заходів значно підвищує ефективність реабілітації;
- Сімейноцентричний підхід – активне залучення батьків забезпечує сталість результатів і підвищує мовну стимуляцію у домашньому середовищі;
- Інноваційні технології (гейміфікація, онлайн-платформи, телереабілітація) розширюють можливості доступу до послуг і підвищують мотивацію дітей;
- Розвиток нормативно-організаційних моделей – країни, де

реабілітаційні послуги інтегровані у систему охорони здоров’я та освіти (Норвегія, США), демонструють вищі мовленнєві та соціальні результати.

Таким чином, зарубіжний досвід переконливо доводить, що успішна реабілітація дітей дошкільного віку з порушеннями слуху можлива лише за умови раннього втручання, міждисциплінарної співпраці фахівців, постійної участі родини та інноваційного підходу до навчання. Для України впровадження таких моделей може стати основою для модернізації національної системи слухо-мовленнєвої реабілітації та підвищення якості життя дітей із порушеннями слуху.

РОЗДІЛ 2
ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ СЛУХО-МОВЛЕННЄВОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

2.1 Методичні основи дослідження ефективності реабілітаційних заходів

Представлений розділ окреслює методичні засади оцінювання ефективності слухо-мовленнєвої реабілітації як цілісної системи, що поєднує обґрунтований добір інструментів вимірювання, релевантні критерії результативності, коректні дизайни дослідження та адекватні статистичні підходи. У центрі уваги – забезпечення валідності, надійності й об’єктивності даних, дотримання етичних вимог, а також урахування індивідуальних і контекстуальних чинників, які впливають на перебіг і результати реабілітації.

Методичні основи дослідження ефективності реабілітаційних заходів у сфері слухо-мовленнєвої реабілітації становлять сукупність принципів, підходів і процедур, що визначають логіку, послідовність і наукову обґрунтованість дослідницького процесу. Вони передбачають ретельне обґрунтування вибору інструментів вимірювання – аудіометричних (зокрема, порогова аудіометрія, тести розпізнавання мови у шумі), мовленнєвих (аналіз фонематичного складу, артикуляційні тести), когнітивних і психологічних шкал (опитувальники якості життя, самооцінки комунікативної компетентності). Визначення критеріїв ефективності базується на поєднанні кількісних показників (зміна порогів слуху, поліпшення відсотка правильного розпізнавання слів) та якісних (суб’єктивне сприйняття покращення слуху, задоволеність пацієнта результатами реабілітації). Для забезпечення валідності результатів важливим є вибір адекватного дизайну дослідження – експериментального, квазіекспериментального або моделі «до–після» з контрольними групами, що дозволяє порівнювати ефекти втручання у часі та між групами учасників

(M. Stropahl, J. Besser, S. Launer) [55]. Методи обробки даних – від описової статистики, парних і незалежних t-тестів до кореляційного чи регресійного аналізу – добираються відповідно до дослідницьких цілей та типу отриманих даних. Особливу увагу приділяють забезпеченню валідності, надійності та об'єктивності результатів: застосовуються стандартизовані інструменти з підтвердженими психометричними властивостями, як-от опитувальник *Effectiveness of Auditory Rehabilitation (EAR) Scale*, який продемонстрував високу внутрішню узгодженість та надійність при тест-ретесті (B. Yueh та ін.) [56]. Додатковими засобами підвищення достовірності є стандартизація процедури вимірювань, контроль зовнішніх впливів, аналіз пропущених даних і перевірка стабільності ефектів у віддаленому спостереженні (J. Han та ін.) [57]. Такий інтегрований підхід дозволяє не лише об'єктивно фіксувати позитивні зміни у стані слухо-мовленнєвих функцій, а й підвищувати практичну значущість отриманих результатів для подальшого удосконалення реабілітаційних програм.

При побудові дослідження ефективності реабілітаційних заходів у сфері слухо-мовленнєвої реабілітації слід керуватися низкою ключових принципів, що підвищують наукову якість і практичну значущість результатів.

1) Системність і комплексність означають, що ефективність має бути досліджена в різних вимірах – сенсорному (аудіометрія, вимірювання порогів чутності), мовленнєвому (розпізнавання слів, фонематичний аналіз, мовленнєва продукція), когнітивному й психосоціальному (якість життя, самосприйняття).

2) Індивідуалізація передбачає врахування індивідуальних особливостей пацієнта – віку, залишкових слухових здібностей, рівня мовленнєвого розвитку, когнітивних ресурсів тощо.

3) Контроль змін у часі реалізується через довгострокове спостереження або серію вимірювань (до втручання, під час, після, через певні проміжки часу).

4) Контроль зовнішніх впливів має на меті мінімізацію або врахування сторонніх факторів – таких як зміна слухопротезування, супутні терапії, рівень мотивації користувача.

5) Важливо використовувати стандартизовані інструменти з

підтвердженими психометричними властивостями (наприклад, опитувальники якості слуху, стандартизовані тести розпізнавання мови), що забезпечує порівнянність та достовірність даних.

6) Етичність і інформованість учасників є непорушною вимогою: необхідно отримувати інформовану згоду, дотримуватися конфіденційності та прав учасників дослідження.

Такі принципи узгоджуються з міжнародними рекомендаціями з аудіологічної реабілітації, зокрема британським документом Common Principles of Rehabilitation for Adults in Audiology Services, який підкреслює важливість індивідуального підходу, участі пацієнта, врахування його життєвого контексту та вимірювання мультиаспектних результатів [58]; а також із науковими рекомендаціями з етики аудіологічних досліджень, що наголошують на необхідності інформованої згоди, забезпечення конфіденційності та запобігання конфліктам інтересів (Y. Sininger та ін.) [59].

У практиці слухо-мовленнєвої реабілітації широко застосовують такі дизайн-моделі досліджень: модель до–після (pretest–posttest), коли показники вимірюються до й після впровадження реабілітаційної програми (іноді з подальшим віддаленим вимірюванням для оцінки стійкості змін); модель з контрольними групами, за якої група пацієнтів, що проходить інтервенцію, порівнюється з групою, яка не отримувала втручання або отримувала лише стандартну (мінімальну) допомогу; крос-зріз або квазіекспериментальний дизайн застосовується у випадках, коли рандомізований розподіл неможливий, тому використовують стратифікацію або статистичні поправки для мінімізації упереджень; а також time series / лікувальні серії, коли проводять багато вимірювань до та після втручання, що дозволяє простежити динаміку змін (наприклад, тренд у часі). У слухо-мовленнєвих дослідженнях M. Nakshathri та ін. такі моделі підтверджуються у публікаціях: наприклад, дослідники використовують квазіекспериментальний pretest–posttest дизайн для вивчення впливу слухового тренування на прийнятний рівень шуму (quasi-experimental, pre- and post-test) [60]; A. Jønsberg та ін. у мовленнєвих інтервенціях –

застосовують рандомізовані дослідження, квазіекспериментиі й часові серії (experimental, quasi-experimental, time series) [61]; у дослідженні слухових вправ у дорослих – також використовують дизайн з вимірами до й після програми слухових вправ [62].

Вимірювання показників ефективності реабілітаційних заходів у слухо-мовленнєвій сфері передбачає комплексну оцінку аудіологічних, мовленнєвих, когнітивно-психологічних та динамічних характеристик змін у пацієнтів. Аудіологічні та сенсорні показники охоплюють порогові аудіометричні вимірювання, що відображають чутність у різних частотах, а також тести розпізнавання мови у тиші та в шумовому фоні (*speech-in-noise tests*), які дозволяють оцінити здатність пацієнта сприймати мовлення у реалістичних акустичних умовах (J. Han та ін.) [57]. Для суб'єктивної оцінки ефективності слухопротезування застосовують шкали самооцінки слухового сприйняття, зокрема *Effectiveness of Auditory Rehabilitation (EAR) Scale*, яка включає внутрішні (*Inner EAR*) та зовнішні (*Outer EAR*) модулі і має підтверджену валідність та надійність (B. Yueh та ін.) [56]. Мовленнєві й фонетичні показники оцінюють за допомогою тестів фонематичного аналізу та синтезу, вимірювання швидкості й чіткості артикуляції, дикції та кількості артикуляційних помилок, що відображає стан фонетико-фонематичної сторони мовлення (M. Stropahl, J. Besser, S. Launer) [55].

До когнітивно-психологічних та якісних показників належать результати тестів уваги, пам'яті, робочої пам'яті, а також опитувальники якості життя та комунікативної самооцінки, зокрема *Hearing Handicap Inventory for Adults (HHIA)* і *Self-Assessment of Communication (SAC)*, які дають змогу оцінити вплив порушення слуху на емоційний стан і соціальну взаємодію (A. Boothroyd, 2007; T. Chisolm та ін.) [63; 64]. Крім того, якісні методи – інтерв'ю, спостереження, анкетування – дозволяють виявити динаміку соціальної активності, самооцінки та рівня адаптації. Важливим компонентом є оцінка стійкості ефекту, що здійснюється шляхом повторних вимірювань через певний час (6–12 місяців), аналізу регресії або підтримки досягнутих результатів, що відповідає

міжнародним рекомендаціям з аудіологічної реабілітації [58].

Статистична обробка даних у дослідженнях ефективності слухо-мовленнєвої реабілітації є ключовим етапом, що забезпечує об'єктивність, надійність і наукову достовірність отриманих результатів. На початковому етапі застосовується описова статистика для узагальнення вибіркових характеристик – середнього значення, стандартного відхилення, медіани, мінімуму та максимуму, що дозволяє оцінити варіативність показників і початкову однорідність груп (A. Field) [65]. Для визначення статистично значущих змін у результатах парних порівнянь (до–після реабілітації) використовують *t*-тест для залежних вибірок або непараметричні аналоги, зокрема тест Вілкоксона, якщо дані не відповідають нормальному розподілу (J. Pallant) [66]. Під час порівняння експериментальної та контрольної груп застосовують незалежний *t*-тест, однофакторний або багатофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA, MANOVA), що дозволяє оцінити ефект реабілітаційних втручань на різних часових етапах (B. Tabachnick, L. Fidell) [67]. Для виявлення взаємозв'язків між змінними – наприклад, між поліпшенням слухових показників і динамікою мовленнєвих навичок – застосовують кореляційний та регресійний аналіз, який також дозволяє прогнозувати внесок окремих факторів (вік, тривалість терапії, інтенсивність занять) у кінцевий результат (N. Brace, R. Kemp, R. Snelgar) [67]. Важливим елементом є оцінка ефекту (effect size) – наприклад, *d* Коена або η^2, що відображає практичну значущість змін навіть за відносно невеликих вибірок (J. Cohen) [68]. Для перевірки стійкості реабілітаційних ефектів у довготривалих дослідженнях застосовують моделі повторних вимірювань (*repeated measures ANOVA*) або моделі змішаних ефектів (*mixed-effects models*), які враховують як фіксовані, так і випадкові фактори (R. Gueorguieva, J. Krystal) [69]. Такий підхід дозволяє всебічно оцінити ефективність втручання, контролюючи міжіндивідуальні відмінності та часову динаміку змін.

