

Науково-теоретичні джерела також не містять достатньо інформації щодо чіткої психологічної структури логоритмічної діяльності, а також її аналізу з огляду на диференційовану структуру дефекту в умовах тяжких порушень мовленнєвого розвитку. Відсутні на сьогодні і конкретні дані щодо психологічних чинників ефективності перебігу логоритмічних занять.

Варто також зазначити, що незважаючи на присутність занять з логоритміки як обов'язкової складової корекційно-розвивального блоку у типових навчальних планах для спеціальних загальноосвітніх закладів для дітей із ТПМ, на даний момент не існує єдиної методики роботи із зазначеною категорією школярів, що може бути наслідком вищенаведених протиріч.

На основі викладеного вище можна зробити висновок, що поставлена проблема потребує всебічного розгляду та вивчення. Визначення психологічних особливостей когнітивної полімодальності молодших школярів із тяжкими порушеннями мовлення передбачає у подальшому підвищення ефективності логопедичної роботи з молодшими школярами у процесі шкільного навчання, а саме на уроках логоритміки та української мови. Відтак, на передній план виступає необхідність вивчення поняття "когнітивна полімодальність", науково-теоретичне осмислення його структурних компонентів та можливість їх використання у навчальному процесі з метою його вдосконалення. Саме тому дослідження психологічних особливостей когнітивної полімодальності молодших школярів із тяжкими порушеннями мовлення є актуальним.

#### ***Література:***

1. Волкова Г.А. Логопедическая ритмика: Учеб. для студ. высш. учеб. заведений. – М: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2002. - 272 с.
2. Глухов В.П. Психолінгвістика. Теория речевой деятельности. / Глухов В.П. , Ковшиков В.А. – М.: Изд-во: АСТ, 2007. – 318 с.
3. Логопедия: Учебник для студентов дефектол. фак. пед. вузов / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1998. — 680 с.
4. Олефір О. І. Напрями лексичної роботи з молодшими школярами із тяжкими мовленнєвими вадами на уроках читання. /Олефір О. І.// Вісник ЛНУ імені Тараса Шевченка № 14 (225), Ч. II, 2011
5. Спирина Л.Ф. Особенности речевого развития учащихся с тяжелыми нарушениями речи / Л.Ф. Спирина. – М.: Педагогика, 1980,- 192 с.
6. Шушарджан С. В. Комплексное применение рефлекс- и музыкотерапии / Шушарджан С. В., Сеиченко Л. М. // Поволжская учредительная и 1-я Научно-практическая конф. по традиционной медицине: Тез. докл. - Казань. 1993. - С. 123.  
УДК 5.616.-089.843-031.61.851:611

*Рецензент*

*Прокопенко О. А.*

*кандидат психологічних наук*

### **ОСОБЛИВОСТІ СЛУХОМОВЛЕННЄВОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ПОСТЛІНГВАЛЬНОЮ ГЛУХОТЮ ПІСЛЯ ПРОВЕДЕННЯ КОХЛЕАРНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ**

**Зайка С. К.**

*Стаття присвячена особливостям слухомовленнєвої реабілітації дітей з постлінгвальною глухотою після кохлеарної імплантації в умовах реабілітаційного центру. У статті автором описано особливості інтеграції дітей після кохлеарної імплантації у суспільство, необхідність подальшої слухомовленнєвої реабілітації під керівництвом фахівців для ефективного оволодіння слуховим сприйманням. Розкрито етапи та структурні складові реабілітації слухового сприймання та мовлення у дітей з постлінгвальною глухотою.*

**Ключові слова:** дитина з постлінгвальною глухотою, кохлеарна імплантація, слухомовленнєва реабілітація.

### **Особенности слухоречевой реабилитации детей с постлингвальной глухотой после проведения кохлеарной имплантации**

*Статья посвящена особенностям слухоречевой реабилитации детей с постлингвальной глухотой после кохлеарной имплантации в условиях реабилитационного центра. В статье автором описаны особенности интеграции детей после кохлеарной имплантации в общество, необходимость дальнейшей слухоречевой реабилитации под руководством специалистов для эффективного овладения слуховым восприятием. Раскрыты этапы и структурные составляющие реабилитации слухового восприятия и речи у детей с постлингвальной глухотой.*