Забезпечення достовірності та якості дослідження є ключовим етапом, що гарантує наукову обґрунтованість і відтворюваність результатів у сфері слухо-мовленнєвої реабілітації. Передусім, достовірність залежить від валідності та

надійності використаних інструментів: перевіряється внутрішня узгодженість за допомогою коефіцієнта α-Кронбаха, тест-ретест надійність та зовнішня валідність шляхом порівняння з уже стандартизованими методиками (R. DeVellis) [70]. На етапі формування вибірки важливо забезпечити гомогенітет груп, перевіривши відповідність базових характеристик учасників – таких як вік, рівень залишкового слуху, мовленнєвий розвиток чи когнітивний статус – для мінімізації систематичних похибок (N. Brace, R. Kemp, R. Snelgar) [67]. Для зниження ризику упередженості у процесі збору даних за можливості застосовують блайндування – коли експериментатор або оцінювач не знає, до якої групи належить учасник, що підвищує об'єктивність спостережень (B. Tabachnick, L. Fidell) [67]. У разі наявності пропущених даних використовують сучасні статистичні підходи, зокрема методи імпутації або аналіз чутливості, які дозволяють уникнути спотворення результатів (A. Field) [65]. Не менш важливо дотримуватись етичних принципів – отримання інформованої згоди, дотримання конфіденційності, можливості добровільного припинення участі, що відповідає міжнародним рекомендаціям Американської асоціації слухопротезистів (AAA, 2018).

Після збору та статистичної обробки даних проводиться апробація, інтерпретація та практичне застосування результатів. Це передбачає перевірку отриманих змін з погляду клінічної або педагогічної значущості, а також їхнє порівняння з результатами попередніх наукових досліджень, наприклад, ефектом програм слухової реабілітації у користувачів слухових апаратів (J. Han та ін.) [57] або оглядами результатів аудиторного тренування (M. Stropahl, J. Besser, S. Launer) [55]. На цьому етапі здійснюється інтерпретація відмінностей між учасниками з різним початковим рівнем слухових і мовленнєвих функцій, оцінка впливу супутніх чинників (вік, мотивація, досвід користування слуховими пристроями) та формулювання практичних рекомендацій щодо удосконалення програм реабілітації – зокрема, тривалості занять, інтенсивності втручання або потреби у підтримувальних сесіях. Такий підхід забезпечує не лише статистичну, а й змістову достовірність результатів, підвищуючи їхню

прикладну цінність у логопедичній та аудіологічній практиці.

Отже, системне застосування описаних принципів, дизайн-моделей та процедур аналізу дозволяє отримати методологічно стійкі й практично значущі висновки щодо ефективності реабілітаційних втручань. Поєднання стандартизованих інструментів, контрольних механізмів якості даних і продуманої інтерпретації результатів забезпечує порівнюваність досліджень, підвищує доказовість рекомендацій і створює основу для подальшого вдосконалення програм слухо-мовленнєвої реабілітації.

2.2 Обґрунтування методів та засобів реабілітації мовлення у дітей з порушеннями слуху

Обґрунтування методів та засобів реабілітації мовлення у дітей з порушеннями слуху є критично важливим елементом сучасної сурдологопедії, оскільки саме від правильного добору методичних підходів залежить формування мовленнєвої компетентності, розвиток комунікативної діяльності та соціальна інтеграція дитини. Порушення слуху мають різний ступінь і характер (сенсоневральні, кондуктивні, змішані), що визначає специфіку сприймання мовлення та можливості його відтворення. Втрата або зниження слуху у ранньому віці обмежує доступ дитини до звукового потоку мови, унаслідок чого порушується процес засвоєння фонетико-фонематичної системи, граматичної будови та лексичного запасу. Тому процес реабілітації повинен мати не лише відновлювальний, а й компенсаторно-розвивальний характер, ґрунтуючись на принципах індивідуалізації, системності, поетапності та опори на збережені аналізаторні функції.

Першим етапом обґрунтування методів реабілітації є детальний аналіз аудіологічного статусу дитини, визначення рівня залишкового слуху, особливостей слухового сприйняття та мовленнєвого розвитку. Таке комплексне обстеження дає змогу встановити, які саме механізми мовлення потребують

корекції – чи це розвиток фонематичного сприйняття, артикуляційної моторики, чи формування просодичних компонентів мовлення. Відповідно до результатів діагностики складається індивідуальна програма реабілітації, яка включає логопедичні, психолінгвістичні та аудіотренувальні методики.

Серед найбільш ефективних напрямів реабілітаційної роботи особливе місце посідають індивідуальні логопедичні заняття, на яких фахівець формує базові звуковимовні, дихальні та артикуляційні навички, використовуючи спеціальні вправи на розвиток фонемного аналізу, контроль сили голосу, темпу й інтонації. Групові заняття забезпечують розвиток комунікативної взаємодії, сприяють соціалізації дітей із порушеннями слуху, а також створюють умови для мовленнєвого наслідування та емоційної підтримки з боку однолітків. Ігрові методи (мовленнєві ігри, драматизації, рольові ситуації) підвищують мотивацію до мовленнєвої активності, створюючи природне середовище для засвоєння мовних структур у контексті дії.

Важливим аспектом сучасної реабілітації є використання інформаційно-комунікаційних технологій: мультимедійних програм, інтерактивних додатків, спеціальних платформ для розвитку слухового сприйняття та мовлення (наприклад, Hear Coach, Angel Sound). Такі засоби дозволяють фахівцям адаптувати вправи до віку, рівня мовленнєвого розвитку та технічних можливостей дитини, поєднуючи традиційні логопедичні методи з цифровими інструментами. Крім того, застосування сучасних технічних засобів компенсації слуху – слухових апаратів, кохлеарних імплантів, FM-систем – суттєво розширює можливості дитини для сприйняття мовлення і зворотного аудіовізуального контролю. У процесі реабілітації важливо навчати дитину правильно користуватися цими пристроями, формувати навички аудіального аналізу та мовного самоконтролю.

Не менш значущим є залучення сім’ї до реабілітаційного процесу. Батьки повинні бути активними учасниками занять, продовжуючи вдома мовленнєві вправи, створюючи сприятливе комунікативне середовище та підтримуючи позитивну мотивацію дитини до спілкування. Встановлено, що сімейна участь

підвищує ефективність логопедичної реабілітації та сприяє формуванню стабільних навичок слухо-мовленнєвої взаємодії.

Для наукового обґрунтування вибору методів і засобів реабілітації доцільним є проведення анкетування або інтерв'ювання фахівців, які працюють із дітьми з порушеннями слуху. Опитування може охоплювати аспекти практичного досвіду використання різних методик (аудіотренінг, верботональний метод, методика слухо-зорової стимуляції), оцінку ефективності навчальних матеріалів, труднощі в роботі та рівень сімейної взаємодії. Узагальнення цих даних дозволяє визначити найрезультативніші підходи, адаптовані до умов сучасної інклюзивної освіти.

Отже, реабілітація мовлення у дітей з порушеннями слуху має бути комплексною, науково обґрунтованою і диференційованою. Вона повинна поєднувати логопедичні, аудіологічні, психологічні та педагогічні засоби впливу, забезпечуючи індивідуальний підхід до кожної дитини. Залучення сучасних технологій, участь сім'ї та системний моніторинг результатів роблять процес реабілітації ефективним і сприяють гармонійному розвитку комунікативної компетентності дитини.

Для подальшого етапу дослідження було проведено опитування серед фахівців, які безпосередньо працюють із дітьми з порушеннями слуху (див. Додаток А). Метою опитування було з'ясування сучасних підходів, труднощів та ефективних практик у сфері слухо-мовленнєвої реабілітації, а також визначення чинників, які найбільше впливають на успішність мовленнєвого розвитку таких дітей.

Опитування здійснювалося методом анкетування, що дозволило отримати якісну та кількісну інформацію про досвід, погляди і професійну діяльність респондентів. У дослідженні взяли участь 10 фахівців – логопеди, сурдопедагоги, дефектологи та психологи, які мають практичний досвід роботи з дітьми із сенсоневральними, кондуктивними або комбінованими порушеннями слуху. Анкета містила як закриті, так і відкриті запитання, що дало змогу поєднати кількісний аналіз відповідей із якісним описом індивідуальних

міркувань респондентів.

Отримані результати (див. Додаток Б) свідчать про високу професійну обізнаність спеціалістів щодо необхідності раннього втручання, міждисциплінарної співпраці та комплексного підходу у слухо-мовленнєвій реабілітації. Більшість опитаних фахівців підкреслили, що індивідуалізація навчально-реабілітаційного процесу, поєднання логопедичних і аудіологічних методів, а також активна участь батьків є ключовими чинниками ефективності. Водночас було виявлено певні труднощі, пов’язані з нестачею сучасних технічних засобів, недостатньою кількістю спеціалізованих навчальних матеріалів та потребою у систематичному підвищенні кваліфікації спеціалістів.

На основі зібраних даних було створено діаграму (рисунок 2.1), яка відображає розподіл респондентів за віковими групами.