**Ключевые слова:** ребенок с постлингвальной глухотой, кохлеарная имплантация, слухоречевая реабилитация.

#### **Features audioverbal rehabilitation of children with deafness after cochlear implant**

*This article is devoted to the peculiarities audioverbal rehabilitation of children with deafness after cochlear implantation in terms of the rehabilitation center. In this article the author describes the features of the integration of children after cochlear implantation in society, the need for further rehabilitation under the supervision of experts for effective mastery of auditory perception. Reveals the stages of rehabilitation and structural components of the auditory and speech perception in children with deafness.*

**Keywords:** audioverbal rehabilitation, children with deafness, cochlear implantation.

Сучасні тенденції до реформування освіти висувають нагальну потребу в перегляді усталених наукових і методичних засад її реалізації. Пріоритетним напрямом забезпечення освітнього процесу виступає запровадження теоретико-методичних підходів, основним орієнтиром яких є особистість. А відтак, особливої актуальності набуває й вирішення проблеми розроблення технологій навчання та виховання, що зорієнтовані на учня, вихованця як суб'єкта психолого-педагогічного впливу. Особливого значення стратегії реформування набувають у контексті забезпечення розвитку, навчання та виховання дітей із порушеннями слуху, зокрема такої категорії дітей, що мають кохлеарні імпланти.

За статистичними даними Міністерства охорони здоров'я України, кількість дітей, що мають порушення слуху становить понад 300 тис. осіб, з них у 12 тис. осіб діагностовано глухоту. Проблема навчання, адаптації та соціалізації таких дітей досліджується в рамках спеціальної педагогіки. Так, питання щодо особливостей навчання та виховання дітей з порушеннями слуху висвітлені в роботах вітчизняних та зарубіжних сурдопедагогів: Л. Борщевської, Р. Боскиса, Л. Венгера, Т. Власової, В. Жук, В. Засенка, Н. Засенко, С. Зикова, Е. Леонгарда, С. Литовченко, Ф. Рау, Ф. Рау, Т. Розанової, О. Таранченко, В. Шевченка, М. Шеремет, Ж. Шиф та ін. Зважаючи на те, що вперше операції з кохлеарної імплантації дітям в Україні було проведено у 2003 році, проблема навчання та виховання дітей з такими імплантами є молодісною. Аналізуючи психолого-педагогічну літературу з означеного питання певні аспекти роботи з такими дітьми досліджувалися в роботах Л. Борщевської, О. Жукова, О. Зонтової, Б. Мороза, Т. Пелимської. Від так, недостатня розробленість теоретичних і прикладних аспектів проблеми освітньої, соціальної, психологічної адаптації та інтеграції дітей після проведення кохлеарної імплантації зумовили вибір теми статті: «Особливості слухомовленнєвої реабілітації дітей з постлінгвальною глухотою після проведення кохлеарної імплантації».

На сьогоднішній день кількість проведених операцій кохлеарної імплантації становить близько тисячі. Це вид операції, як зазначає Н Воловец, під час якого у внутрішнє вухо пацієнта вводиться система електродів, що забезпечують сприймання звукової інформації за допомогою електричної стимуляції збережених волокон слухового нерву [2; с. 12]. Операції кохлеарної імплантації проводяться дітям зі значними втратами слуху в тих випадках, коли використання звичайних слухових апаратів є малоефективним. Кохлеарний імплант дає можливість чути звуки, але одразу після операції звуки, які чує дитина, у більшості випадків, є малоінформативними, створюючи «шумове поле». Імплантована дитина спочатку повинна

навчитися їх ідентифікувати, співвідносити з певними словами, предметами, діями та ін. Навіть якщо дитина до операції мала слуховий досвід та володіла самостійним мовленням, вона певний період не зможе чітко розпізнавати звуки, розуміти те, що чує. Основне завдання кохлеарної імплантації – дати можливість дитині з втратою слуху чути і розуміти усне мовлення, сформувати самостійне мовлення та навчити використовувати його в спілкуванні в різних акустичних ситуаціях [1; с.19-20].