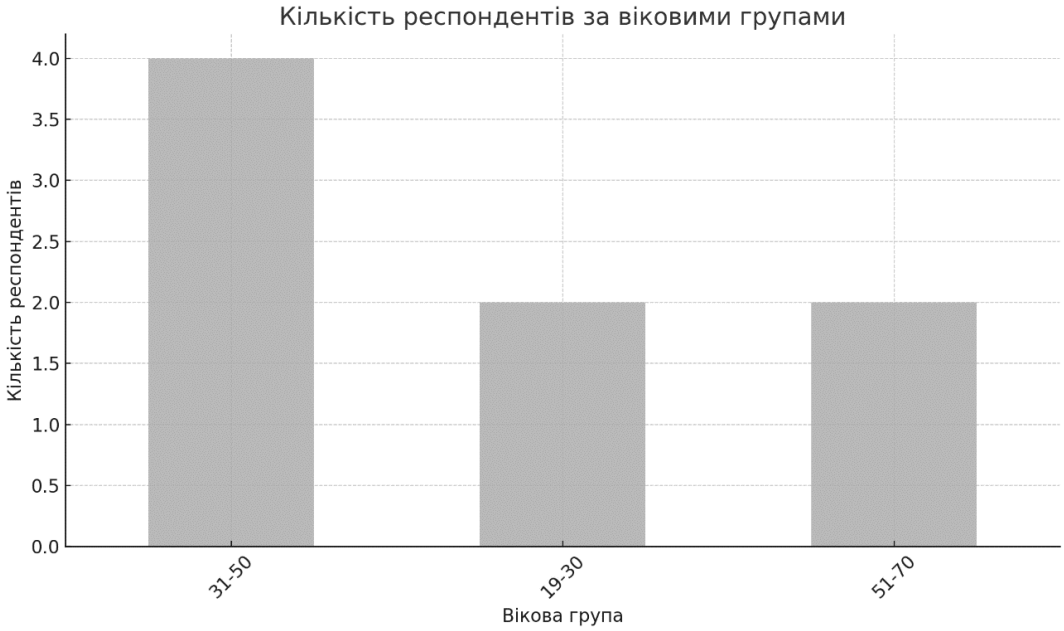


Рисунок 2.1 – Кількість респондентів за віковими групами

Це дозволило виявити, що у вибірці переважають фахівці середнього віку, які мають значний практичний досвід (10–20 років роботи), тоді як частка молодих спеціалістів, які лише розпочинають професійну діяльність у сфері слухо-мовленнєвої реабілітації, є меншою. Такий аналіз дає змогу оцінити професійну структуру вибірки та зробити висновки про актуальні тенденції й потенційні напрями розвитку фахової підготовки кадрів у цій галузі.

У подальших етапах дослідження результати проведеного анкетування стануть важливою основою для узагальнення практичного досвіду, порівняння ефективності застосовуваних методів і формулювання рекомендацій щодо вдосконалення програм слухо-мовленнєвої реабілітації дітей із порушеннями слуху. Отримані дані дозволяють не лише проаналізувати сучасний стан реабілітаційної практики, а й виявити тенденції, що визначають розвиток цієї галузі у найближчій перспективі.

Серед опитаних фахівців переважають молоді спеціалісти, зокрема у вікових категоріях 19–30 років і 31–50 років, що свідчить про активне залучення нового покоління до вирішення проблем слухо-мовленнєвої реабілітації. Такий віковий розподіл вказує на те, що реабілітаційна сфера приваблює молодих педагогів, психологів і логопедів, які володіють сучасними підходами та готові впроваджувати інноваційні технології у свою роботу. Більшість респондентів мають вищу освіту, що підтверджує їхню професійну компетентність і обізнаність у питаннях діагностики, корекції та розвитку мовлення у дітей із порушеннями слуху.

Щодо досвіду роботи, він варіюється від 1 до понад 10 років, що свідчить про наявність у вибірці як початківців, так і досвідчених фахівців, які мають власні апробовані методики. Аналіз відповідей показав, що індивідуальні заняття та логопедичні вправи визнаються найрезультативнішими формами реабілітаційної роботи. Саме індивідуальна робота дає змогу адаптувати програму до потреб конкретної дитини, враховуючи рівень розвитку слухового сприйняття, артикуляційних навичок і мовленнєвої активності. Окрім цього, більшість опитаних підкреслили виняткову роль сімейної підтримки, яка є одним із вирішальних чинників успішності реабілітації. Респонденти наголошували, що участь батьків у процесі навчання дитини, регулярна практика вдома та створення позитивного емоційного середовища істотно підвищують ефективність роботи.

Разом із тим, було виявлено низку труднощів, що ускладнюють реалізацію реабілітаційних програм. Серед них фахівці найчастіше називали обмеженість

ресурсів, недостатню кількість спеціалізованих матеріалів, відсутність сучасного технічного забезпечення та дефіцит кваліфікованих кадрів у деяких регіонах. Водночас респонденти одностайно визнали, що технологічне забезпечення (застосування комп'ютерних програм, слухових апаратів, кохлеарних імплантів, інтерактивних тренажерів) значно підвищує якість і ефективність реабілітаційного процесу, адже дозволяє зробити навчання більш динамічним, наочним і доступним для дітей різного віку.

Важливою тенденцією, яка простежується у відповідях, є усвідомлення значення інклюзивності. Опитані фахівці вважають, що участь дітей із порушеннями слуху у спільному навчально-освітньому просторі сприяє розвитку соціальних навичок, формуванню позитивної самооцінки та кращій адаптації у суспільстві. Респонденти наголошують, що інклюзивна освіта потребує не лише методичної підготовки вчителів, а й належного матеріально-технічного забезпечення закладів, розроблення адаптованих програм і системи підтримки для батьків.

Для якіснішого аналізу отриманих результатів буде створено узагальнювальну таблицю (див. Додаток В), яка міститиме дані про вік, стать, рівень освіти, досвід роботи, використовувані методи реабілітації, оцінку ролі сімейної підтримки, виявлені труднощі, значення технологічного забезпечення, частоту занять, ставлення до інклюзивності, доступні ресурси та рекомендації респондентів. Це дозволить систематизувати інформацію, виокремити основні закономірності та представити емпіричні дані у зручній візуальній формі.

Узагальнюючи результати опитування, можна зробити висновок, що сучасна практика слухо-мовленнєвої реабілітації перебуває у процесі активного розвитку. Фахівці вказують на потребу у розширенні ресурсного забезпечення, створенні нових освітніх програм для батьків і спеціалістів, підвищенні міждисциплінарної взаємодії між логопедами, аудіологами, психологами й педагогами. Висловлені пропозиції та зауваження респондентів свідчать про нагальну потребу у подальших наукових дослідженнях цієї проблеми та вдосконаленні підходів до організації слухо-мовленнєвої реабілітації,

спрямованої на максимально повну інтеграцію дітей із порушеннями слуху в освітнє та соціальне середовище.

2.3 Методичні рекомендації щодо слухо-мовленнєвої реабілітації дітей дошкільного віку

Методичні рекомендації щодо слухо-мовленнєвої реабілітації дітей дошкільного віку ґрунтуються на результатах опитування фахівців, які працюють із дітьми з порушеннями слуху, а також на узагальненні сучасних наукових і практичних підходів у галузі логопедії, сурдопедагогіки та нейропсихології розвитку. Метою цих рекомендацій є підвищення ефективності реабілітаційних заходів, спрямованих на формування слухового сприйняття, мовленнєвих і комунікативних навичок, а також забезпечення повноцінного включення дитини в соціальне середовище.

1. Ключовим принципом є індивідуалізація підходу до кожної дитини. Фахівці підкреслюють, що застосування уніфікованих методик не враховує відмінностей у типі, ступені та тривалості порушення слуху, когнітивному розвитку, рівні залишкових слухових можливостей і соціальному досвіді дитини. Тому розробка індивідуальної програми реабілітації повинна базуватися на результатах діагностики слухового, мовленнєвого, когнітивного та емоційного розвитку. У плані мають бути визначені цілі коротко- та довгострокової перспективи, очікувані результати й конкретні методи їх досягнення.

2. Значну роль відіграє сімейна підтримка. Батьки є основними партнерами фахівців у процесі реабілітації, тому важливо забезпечити їх необхідними знаннями й навичками для продовження занять удома. Рекомендується організовувати тренінги для батьків, де вони навчаються методам стимуляції мовлення, спільним іграм для розвитку слухового сприйняття, технікам артикуляційної гімнастики та емоційної підтримки дитини. Така взаємодія забезпечує сталість реабілітаційного впливу та сприяє швидшому закріпленню

навичок.

3. Фахівці радять широко впроваджувати інтерактивні та ігрові методи навчання, що роблять процес реабілітації привабливим і мотивуючим. Ігри з розпізнаванням звуків, артикуляційні ігри, вправи на слухову увагу й диференціацію звуків підвищують інтерес дитини до занять. Застосування сучасних технологій – мультимедійних програм, мобільних додатків, інтерактивних панелей, навчальних платформ – дає змогу урізноманітнити завдання та розширити можливості для самостійної роботи дитини. Особливо ефективними є програми, що поєднують слухове й візуальне сприйняття (мультисенсорні методики), адже вони активізують різні канали сприймання й сприяють кращому засвоєнню матеріалу.

4. Логопедичні заняття залишаються центральною ланкою реабілітаційного процесу. Вони мають бути спрямовані на формування фонематичного сприйняття, розвиток слухової пам’яті, корекцію звуковимови та вдосконалення артикуляційних навичок. Доцільно поєднувати індивідуальні та групові форми роботи: перші забезпечують цілеспрямовану корекцію, другі – розвиток комунікативних навичок і соціальної взаємодії.

5. П’ятим напрямом є формування соціальної компетентності та комунікативної активності. Діти з порушеннями слуху часто відчувають труднощі у спілкуванні, тому важливо залучати їх до групових занять, рольових ігор, спільних проектів. Такі форми роботи сприяють розвитку мовлення в природному комунікативному середовищі, підвищують упевненість у власних силах і формують позитивну самооцінку.

Окрему увагу слід приділити системі моніторингу ефективності реабілітації. Рекомендується здійснювати регулярну оцінку прогресу дитини за допомогою тестів слухового сприйняття, мовленнєвих завдань, спостереження та анкетування батьків. Такий моніторинг дозволяє фахівцям своєчасно виявляти труднощі, коригувати програму занять і забезпечувати індивідуальний підхід на кожному етапі розвитку.

6. Підвищення кваліфікації фахівців, що працюють у сфері слухо-

мовленнєвої реабілітації. Регулярне проходження курсів, семінарів і тренінгів з новітніх методик роботи, використання технологій, основ нейропсихології та інклюзивної педагогіки дозволить спеціалістам підтримувати високий професійний рівень і застосовувати доказово обґрунтовані підходи у своїй практиці.

Важливо також налагоджувати міжвідомчу співпрацю – між логопедами, сурдопедагогами, психологами, неврологами, педагогами закладів освіти та батьками. Такий мультидисциплінарний підхід забезпечує комплексний вплив на розвиток дитини й підвищує ефективність корекційно-реабілітаційної роботи.

Впровадження наведених рекомендацій дозволить суттєво підвищити ефективність слухо-мовленнєвої реабілітації дітей дошкільного віку, створити умови для гармонійного мовленнєвого, когнітивного та соціального розвитку, а також сприятиме успішній інтеграції дітей із порушеннями слуху у суспільство.

Створимо таблицю з методичними рекомендаціями щодо слухо-мовленнєвої реабілітації дітей дошкільного віку.

Таблиця 2.1 – Методичні рекомендації щодо слухо-мовленнєвої реабілітації дітей дошкільного віку

№	Рекомендація щодо слухо-мовленнєвої реабілітації	Опис
1	Розвиток слухового сприйняття	Використання ігор на розпізнавання звуків для стимулювання слухового сприйняття та підвищення мовленнєвої активності.
2	Використання візуальних матеріалів	Інтеграція картинок та відео для асоціації звуків з образами, що полегшує запам’ятовування слів і фраз.
3	Мультисенсорні підходи	Застосування ігор та вправ, що активізують зорові, слухові та дотикові відчуття, сприяючи глибшому сприйняттю навчального матеріалу.
4	Співпраця з фахівцями	Регулярні консультації з логопедами, психологами та іншими фахівцями для врахування всіх аспектів розвитку дитини та забезпечення індивідуального підходу.
5	Емоційна підтримка	Створення позитивної атмосфери, де діти відчувають впевненість, заохочення через позитивне підкріплення та похвалу за досягнення.
6	Співпраця з громадою	Організація відкритих заходів та тренінгів для підвищення обізнаності про потреби дітей з порушеннями слуху та залучення нових ресурсів.

Продовження табл. 2.1

7	Використання новітніх технологій	Інтеграція спеціальних програм і додатків для створення інтерактивного навчального середовища, що підвищує інтерес до занять.
8	Навчання фахівців	Регулярні семінари та тренінги для фахівців з метою оновлення знань про новітні тенденції і методи роботи з дітьми з порушеннями слуху.
9	Регулярна оцінка прогресу	Використання різних методів оцінювання (спостереження, тестування) для виявлення ефективності методів навчання та коригування програм відповідно до потреб дитини.

Таблиця 2.1 узагальнює методичні рекомендації, які можуть бути використані фахівцями для вдосконалення процесу слухо-мовленнєвої реабілітації дітей дошкільного віку. Вона є результатом аналізу сучасних наукових підходів, практичного досвіду спеціалістів і результатів опитування, проведеного серед педагогів, логопедів, сурдопедагогів та психологів, які працюють із дітьми з порушеннями слуху. Представлені рекомендації формують цілісну систему реабілітаційної підтримки, орієнтовану на розвиток слухового сприйняття, мовленнєвої діяльності, комунікативної компетентності та соціальної адаптації дитини.

У підсумку, таблиця методичних рекомендацій підкреслює необхідність комплексного, індивідуально зорієнтованого підходу до процесу реабілітації. Кожна з рекомендацій не є ізольованим компонентом, а частиною єдиної системи, що охоплює як педагогічні, так і психологічні аспекти роботи. Вона відображає ключові напрями сучасної логопедичної практики – від формування фонематичного слуху й артикуляційної моторики до розвитку соціальних навичок та емоційної стабільності. Особливу увагу приділено поєднанню традиційних логопедичних методик із новітніми технологічними рішеннями, що дозволяє зробити навчальний процес більш гнучким, динамічним і доступним для дітей різного рівня розвитку.

Використання мультисенсорних підходів, зокрема поєднання слухових, зорових і тактильних стимулів, забезпечує активізацію різних каналів сприйняття, сприяючи кращому засвоєнню матеріалу. Залучення візуальних засобів (картки, відеоматеріали, предметні зображення) допомагає дітям

асоціювати звуки з конкретними образами, що позитивно впливає на розвиток лексико-граматичної сторони мовлення. Водночас інтерактивні технології – комп'ютерні програми, мобільні додатки, слухові тренажери – підвищують мотивацію до навчання й дозволяють відстежувати індивідуальний прогрес дитини.

Не менш важливим є налагодження співпраці між фахівцями – логопедами, аудіологами, психологами, педагогами, а також активне залучення сім'ї. Така міждисциплінарна взаємодія створює умови для системної підтримки дитини не лише в закладі освіти, а й удома, забезпечуючи безперервність і наступність реабілітаційного впливу. Емоційна підтримка в процесі занять сприяє формуванню позитивного ставлення до спілкування, знижує тривожність і допомагає дитині відчувати успіх у навчанні.

Регулярна оцінка прогресу дитини, що включає як кількісні, так і якісні показники (динаміка слухового сприйняття, рівень звуковимови, словниковий запас, комунікативна активність), є невід'ємною частиною реабілітаційного процесу. Такий моніторинг дозволяє коригувати програми, удосконалювати методи роботи та визначати ефективність окремих підходів.

Отже, впровадження наведених рекомендацій сприятиме створенню оптимального середовища для розвитку слухо-мовленнєвих навичок дітей дошкільного віку з порушеннями слуху, підвищенню ефективності педагогічних і терапевтичних заходів, а також формуванню позитивного ставлення до мовлення як основного засобу комунікації. Інтеграція цих принципів у щоденну практику допоможе підвищити якість життя дітей, забезпечити їхню успішну адаптацію до освітнього простору та сприяти подальшій соціалізації в суспільстві.

Узагальнюючи, створимо схему методичних рекомендацій щодо слухо-мовленнєвої реабілітації дітей дошкільного віку (рис. 2.2).

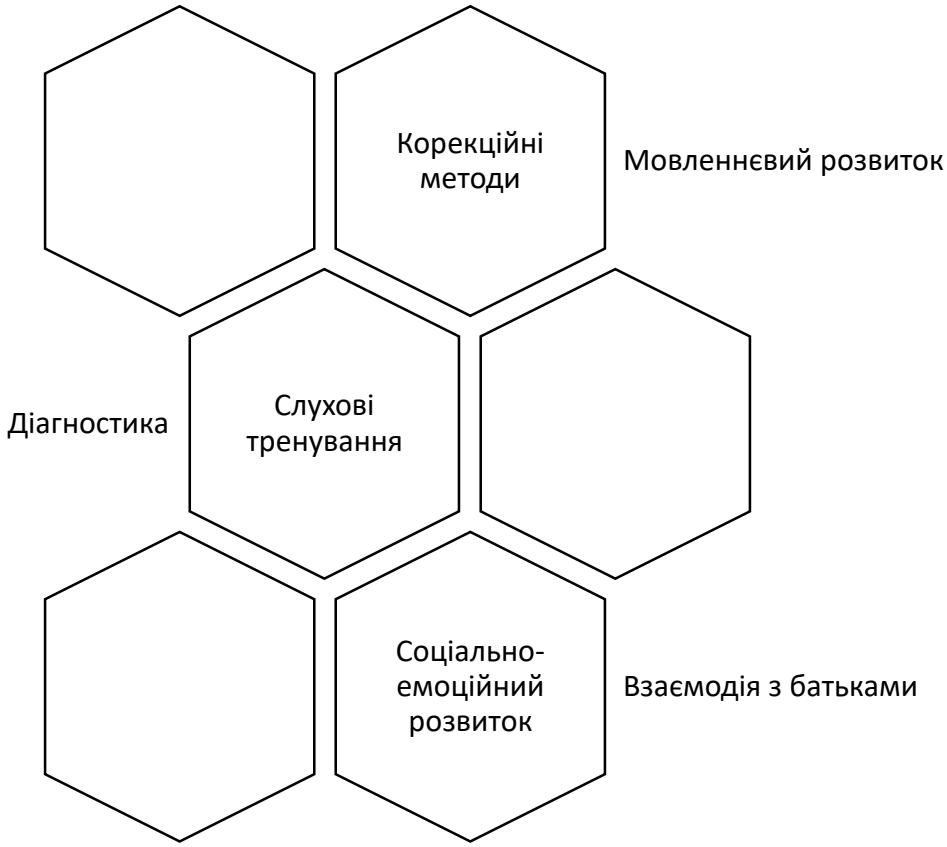


Рисунок 2.2 – Схема методичних рекомендацій щодо слухо-мовленнєвої реабілітації дітей дошкільного віку

Методичні рекомендації підтверджують, що комплексний підхід до слухо-мовленнєвої реабілітації дітей дошкільного віку є ключовим фактором у розвитку їхнього мовлення, когнітивних навичок і соціальної адаптації. Всі компоненти, представлені в розробленій схемі, взаємопов’язані й працюють у єдиній системі, спрямованій на досягнення головної мети — створення оптимальних умов для навчання, розвитку та соціалізації дітей з порушеннями слуху. Такий підхід забезпечує не лише покращення мовленнєвих умінь, але й сприяє формуванню у дітей упевненості в собі, самостійності, а також позитивного ставлення до процесу комунікації. У сучасних умовах інклюзивної освіти саме комплексність, міждисциплінарність і безперервність реабілітаційного впливу є визначальними чинниками успішності навчання й адаптації таких дітей у суспільстві.

У другому розділі дослідження було проаналізовано практичні аспекти організації слухо-мовленнєвої реабілітації дітей дошкільного віку, розкрито методичні основи, обґрунтовано вибір методів і засобів реабілітації мовлення, а також запропоновано конкретні рекомендації для їх реалізації у практичній роботі. Окрему увагу було приділено використанню методу опитування, який дав змогу зібрати емпіричні дані щодо ефективності реабілітаційних заходів, а також оцінити їх вплив на розвиток слухових і мовленнєвих навичок у дітей.

Методичні основи дослідження ефективності підтвердили необхідність системного, багатовимірного підходу до оцінювання результатів реабілітації. Застосування анкетування серед батьків, вихователів і спеціалістів дозволило не лише виявити рівень сформованості слухо-мовленнєвих умінь у дітей, а й зібрати об’єктивну інформацію про труднощі, з якими стикаються учасники процесу. Аналіз отриманих відповідей показав, що якість реабілітації значною мірою залежить від професійної компетентності фахівців, технічного забезпечення, регулярності занять і рівня сімейної підтримки.