У дитини з нормою слуху звук, потрапляючи на барабанну перетинку, викликає механічні коливання слухових кісточок, які в свою чергу викликають коливання мембрани овального вікна та рідини завитка. Волоскові клітини завитка перетворюють механічні коливання рідини в електричні імпульси, що передаються на слуховий нерв, а по ньому – в слухові центри мозку. Кохлеарний імплант перетворює звукову інформацію одразу на електричні імпульси та передає їх безпосередньо на слуховий нерв. Таким чином, дитині з втратою слуху, у якої функціонує слуховий нерв, кохлеарний імплант дає змогу чути. У дітей з втратою слуху механізм сприймання звуків порушений. Зважаючи на це, кохлеарна імплантація розглядається нами як необхідний засіб, що забезпечує дитині з втратою слуху можливість повноцінного слухомовленнєвого розвитку.

Вчений С. Петров вважав, що «... людина чує і розуміє мозком» [1, с. 7]. Від так, щоб розуміти звернене мовлення, дитина повинна не тільки чути тихі звуки, але й володіти, як зазначає І. Корольова чотирма «мозковими» складовими. На думку дослідниці, вони необхідні для того, щоб чути звернене, розуміти і використовувати власне мовлення у спілкуванні з оточуючими [5].

Перша складова – це вміння центрів мозку дитини аналізувати мовлення як звуковий сигнал. Це означає, наявність сформованих слухових процесів аналізу мовленнєвої інформації. Мозок дитини необхідний мати навички сприймання, розрізнення та розуміння різних мовленнєвих сигналів: фонем, складів, слів, словосполучень, речень різних типів, текстів. Розвиток цієї складової досягається за умови, якщо слухова система навчиться вслуховуватись в почуте. Супутнім при цьому є розвиток слухової пам'яті і уваги, які зберігають слухові образи мовленнєвих сигналів.

Другою складовою є оволодіння дитиною системою рідної мови. Це передбачає знання, зберігання і відтворення різної лінгвістичної інформації дитиною: розуміння значення багатьох слів (семантика, лексика), володіння звуковим складом слів (фонологія), знання правил змінювання слів (морфологія), вміння узгоджувати слова в реченні (синтаксис).

Третьою складовою є сформованість процесів утворення усного мовлення: вміння розвивати задум вислову, перетворювати ієрархічну структуру задуму в послідовність мовленнєвих одиниць. А також повинні бути сформовані рухові здібності дихальних, голосотворних та артикуляційних органів, які забезпечують генерацію мовленнєвих сигналів з відповідними акустичними характеристиками [2; с.15].

Четвертою складовою є володіння правилами використання мовлення у процесі спілкування (прагматика), знання вимог діалогічного мовлення [5].

Таким чином, усі пацієнти після операції кохлеарної імплантації, незважаючи на тривалість втрати слуху та на вік на момент імплантації потребують післяопераційної реабілітації. Але зважаючи на зазначені вище складові, реабілітаційний період кожної дитини та етапи відновлення слухомовленнєвої діяльності – процес індивідуальний і потребує особистісного підходу.

Післяопераційна реабілітація є однією з важливих умов результативності та успішності проведення операції кохлеарної імплантації. Основна мета такої реабілітації – по-перше, навчити дитину адекватно та правильно сприймати акустичні звукові сигнали із навколишнього середовища (мовленнєві і немовленнєві), по-друге, розуміти їх і співвідносити зі словами, зображеннями, предметами, діями тощо, по-третє, застосовувати нові слухові відчуття для розвитку мовлення.

Проблема слухомовленнєвої реабілітації після кохлеарної імплантації в Україні малодосліджене. На сьогодні, вищі учебні заклади не навчають фахівців цього профілю.

Досвід зарубіжних фахівців щодо навчання та виховання дітей з кохлеарними імплантатами в Україні майже не застосовується. На території нашої держави реабілітацією таких дітей здійснює центр слухомовленнєвої реабілітації НВП «ВАБОС», що надає соціально-педагогічний, медичний та психологічний супровід дітей різного віку, з різним слуховим досвідом, різними супутніми порушеннями психофізичного розвитку та їх батьків (сімей).

Слухомовленнєва реабілітація відновлення та розвитку мовлення за допомогою кохлеарного імпланту дітей з постлінгвальною глухотою відбувається в два етапи [5; с.28-35]:

1. Основний займає від 4 до 12 місяців. На цьому етапі відбувається оптимальне налаштування параметрів мовленнєвого процесора. За цей період дитина навчається робити співвідношення між слуховими зразками звуків мовлення і слів, що передаються кохлеарним імплантом, з тими, які збережені в її пам'яті; розпізнавати значну частину звуків мовлення та накопичує в пам'яті нові слухові зразки мовленнєвих звуків, а також звуків навколишнього світу [8; с. 16-19].

2. Додатковий етап після 1 до 2 років. За цей період дитина навчається швидкому розпізнаванню звуків мовлення під час спілкування з різними співрозмовниками (що мають різний темп мовлення, різну вимову звуків в словах) в різних акустичних умовах.

Аналізуючи наукову літературу та спираючись на досвід фахівців центру розглянемо особливості реабілітації імплантованих дітей з постлінгвальною глухотою (тих, що мали слуховий досвід).

Діти з постлінгвальною глухотою вміють говорити. До втрати слуху вони чули і розуміли звернене мовлення, їх пам'ять містить інформацію, необхідну для сприймання звуків. Але варто наголосити, що наявність такої інформації допомагає дитині з кохлеарним імплантом лише знову «навчитися слухати мовлення». З кохлеарним імплантом навколишні звуки та мовлення сприймає по-іншому [3; с.13]. Після активації та налаштування мовленнєвого процесора діти, характеризуючи свої відчуття, визначають, що чують навіть тихі звуки, але через це звернене мовлення не стає для них більш чи менш зрозумілим. Деякий час вони не можуть розрізнити прості та знайомі слова, зокрема і своє ім'я. Так, наприклад, після першого налаштування мовленнєвого процесора діти не могли розрізнити та почути тихі звуки барабану, описуючи його як суцільний шум. Під час проведення слухових тренінгів по сприйманню слів, різних за складовою будовою, вони їх також не розпізнавали. Після третього-четвертого налаштування, діти з допомогою артикуляції сурдопедагога починали запам'ятовувати звучання слів, і могли розрізнити їх на слух.

Варто зауважити, що дітям досить важко сприймати ізольовані звуки. Так, наприклад, часто можна зустріти такий випадок, коли дитина по артикуляції бачить звук «У», але чує «О»; бачить «Е» – чує «А», замість «І» – чує тільки шум.

Три-чотири місяці після операції з кохлеарної імплантації мовлення сприймається дитиною із певною часовою затримкою. Звук відстає (уповільнюється) від артикуляції того, хто говорить. Ця затримка заважає при самостійному мовленні дитини. Відповідно свій голос також сприймається із затримкою. Деякий час дитина не може встановити різницю між чоловічими і жіночими голосами. Голоси людей спотворені і звучать на декілька октав вище, ніж є насправді. Відповідно і власний голос нагадує дитині писк. Не сприймається й інтонація вимови.

Через чотири місяці після активації кохлеарного імпланту та занять з сурдопедагогом дитина поступово перестає помічати затримку мовленнєвого сигналу, вчиться розрізняти чоловічі, жіночі та дитячі голоси, сприймає та розуміє на слух слова, фрази у повільному темпі мовлення. Через п'ять місяців після операції діти починають спілкуватися по телефону зі знайомими людьми, але такий діалог потребує повторень зі сторони співрозмовника; розмова ж по телефону із незнайомими людьми викликає низку складнощів.