Обґрунтування методів і засобів реабілітації мовлення засвідчило, що індивідуалізація роботи є визначальним чинником успіху. Успішна корекційна програма має поєднувати традиційні підходи (артикуляційна гімнастика, розвиток фонематичного слуху, тренування дихання) із сучасними методами, такими як інтерактивні заняття, комп’ютерні програми, мультимедійні додатки, а також ігрові технології, що стимулюють пізнавальну активність дітей. Важливу роль відіграє мультисенсорний підхід, який поєднує слухові, зорові й тактильні стимули, забезпечуючи повніше сприйняття мовного матеріалу.

Особливе значення в дослідженні приділено питанню участі батьків у процесі реабілітації. Результати опитування засвідчили, що більшість батьків усвідомлюють важливість активної участі в розвитку мовлення своїх дітей і висловлюють готовність співпрацювати з фахівцями. Водночас вони відзначають потребу в чітких рекомендаціях, методичних матеріалах і навчальних посібниках, які допоможуть ефективно працювати з дітьми вдома. Це підтверджує необхідність створення єдиної системи інформаційної та

психологічної підтримки родин, які виховують дітей із порушеннями слуху.

Таким чином, результати проведеного дослідження підтвердили ефективність використання методу опитування як інструменту для аналізу практики слухо-мовленнєвої реабілітації та оцінки її результативності. Опитування дозволило визначити сильні сторони сучасної системи реабілітації, а також проблемні ділянки, що потребують подальшого вдосконалення. Отримані результати створюють передумови для розробки нових методичних матеріалів, оптимізації програм навчання фахівців і впровадження інноваційних форм роботи з дітьми з порушеннями слуху.

Підсумовуючи, можна зазначити, що комплексний підхід до слухо-мовленнєвої реабілітації, орієнтований на взаємодію дитини, родини та фахівців, є ефективною моделлю сучасної корекційно-розвивальної роботи. У наступному розділі буде представлено детальний аналіз отриманих результатів, розглянуто їхній вплив на процес реабілітації та запропоновано перспективні напрями подальших досліджень у цій сфері.

ВИСНОВКИ

У результаті проведеного дослідження досягнуто поставлену мету та виконано всі завдання, що дозволило комплексно розкрити теоретичні, методичні та практичні аспекти слухо-мовленнєвої реабілітації дітей дошкільного віку з порушеннями слуху.

1. У процесі аналізу теоретичних засад слухо-мовленнєвої реабілітації дітей дошкільного віку визначено, що вона є цілісною, багатокомпонентною системою впливів, спрямованих на розвиток слухового сприймання, формування мовлення та комунікативної компетентності дітей із вадами слуху. Слухо-мовленнєва реабілітація у сучасній корекційній педагогіці розглядається не лише як педагогічна технологія, а як інтегрований процес, що поєднує педагогічні, психологічні, медико-реабілітаційні та технологічні аспекти.\

З'ясовано, що ефективність цього процесу зумовлюється дотриманням принципів науковості, системності, індивідуалізації, раннього втручання та міждисциплінарної взаємодії фахівців. Саме поєднання цих принципів забезпечує гармонійний розвиток мовлення, компенсує сенсорні обмеження та створює умови для успішної соціалізації дитини.

2. Досліджено особливості мовленнєвого розвитку дітей дошкільного віку з порушеннями слуху. Виявлено, що внаслідок сенсорного дефіциту у них спостерігаються характерні порушення у становленні звуковимови, фонематичного сприймання, артикуляційної моторики, лексико-граматичної будови та зв'язного мовлення.

Процес оволодіння мовленням у таких дітей має індивідуальний і поетапний характер, залежить від віку, у якому розпочато слухо-мовленнєву роботу, від рівня розвитку залишкового слуху, якості технічної підтримки (слухові апарати, кохлеарна імплантація) та ефективності педагогічного супроводу.

Визначено, що основними труднощами у практиці реабілітаційної роботи

є недостатня стимуляція слухового сприймання в побуті, обмежений мовленнєвий контакт із дорослими й однолітками, а також низький рівень підготовленості батьків до участі в процесі формування усного мовлення дитини. Наголошено на необхідності створення індивідуалізованих програм розвитку, орієнтованих на можливості, інтереси та темп розвитку кожної дитини.

3. Вивчення зарубіжного досвіду слухо-мовленнєвої реабілітації дітей з порушеннями слуху дозволило виявити ключові тенденції, які можуть бути адаптовані до українських реалій. Зокрема, у світовій практиці ефективно зарекомендували себе аудиторно-вербальна терапія (AVT), програми раннього втручання, мультимодальні слухо-зорові підходи, використання цифрових технологій та інтерактивних освітніх платформ.

Проаналізовано досвід країн із розвиненою системою підтримки дітей із порушеннями слуху (США, Канада, Німеччина, Швеція, Японія), де значна увага приділяється комплексній взаємодії педагогів, аудіологів, психологів і сім'ї. Визначено, що успішність реабілітації забезпечується через партнерство фахівців і батьків, раннє виявлення порушень слуху, безперервність супроводу дитини від моменту діагностики до шкільного навчання.

Окреслено шляхи впровадження зарубіжного досвіду в українську практику: удосконалення нормативно-правового забезпечення, розвиток системи підготовки спеціалістів, створення електронних ресурсів та впровадження інноваційних методик навчання і реабілітації.

4. Розроблено та теоретично обґрунтовано методичні рекомендації щодо підвищення ефективності слухо-мовленнєвої реабілітації дітей дошкільного віку. Запропоновано модель комплексного підходу, яка включає три взаємопов'язані блоки:

- діагностичний, що забезпечує виявлення рівня слухового та мовленнєвого розвитку, визначення індивідуальних потреб дитини;
- корекційно-розвивальний, орієнтований на розвиток слухового сприймання, артикуляційної моторики, просодичних характеристик мовлення, лексико-граматичних навичок;

- комунікативно-практичний, спрямований на формування здатності використовувати мовлення у природних соціально-побутових ситуаціях. Рекомендації передбачають активне залучення родини до процесу реабілітації, використання ігрових, аудіо-візуальних, музично-ритмічних та інтерактивних технологій, що підвищують мотивацію дітей до слухання й мовлення.

Підсумовуючи, можна стверджувати, що проведене дослідження підтвердило важливість і результативність системного, комплексного підходу до слухо-мовленнєвої реабілітації дітей дошкільного віку з порушеннями слуху. Запропоновані у роботі теоретичні положення та методичні рекомендації можуть бути використані у діяльності логопедів, сурдопедагогів, дефектологів, вихователів і психологів, які працюють із дітьми цієї категорії.

Результати дослідження сприятимуть удосконаленню практики логопедичної допомоги, забезпеченню доступності якісної реабілітації, розвитку комунікативної компетентності дітей, їхній соціальній інтеграції та готовності до навчання у закладах інклюзивного типу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. World Health Organization. Rehabilitation 7 SDG Factsheet. URL: https://lnk.ua/R4aMnzY4J (дата звернення: 06.10.2025).
2. National Center for Health Statistics (CDC). *ICF : An Overview*. Atlanta, 2012 URL: https://lnk.ua/geqKzB0N5 (дата звернення: 06.10.2025).
3. Конвенція про права осіб з інвалідністю ООН від 13.12.2006. URL: https://zakon.rada.gov.ua/go/995_g71 (дата звернення: 06.10.2025).
4. Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні : Закон України від 06.10.2005 № 2961-IV. *База даних «Законодавство України»*. URL: https://zakon.rada.gov.ua/go/2961-15 (дата звернення: 06.10.2025).
5. Adolfsson M. *ICF-CY in habilitation services for children.* DIVA Portal, 2017. URL: https://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A1213658 (дата звернення: 06.10.2025).
6. Литовченко С. В. Діти з порушеннями слуху раннього та дошкільного віку: навчання і супровід : монографія. Київ : ФОП Симоненко О. І., 2020. 356 с.
7. Moeller M. P. Early intervention and language development in children who are deaf and hard of hearing. *Pediatrics*. 2000. P. 1–9. URL: https://lnk.ua/pVJq0a9eP (дата звернення: 06.10.2025).
8. Yoshinaga-Itano J., Sedey A., Coulter D., Mehl A. Language of early- and later-identified children with hearing loss. *Pediatrics*. 1998. Т. 102. №. 5. P. 1161–1171. URL: https://lnk.ua/1V9kyWx4g (дата звернення: 06.10.2025).
9. Жук В. В. Раннє втручання у системі супроводу дітей з порушеннями слуху. *Діти з особливими потребами в освітньому просторі* : зб. матеріалів V Міжнародного конгресу зі спеціальної педагогіки, психології та реабілітології «Діти з особливими потребами в освітньому просторі», 10–11 жовтня 2019 р., Чернігів (Нац. ун-т «Чернігівський колегіум» ім. Т. Г. Шевченка). Київ : Симоненко О. І., 2019. С. 54–57.
10. Шевченко В. М. Реабілітація осіб з тяжкими порушеннями слуху (на прикладі

системи Німеччини). *Матеріали 1-ої Міжнародної наукової конференції «Наука і освіта в Росії Австралія, Америка та Євразія: фундаментальна і прикладна наука» (Австралія, Мельбурн, 25 червня 2014 року).* 2014. №. 2. С. 138-140.