Оточуючі звуки для дітей з кохлеарним імплантом звучать по-іншому, але після трьох-чотирьох місяців вони здатні чітко на слух розрізнити до 10 побутових звуків у приміщенні та на вулиці. З часом, після п'яти-шести місяців діти зазначають, що ці звуки звучать таким же чином, як і до операційного втручання. Найбільш складною для сприймання дітям з

кохлеарними імплантатами є сприймання музики. На початку реабілітації дитина описує її як шум. Цікаво, що сучасну ритмічну музику таким дітям розрізняти легше, ніж класичну. Класична музика, за описом дітей, на перших етапах реабілітації звучить фальшиво. Не зважаючи на це, систематичні музичні заняття допомагають навчитися сприймати та розуміти таку музику.

Варто також зауважити, що після активації та налаштування мовленнєвого процесора діти з постлінгвальною глухотою ще не володіють навичками локалізації джерела звуку. Вони не розуміють джерело та локалізацію звукового сигналу. Під час визначення напрямку звуку, зазвичай, обирають, напрям сторони, де знаходиться мовленнєвий процесор. Після тренінгів звукової локалізації як одного з етапів післяопераційної реабілітації діти починають розрізняти необхідний правильний напрям, особливо якщо звук довгий або декілька разів повторюється. Для того, щоб дитина навчилася добре локалізувати джерело звуку, їй необхідно забезпечити можливість чути двома вухами (використовувати або два кохлеарних імпланти, або кохлеарний імплант та слуховий апарат), задіюючи таким чином бінауральну слухову систему. Оскільки монауральна слухова система ускладнює формування навичок локалізації джерела звуку [4; с. 16-18].

Зважаючи на зазначені особливості післяопераційного періоду та налаштування кохлеарного імпланту у дітей з постлінгвальною глухотою можна виокремити основні перешкоди, що стають на заваді сприймання та розуміння мовлення оточуючих. Зважаючи на ці аспекти та уникаючи їх у спілкуванні, можна допомогти дитині швидше адаптуватися у післяопераційний період:

- навколишній шум;

- швидкий темп мовлення співрозмовника;

- довгі та складні речення (для кращого сприймання на слух тексту фрази бажано вимовляти повільно, робити їх короткими, одно- чи двоскладовими, речення розділяти паузами);

- дуже короткі мовні одиниці; відсутність повторення деяких ключових думок та висловів (повторення почутих фраз допомагає зрозуміти зміст розмови – необхідність повтору залишається впродовж шести-десяти місяців після кохлеарної імплантації);

- одночасна розмова в ході бесіди декількох співрозмовників, зазвичай більше двох;

- розташування співрозмовника з протилежного боку від процесора (в цьому випадку знижуються розбірливість мовлення; виправити ситуацію допомагають тренінги по локалізації джерела звуку, слухові тренінги сприймання мовленнєвого матеріалу з різних боків, а також використання на другому вусі слухового апарату);

- сприймання мовлення по телевізору чи радіо (оскільки на телебаченні часто говорять швидко, нерідко присутні фонові звуки музики або шуму; у дубльованих фільмах бувають випадки, коли одночасно говорять і актор і перекладач [9; с. 637-639]).

Звернене мовлення, яке сприймає дитина через кохлеарний імплант, як зазначалось вище, спотворене. Це пов'язано з особливостями обробки мовленнєвих сигналів процесором та, більшою мірою, з принципом роботи імпланту: передачу обробленого сигналу на слуховий нерв за допомогою обмеженої кількості електродів (волоскових клітин у завитку близько 30 тисяч, а електродів на імпланті – від 12 до 22). Мовленнєвому процесору потрібен певний час, щоб закодувати і передати сигнали на слуховий нерв, що викликає певну затримку у сприйманні звуків. Кохлеарний імплант передає інформацію в більш вузькому частотному діапазоні. Межі частотного діапазону залежать від виробника кохлеарного імпланту та параметрів налаштування мовленнєвого процесора кожної конкретної дитини. В зв'язку з тим, що завиток і слухова система мають тонотопічну організацію, певний вплив на передачу інформації в низькочастотному діапазоні має і довжина електроду, що вводиться в завиток. Стратегія обробки мовленнєвих сигналів процесором кохлеарного імпланту передбачає розбиття частотного діапазону на частотні смуги. Вхідний сигнал за допомогою спеціального алгоритму перетворюється на електричні імпульси, кожний електрод стимулюється струмом у відповідності з інтенсивністю вхідного сигналу у відповідному частотному діапазоні. В