11. World Health Organization. *ICF Practical Manual (Draft).* Женева : ВООЗ, 2013. URL: https://lnk.ua/Men0YPQNg (дата звернення: 06.10.2025).
12. Жук В. В. Корекційно-розвивальна допомога дітям з кохлеарними імплантами в умовах дистанційного навчання. *Досвід дистанційного навчання учнів з порушеннями слуху (організаційно-ресурсне забезпечення в умовах воєнного часу)* : збірка тез Всеукраїнського науково-практичного семінару в рамках фестивалю Тижня науки (20 травня 2022 року). Київ : ФОП«Симоненко О.І», 2022. С. 25-30.
13. Литовченко С. В., Жук В. В., Литвинова В. М. *Учні початкових класів з порушеннями слуху: навчання і розвиток* : навч.-метод. посіб. Харків : Ранок, 2018. 144 с.
14. Коломійченко О., Жданова К. Особливості мовленнєвого розвитку дітей зі зниженим слухом. *Особлива дитина: навчання і виховання.* 2021. Т. 102. № 2. С. 64–68.
15. Коваленко О. С., Вознюк А. В., Форостян О. І. *Логопедично-реабілітаційний супровід дітей із порушенням психофізичного розвитку* : монографія. Суми : ФОП Цьома С. П., 2021. 288 с.
16. Шевченко В. М. Реабілітація дітей з порушеннями слуху в Україні на сучасному етапі. *Вісник Національної академії педагогічних наук України.* 2021. Т. 3. № 2. С. 1–6.
17. Смоляк В. М. та ін. Психолого-педагогічні умови розвитку мовлення дітей з порушенням слуху. *Сучасні аспекти науки* : Том XLV. І міжнародна колективна монографія. Міжнародний економічний інститут s.r.o. Чеська Республіка : [б.в.], 2024. С. 442–460.
18. Литвинова В. В. Робота вихователів у спеціальній загальноосвітній школі-інтернаті для дітей з порушеннями слуху з розвитку слухового сприймання та

формування мовлення. *Дитина із сенсорними порушеннями: розвиток, навчання, виховання.* 2013. № 4. С. 109–116.

19. Литовченко С. В. Діти з порушеннями слуху: організація підтримки та комплексна оцінка в ІРЦ. *Особлива дитина: навчання та виховання.* 2021. Т. 1. С. 19–29.
20. Освіта дітей з порушеннями слуху: сучасні тенденції та технології : навч.-метод. посіб. / О. М. Таранченко, С. В. Литовченко, О. Ф. Федоренко, В. В. Жук, В. В. Литвинова, В. М. Шевченко. Київ : ФОП Симоненко О. І., 2018. 250 с.
21. Кульбіда С. В. та ін. Навчання дітей із порушеннями слуху : навч.-метод. посіб. Харків : Вид-во «Ранок», 2019. 216 с.
22. Дитина зі світу тиші: на допомогу батькам нечуючої дитини : наук.-метод. посіб. / уклад. Н. А. Зборовська та ін. ; за ред. С. В. Кульбіди. Київ : СПКТБ УТОГ, 2011. 328 с.
23. Горлачов О. С. Теорія міміко-жестового мовлення та сурдоперекладу в структурі формування точності семантичних значень. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія.* 2019. № 37. С. 34–40.
24. Кобель І. До питання про існування в спільноті глухих двох мов і двох культур. *Жестова мова й сучасність* : зб. наук. праць. Вип. 2. Київ : ПП «Актуальна освіта», 2017. С. 179–192.
25. Жук В. В. Особливості формування комунікативної компетентності дітей з порушеннями слуху. *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови.* 2017. № 12. С. 40–48.
26. Литовченко С. та ін. Забезпечення безбар’єрності в освітньому процесі для дітей з порушеннями слуху. *Особлива дитина: навчання і виховання.* 2024. Т. 116, № 4. С. 29–44.
27. Програма розвитку дітей дошкільного віку з порушеннями слуху (глухі, зі зниженим слухом, з кохлеарними імплантами) / за ред. К. В. Луцько. Київ : [б. в.], 2019. 405 с.

28. World Health Organization. World Report on Hearing. Geneva : WHO, 2021. 224 p.
29. Joint Committee on Infant Hearing (JCIH). Year 2019 Position Statement: Principles and Guidelines for Early Hearing Detection and Intervention Programs. *Journal of Early Hearing Detection and Intervention.* 2019. Vol. 4. № 2. P. 1–44.
30. American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). *Aural Rehabilitation for Children and Adults (Practice Portal).* Rockville, MD : ASHA, 2020–2024.
31. Kaipa R., Danser M. Efficacy of auditory-verbal therapy in children with hearing impairment : A systematic review. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology.* 2016. Vol. 86. P. 124–134.
32. Rhoades E. A. Evidence-based auditory-verbal practice. *Auditory-verbal practice : Toward a family-centered approach.* 2010. P. 23-52.
33. De Raeve L., Havermans H. A comparison of mainstream and special education for deaf children with cochlear implants in Flanders. *Deafness & Education International.* 2015. Vol. 17. № 3. P. 152–162.
34. Kyle F. E., Harris M. Predictors of reading development in deaf children: A 3-year longitudinal study. *Journal of Experimental Child Psychology.* 2010. Vol. 107. № 3. P. 229–243.
35. Tye-Murray N., Spehar B., Sommers M. S. Auditory and visual training for older adults with hearing loss : A randomized controlled trial. *Ear and Hearing.* 2015. Vol. 36. № 6. P. 635–647.
36. Duchnowski P. et al. Development of speechreading supplements based on automatic speech recognition. *IEEE transactions on biomedical engineering*. 2000. T. 47. №. 4. P. 487-496.
37. Looi V., Gfeller K., Driscoll V. Music perception of cochlear implant users : A review. *Cochlear Implants International.* 2012. Vol. 13. № 2. P. 1–33.
38. Gfeller K. та ін. Music training for pediatric CI users : Prospects and challenges. *Seminars in Hearing.* 2015. Vol. 36, № 4. P. 313–334.
39. Good A. та ін. The effect of music training on speech-in-noise perception in children with CIs: A systematic review. *Frontiers in Neuroscience.* 2017. Vol. 11.

P. e726.

40. Про затвердження Порядку організації інклюзивного навчання у закладах загальної середньої освіти : Постанова від 15.09.2021 р. № 957 *Офіційний вісник України.* 2021. № 76. С. 23–27.
41. Методичні рекомендації щодо організації освіти осіб з особливими освітніми потребами : щорічні листи МОН. Київ : [б. в.], 2023–2025. URL: https://lnk.ua/x4LXK994n (дата звернення: 06.10.2025).
42. Добірка корисних додатків і програм для людей з інвалідністю**.** URL: https://lnk.ua/xVm8wO9ev (дата звернення: 06.10.2025).
43. Moradi M. et al. Rehabilitation of children with cochlear implant in Iran : A scoping review. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran.* 2021. T. 35. P. 73.
44. Falkenberg E. S. Holistic aural rehabilitation : A challenge. *Scandinavian Journal of Disability Research.* 2007. T. 9. № 2. P. 78–90.
45. Hssaine K., et al. Evaluation of the results of cochlear implantation. *The Pan African Medical Journal.* 2015. T. 22. P. 110–110.
46. Lesinski-Schiedat A. et al. The organization of cochlear implant programs in Tanzania : Assessment of needs and challenges. *Handbook of Speech-Language Therapy in Sub-Saharan Africa: Integrating Research and Practice.* Cham : Springer International Publishing, 2023. P. 535–543.
47. Elhakeem E. S. et al. Evaluation of outcome of cochlear implanted children after 2 years of rehabilitation in Alexandria: a retrospective study. *The Egyptian Journal of Otolaryngology.* 2023. T. 39. № 1. P. 42.
48. Muir L. et al. Client and clinician perspectives on the roles and responsibilities of hearing care practitioners in addressing health domains beyond hearing. *American Journal of Audiology.* 2025. T. 34. № 3. P. 632–641.
49. Mattsson T. S., Nilsen A. H., Wennberg S. Establishment of the Norwegian hearing register for children. *Frontiers in Human Neuroscience.* 2024. T. 18. P. 1400005.
50. Lertsukprasert K., Prathanee B. Aural rehabilitation for deaf children : a northeastern Thailand experience. *Journal of the Medical Association of Thailand.* 2005. T. 88. № 3. P. 377–381.

51. Xiang Y. et al. The impact of gamified auditory–verbal training for hearing-challenged children at intermediate and advanced rehabilitation stages. *Games for Health Journal.* 2024. Т. 13. № 5. P. 365–378.
52. Thangaraj M., Ramkumar V., Jennyson D. The direct costs incurred by families of children with hearing loss post cochlear implantation. *Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery.* 2025. P. 1–6.
53. Demers D., Bergeron F. Effectiveness of rehabilitation approaches proposed to children with severe-to-profound prelinguistic deafness on the development of auditory, speech, and language skills : a systematic review. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research.* 2019. Т. 62. № 11. P. 4196–4230.
54. Чернієнко О. Відновлення фізичного здоров'я учасників бойових дій з вадами слуху. *Соціально-психологічна реабілітація ветеранів* : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф., м. Рівне, 27–28 лют. 2025 р. / упоряд. проф. Р. Павелків, проф. Н. Корчакова, проф. В. Безлюдна. Рівне : РДГУ, 2025. С. 126–128.
55. Stropahl M., Besser J., Launer S. Auditory training supports auditory rehabilitation: a state-of-the-art review. *Ear and Hearing.* 2020. Т. 41. № 4. P. 697–704.
56. Yueh B., Shapiro N., MacLean C. H., Shekelle P. G. Development and validation of the Effectiveness of Auditory Rehabilitation (EAR) Scale. *JAMA Otolaryngology – Head & Neck Surgery.* 2005. Т. 131. № 5. P. 656–662.
57. Han J. S., Ji Y. R., Zhong Y., Kim M. J., Park K. Effect of hearing rehabilitation therapy program in hearing aid users. *Frontiers in Neuroscience.* 2022. Т. 16. P. 914923.
58. Recommended procedure. Common principles of rehabilitation for adults in audiology services. URL: https://lnk.ua/QV0kK07eg (дата звернення: 06.10.2025).
59. Sininger Y. et al. Guidelines for ethical practice in research for audiologists. *Audiology Today.* 2003. Т. 15. № 6. P. 14–17.
60. Nakshathri M. K. et al. Influence of auditory training on acceptable noise level scores in elderly persons with hearing impairment. *Noise and Health.* 2022. Т. 24. № 114. P. 166–172.

61. Jønsberg A. C. et al. Language interventions for school-aged children who are d/Deaf and hard of hearing : a systematic review and meta-analysis. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research.* 2025. T. 68. № 5. P. 2634–2655.
62. Karah H., Karawani H. Auditory perceptual exercises in adults adapting to the use of hearing aids. *Frontiers in Psychology.* 2022. T. 13. P. 832100.
63. Boothroyd A. Adult aural rehabilitation: what is it and does it work? *Trends in Amplification.* 2007. T. 11. № 2. P. 63–71.
64. Chisolm T. H., Abrams H. B., McArdle R. Short- and long-term outcomes of adult audiological rehabilitation. *Ear and Hearing.* 2004. T. 25. № 5. P. 464–477.
65. Field A. Discovering statistics using IBM SPSS statistics. London : Sage Publications Ltd., 2024. 1144 p.
66. Pallant J. SPSS survival manual : A step by step guide to data analysis using IBM SPSS. London : Routledge, 2020. 295 p.
67. Tabachnick B. G., Fidell L. S., Ullman J. B. Using multivariate statistics. Boston, MA : Pearson, 2007. 983 p.
68. Brace N., Kemp R., Snelgar R. SPSS for psychologists (and everybody else). London : Palgrave Macmillan, 2016. 424 p.
69. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences.* New York : Routledge, 2013. 567 p.
70. Gueorguieva R., Krystal J. H. Move over ANOVA : progress in analyzing repeated-measures data and its reflection in papers published in the Archives of General Psychiatry *Archives of General Psychiatry.* 2004. T. 61 № 3. P. 310–317.
71. DeVellis R. F., Thorpe C. T. Scale development: Theory and applications. Thousand Oaks : Sage Publications, 2021. 280 p.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Опитування щодо реабілітації дітей з порушеннями слуху

Дякуємо за участь у нашому опитуванні! Ваші відповіді допоможуть поліпшити процес реабілітації дітей з порушеннями слуху.

1. Ваш вік:

- ☐ до 18 років
- ☐ 19-30 років
- ☐ 31-50 років
- ☐ 51-70 років
- ☐ старше 70 років

2. Ваша стать:

- ☐ Чоловік
- ☐ Жінка

3. Ваша освіта:

- ☐ Середня
- ☐ Вища
- ☐ Інша (вкажіть): _____

4. Чи маєте ви досвід роботи з дітьми, які мають порушення слуху?

- ☐ Так
- ☐ Ні

5. Якщо так, то скільки років ви працюєте в цій сфері?

- ☐ Менше року
- ☐ 1-5 років
- ☐ 6-10 років

- ☐ Більше 10 років

6. Які методи реабілітації ви вважаєте найефективнішими? (можна вибрати кілька варіантів)

- ☐ Логопедичні заняття
- ☐ Індивідуальні заняття
- ☐ Групові заняття
- ☐ Використання технологій (костюми, апарати)
- ☐ Інші (вкажіть): _____

7. Як ви оцінюєте важливість сімейної підтримки у реабілітації дітей з порушеннями слуху?

- ☐ Дуже важлива
- ☐ Важлива
- ☐ Помірно важлива
- ☐ Не важлива

8. Які труднощі ви або ваші знайомі стикалися під час реабілітації дітей з порушеннями слуху? (можна вибрати кілька варіантів)

- ☐ Відсутність ресурсів
- ☐ Недостатня кількість фахівців
- ☐ Неправильне розуміння потреб дитини
- ☐ Інші (вкажіть): _____

9. Яка роль, на вашу думку, відіграє технологічне забезпечення в реабілітації?

- ☐ Дуже велика
- ☐ Велика
- ☐ Помірна
- ☐ Невелика

10. Чи отримували ви чи ваші знайомі навчання щодо роботи з дітьми з порушеннями слуху?

- ☐ Так
- ☐ Ні

11. Якщо так, які програми чи курси ви проходили? (вкажіть):

---

12. Як часто, на вашу думку, необхідно проводити заняття з реабілітації?

- ☐ Щоденно
- ☐ 2-3 рази на тиждень
- ☐ Раз на тиждень
- ☐ Рідше ніж раз на тиждень

13. Чи вважаєте ви, що реабілітація дітей з порушеннями слуху повинна бути інклюзивною?

- ☐ Так
- ☐ Ні

14. Які ресурси або підтримка, на вашу думку, найбільше допомагають у реабілітації? (можна вибрати кілька варіантів)

- ☐ Підтримка сім’ї
- ☐ Спеціалізовані центри
- ☐ Групи підтримки
- ☐ Інтернет-ресурси
- ☐ Інші (вкажіть): _____

15. Ваші рекомендації або коментарі щодо покращення реабілітації дітей з порушеннями слуху:

ДОДАТОК Б

Результати опитування фахівців, які безпосередньо працюють із дітьми з порушеннями слуху

Варіант 1

1. Ваш вік: 31-50 років
2. Ваша стать: Жінка
3. Ваша освіта: Вища
4. Чи маєте ви досвід роботи з дітьми, які мають порушення слуху? Так
5. Якщо так, то скільки років ви працюєте в цій сфері? 6-10 років
6. Які методи реабілітації ви вважаєте найефективнішими? Логопедичні заняття, Використання технологій
7. Як ви оцінюєте важливість сімейної підтримки у реабілітації? Дуже важлива
8. Які труднощі ви або ваші знайомі стикалися під час реабілітації? Недостатня кількість фахівців
9. Яка роль, на вашу думку, відіграє технологічне забезпечення в реабілітації? Велика
10. Чи отримували ви чи ваші знайомі навчання щодо роботи з дітьми з порушеннями слуху? Так
11. Якщо так, які програми чи курси ви проходили? Курси підвищення кваліфікації
12. Як часто, на вашу думку, необхідно проводити заняття з реабілітації? 2-3 рази на тиждень
13. Чи вважаєте ви, що реабілітація дітей з порушеннями слуху повинна бути інклюзивною? Так
14. Які ресурси або підтримка, на вашу думку, найбільше допомагають у реабілітації? Підтримка сім’ї, Спеціалізовані центри
15. Ваші рекомендації або коментарі: Необхідно більше ресурсів для підтримки дітей.

Вараніт 2

1. Ваш вік: 19-30 років
2. Ваша стать: Чоловік
3. Ваша освіта: Вища
4. Чи маєте ви досвід роботи з дітьми, які мають порушення слуху? Ні
5. Якщо так, то скільки років ви працюєте в цій сфері? -
6. Які методи реабілітації ви вважаєте найефективнішими? Групові заняття
7. Як ви оцінюєте важливість сімейної підтримки у реабілітації? Важлива
8. Які труднощі ви або ваші знайомі стикалися під час реабілітації? Відсутність ресурсів
9. Яка роль, на вашу думку, відіграє технологічне забезпечення в реабілітації? Помірна
10. Чи отримували ви чи ваші знайомі навчання щодо роботи з дітьми з порушеннями слуху? Ні
11. Якщо так, які програми чи курси ви проходили? -
12. Як часто, на вашу думку, необхідно проводити заняття з реабілітації? Раз на тиждень
13. Чи вважаєте ви, що реабілітація дітей з порушеннями слуху повинна бути інклюзивною? Ні
14. Які ресурси або підтримка, на вашу думку, найбільше допомагають у реабілітації? Інші (вказати): Немає думки
15. Ваші рекомендації або коментарі: Потрібно більше інформації про проблеми.

Вараніт 3

1. Ваш вік: 51-70 років

2. Ваша стать: Жінка

3. Ваша освіта: Середня

4. Чи маєте ви досвід роботи з дітьми, які мають порушення слуху? Так

5. Якщо так, то скільки років ви працюєте в цій сфері? Більше 10 років

6. Які методи реабілітації ви вважаєте найефективнішими? Індивідуальні заняття, Використання технологій

7. Як ви оцінюєте важливість сімейної підтримки у реабілітації? Дуже важлива

8. Які труднощі ви або ваші знайомі стикалися під час реабілітації? Неправильне розуміння потреб дитини

9. Яка роль, на вашу думку, відіграє технологічне забезпечення в реабілітації? Дуже велика

10. Чи отримували ви чи ваші знайомі навчання щодо роботи з дітьми з порушеннями слуху? Так

11. Якщо так, які програми чи курси ви проходили? Спеціалізовані курси для викладачів

12. Як часто, на вашу думку, необхідно проводити заняття з реабілітації? Щоденно

13. Чи вважаєте ви, що реабілітація дітей з порушеннями слуху повинна бути інклюзивною? Так

14. Які ресурси або підтримка, на вашу думку, найбільше допомагають у реабілітації? Групи підтримки

15. Ваші рекомендації або коментарі: Необхідно залучати більше фахівців до роботи з дітьми.

Варіант 4

1. Ваш вік: 31-50 років

2. Ваша стать: Чоловік

3. Ваша освіта: Вища

4. Чи маєте ви досвід роботи з дітьми, які мають порушення слуху? Так

5. Якщо так, то скільки років ви працюєте в цій сфері? 1-5 років

6. Які методи реабілітації ви вважаєте найефективнішими? Логопедичні заняття, Групові заняття

7. Як ви оцінюєте важливість сімейної підтримки у реабілітації? Помірно важлива

8. Які труднощі ви або ваші знайомі стикалися під час реабілітації? Відсутність ресурсів

9. Яка роль, на вашу думку, відіграє технологічне забезпечення в реабілітації? Невелика

10. Чи отримували ви чи ваші знайомі навчання щодо роботи з дітьми з порушеннями слуху? Ні

11. Якщо так, які програми чи курси ви проходили? -

12. Як часто, на вашу думку, необхідно проводити заняття з реабілітації? Раз на тиждень

13. Чи вважаєте ви, що реабілітація дітей з порушеннями слуху повинна бути інклюзивною? Так

14. Які ресурси або підтримка, на вашу думку, найбільше допомагають у реабілітації? Інші (вкажіть): Психологічна підтримка

15. Ваші рекомендації або коментарі: Більше інформування для батьків.

Варіант 5

1. Ваш вік: 31-50 років
2. Ваша стать: Жінка
3. Ваша освіта: Вища
4. Чи маєте ви досвід роботи з дітьми, які мають порушення слуху? Так
5. Якщо так, то скільки років ви працюєте в цій сфері? 1-5 років
6. Які методи реабілітації ви вважаєте найефективнішими? Індивідуальні заняття, Використання технологій
7. Як ви оцінюєте важливість сімейної підтримки у реабілітації? Дуже важлива
8. Які труднощі ви або ваші знайомі стикалися під час реабілітації? Недостатня кількість фахівців
9. Яка роль, на вашу думку, відіграє технологічне забезпечення в реабілітації? Велика
10. Чи отримували ви чи ваші знайомі навчання щодо роботи з дітьми з порушеннями слуху? Так
11. Якщо так, які програми чи курси ви проходили? Логопедичні курси
12. Як часто, на вашу думку, необхідно проводити заняття з реабілітації? 2-3 рази на тиждень
13. Чи вважаєте ви, що реабілітація дітей з порушеннями слуху повинна бути інклюзивною? Так
14. Які ресурси або підтримка, на вашу думку, найбільше допомагають у реабілітації? Спеціалізовані центри
15. Ваші рекомендації або коментарі: Наявність безкоштовних курсів для батьків.

Варіант 6

1. Ваш вік: 19-30 років
2. Ваша стать: Чоловік
3. Ваша освіта: Середня
4. Чи маєте ви досвід роботи з дітьми, які мають порушення слуху? Ні
5. Якщо так, то скільки років ви працюєте в цій сфері? -
6. Які методи реабілітації ви вважаєте найефективнішими? Групові заняття
7. Як ви оцінюєте важливість сімейної підтримки у реабілітації? Помірно важлива
8. Які труднощі ви або ваші знайомі стикалися під час реабілітації? Відсутність ресурсів
9. Яка роль, на вашу думку, відіграє технологічне забезпечення в реабілітації? Невелика
10. Чи отримували ви чи ваші знайомі навчання щодо роботи з дітьми з порушеннями слуху? Ні
11. Якщо так, які програми чи курси ви проходили? -
12. Як часто, на вашу думку, необхідно проводити заняття з реабілітації? Рідше ніж раз на тиждень
13. Чи вважаєте ви, що реабілітація дітей з порушеннями слуху повинна бути інклюзивною? Ні
14. Які ресурси або підтримка, на вашу думку, найбільше допомагають у реабілітації? Інші (вкажіть): Немає конкретної думки
15. Ваші рекомендації або коментарі: Потрібно більше уваги до дітей з порушеннями слуху.

Варіант 7

1. Ваш вік: 51-70 років

2. Ваша стать: Жінка

3. Ваша освіта: Вища

4. Чи маєте ви досвід роботи з дітьми, які мають порушення слуху? Так

5. Якщо так, то скільки років ви працюєте в цій сфері? Більше 10 років

6. Які методи реабілітації ви вважаєте найефективнішими? Індивідуальні заняття, Логопедичні заняття

7. Як ви оцінюєте важливість сімейної підтримки у реабілітації? Дуже важлива

8. Які труднощі ви або ваші знайомі стикалися під час реабілітації? Недостатня кількість фахівців

9. Яка роль, на вашу думку, відіграє технологічне забезпечення в реабілітації? Дуже велика

10. Чи отримували ви чи ваші знайомі навчання щодо роботи з дітьми з порушеннями слуху? Так

11. Якщо так, які програми чи курси ви проходили? Спеціалізовані курси для викладачів

12. Як часто, на вашу думку, необхідно проводити заняття з реабілітації? Щоденно

13. Чи вважаєте ви, що реабілітація дітей з порушеннями слуху повинна бути інклюзивною? Так

14. Які ресурси або підтримка, на вашу думку, найбільше допомагають у реабілітації? Групи підтримки

15. Ваші рекомендації або коментарі: Необхідно залучати більше фахівців до роботи з дітьми.

Варіант 8

1. Ваш вік: 31-50 років
2. Ваша стать: Чоловік
3. Ваша освіта: Вища
4. Чи маєте ви досвід роботи з дітьми, які мають порушення слуху? Так
5. Якщо так, то скільки років ви працюєте в цій сфері? 1-5 років
6. Які методи реабілітації ви вважаєте найефективнішими? Групові заняття
7. Як ви оцінюєте важливість сімейної підтримки у реабілітації? Важлива
8. Які труднощі ви або ваші знайомі стикалися під час реабілітації? Відсутність ресурсів
9. Яка роль, на вашу думку, відіграє технологічне забезпечення в реабілітації? Помірна
10. Чи отримували ви чи ваші знайомі навчання щодо роботи з дітьми з порушеннями слуху? Ні
11. Якщо так, які програми чи курси ви проходили? -
12. Як часто, на вашу думку, необхідно проводити заняття з реабілітації? Раз на тиждень
13. Чи вважаєте ви, що реабілітація дітей з порушеннями слуху повинна бути інклюзивною? Так
14. Які ресурси або підтримка, на вашу думку, найбільше допомагають у реабілітації? Інші (вкажіть): Психологічна підтримка
15. Ваші рекомендації або коментарі: Більше інформування для батьків.

Варіант 9

1. Ваш вік: 19-30 років

2. Ваша стать: Чоловік

3. Ваша освіта: Середня

4. Чи маєте ви досвід роботи з дітьми, які мають порушення слуху? Ні

5. Якщо так, то скільки років ви працюєте в цій сфері? -

6. Які методи реабілітації ви вважаєте найефективнішими? Індивідуальні заняття

7. Як ви оцінюєте важливість сімейної підтримки у реабілітації? Важлива

8. Які труднощі ви або ваші знайомі стикалися під час реабілітації? Неправильне розуміння потреб дитини

9. Яка роль, на вашу думку, відіграє технологічне забезпечення в реабілітації? Невелика

10. Чи отримували ви чи ваші знайомі навчання щодо роботи з дітьми з порушеннями слуху? Ні

11. Якщо так, які програми чи курси ви проходили? -

12. Як часто, на вашу думку, необхідно проводити заняття з реабілітації? Рідше ніж раз на тиждень

13. Чи вважаєте ви, що реабілітація дітей з порушеннями слуху повинна бути інклюзивною? Ні

14. Які ресурси або підтримка, на вашу думку, найбільше допомагають у реабілітації? Інші (вкажіть): Немає конкретної думки

15. Ваші рекомендації або коментарі: Потрібно більше уваги до дітей з порушеннями слуху.

Варіант 10

1. Ваш вік: 31-50 років

2. Ваша стать: Жінка

3. Ваша освіта: Вища

4. Чи маєте ви досвід роботи з дітьми, які мають порушення слуху? Так

5. Якщо так, то скільки років ви працюєте в цій сфері? 6-10 років

6. Які методи реабілітації ви вважаєте найефективнішими? Логопедичні заняття, Використання технологій

7. Як ви оцінюєте важливість сімейної підтримки у реабілітації? Дуже важлива

8. Які труднощі ви або ваші знайомі стикалися під час реабілітації? Відсутність ресурсів

9. Яка роль, на вашу думку, відіграє технологічне забезпечення в реабілітації? Дуже велика

10. Чи отримували ви чи ваші знайомі навчання щодо роботи з дітьми з порушеннями слуху? Так

11. Якщо так, які програми чи курси ви проходили? Курси з логопедії

12. Як часто, на вашу думку, необхідно проводити заняття з реабілітації? 2-3 рази на тиждень

13. Чи вважаєте ви, що реабілітація дітей з порушеннями слуху повинна бути інклюзивною? Так

14. Які ресурси або підтримка, на вашу думку, найбільше допомагають у реабілітації? Спеціалізовані центри

15. Ваші рекомендації або коментарі: Потрібно більше уваги до інклюзії.

ДОДАТОК В

Узагальнені результати опитування фахівців, які безпосередньо працюють із дітьми з порушеннями слуху

Вік	Стать	Освіта	Досвід роботи	Методи реабілітації	Важливість сімейної підтримки	Труднощі	Роль технологічного забезпечення	Навчання	Програми/курси	Частота занять	Інклюзивність реабілітації	Ресурси	Рекомендації/коментарі
19-30 років	Жінка	Вища	Так, 1-5 років	Індивідуальні заняття	Дуже важлива	Невиправдані очікування	Дуже велика	Так	Логопедичні курси	2-3 рази на тиждень	Так	Групи підтримки	Більше уваги до дітей з порушеннями слуху.
31-50 років	Чоловік	Середня	Так, 6-10 років	Індивідуальні заняття	Важлива	Відсутність ресурсів	Помірна	Так	Спеціалізовані курси	1-2 рази на тиждень	Так	Інші (психологічна підтримка)	Необхідно більше інформування для батьків.
51-70 років	Жінка	Вища	Так, більше 10 років	Групові заняття, логопедичні заняття	Дуже важлива	Неправильне розуміння потреб дитини	Дуже велика	Так	Спеціалізовані курси	Щоденно	Так	Спеціалізовані центри	Залучення більше фахівців до роботи з дітьми.
31-50	Чоловік	Вища	Так, 1-5	Викори	Важлив	Недоста	Помірн	Так	Курс з	Раз на	Так	Групи	Залучен

років			років	стання технологій	а	тня кількість фахівців	а		інклюзивної освіти	тиждень		підтримки	ня більше фахівців до роботи з дітьми.
19-30 років	Жінка	Середня	Ні	-	Помірно важлива	Відсутність ресурсів	Невелика	Ні	-	Рідше ніж раз на тиждень	Ні	Інші (недостатнє фінансування)	Потрібно більше уваги до дітей з порушеннями слуху.
19-30 років	Чоловік	Середня	Ні	-	Важлива	Неправильне розуміння потреб дитини	Невелика	Ні	-	Рідше ніж раз на тиждень	Ні	Інші (немає конкретної думки)	Потрібно більше уваги до дітей з порушеннями слуху.
51-70 років	Жінка	Вища	Так, більше 10 років	Індивідуальні заняття, логопедичні заняття	Дуже важлива	Недостатня кількість фахівців	Дуже велика	Так	Спеціалізовані курси	Щоденно	Так	Групи підтримки	Потрібно більше уваги до інклюзії.
31-50 років	Чоловік	Вища	Так, 1-5 років	Групові заняття	Важлива	Відсутність	Помірна	Ні	-	Раз на тижден	Так	Інші (психол	Більше інформ

						ресурсів				ь		огічна підтримка)	ування для батьків.
19-30 років	Чоловік	Середня	Ні	-	Важлива	Відсутність ресурсів	Невелика	Ні	-	Рідше ніж раз на тиждень	Ні	Інші (немає конкретної думки)	Потрібно більше уваги до дітей з порушеннями слуху.
31-50 років	Жінка	Вища	Так, 6-10 років	Логопедичні заняття, Використання технологій	Дуже важлива	Невиправдані очікування	Дуже велика	Так	Курси з логопедії	2-3 рази на тиждень	Так	Спеціалізовані центри	Потрібно більше уваги до інклюзії.