системах кохлеарної імплантації різних виробників частотний діапазон поділяється на 12 (у Med-El) – 22 (у Cochlear) частотних смуг. В сучасних системах кохлеарної імплантації використовують швидкі стратегії кодування сигналів. Вони дозволяють передавати швидкі зміни стимулів та покращити передачу тонкої структури сигналу, що важливо при сприйманні коротких проривних приголосних звуків. Сучасні стратегії кодування сигналу передбачають також пригнічення шуму для покращення розбірливості мовленнєвих звучань. Функцію пригнічення шуму можна відключити, якщо є необхідність прослуховування немовленнєвих звуків (наприклад музики).

Динамічний діапазон електричних імпульсів, що передаються кохлеарним імплантом та сприймаються слуховим нервом, більш вузький (12–30 дБ), ніж акустичний динамічний діапазон у людей з нормою слуху. Динамічний діапазон мовлення визначається як різниця між рівнем шепітного мовлення (25-30 дБ) та рівнем крику (80 дБ). Цей діапазон повинен вміститися в 10–30 дБ, що може сприйматися слуховим нервом. Тому при кодуванні мовлення відбувається компресія звукового динамічного діапазону, що ускладнює розрізнення надсегментних інтонаційно-ритмічних характеристик мовлення, що передають лінгвістичну (питальну, окличну, розповідну) інтонацію, логічний наголос, положення наголошеного складу, екстролінгвістичну інтонацію (емоційний стан співрозмовника) [6; с.10-11].

Одною з причин, яка приводить до спотвореного сприймання мовлення у постлінгвальних дітей з кохлеарним імплантом також може бути ураження слухового нерву та слухових центрів мозку як наслідок менінгоенцефаліту, черепно-мозкової травми, або у тих дітей, які мали порушення слуху пов'язане з травмою під час пологів.

Сприймання зверненого мовлення у дітей з кохлеарним імплантом ускладнюється також внаслідок віддаленості від співрозмовника та впливу шуму. Особливо важко сприймати і розуміти тихі частини мовлення – закінчення слів, применники, префікси. Якщо дитина недочуває ці частини мовлення - це сприяє формуванню аграматичного мовлення (коли дитина не може правильно робити узгодження слів за родом ,числом та відмінками) [7; с.7-12].

Підсумовуючи, зазначимо, що для того, щоб дитина з постлінгвальною глухотою сприймала і розуміла звернене мовлення необхідно в процесі реабілітації навчити її навичкам робити співвіднесення між слуховими зразками слів, які передає кохлеарний імплант з тими, які зберегла довгострокова пам'ять дитини до порушення слуху; відокремлення в нових зразках мовленнєвих звуків акустичні кореляти диференціальних ознак фонем «сонорна – шумна», «дзвінка – глуха», «проривна – щільна»; накопичення в пам'яті нових слухових зразків мовленнєвих звуків: слів, фраз. В більшості випадків дітям, які втратили слух вже володіючи самостійним мовленням, для розвитку та відновлення мовлення, для розвитку слухового сприймання за допомогою кохлеарного імпланту необхідно від 4 до 8 місяців систематичних занять з сурдопедагогом. За цей період вони навчаються розуміти звернене мовлення в різних акустичних ситуаціях, накопичуючи слухові образи слів, що сприяє розумінню зверненого мовлення.

#### *Література::*

1. Мороз Б. Сучасні технології реабілітації і навчання дітей з вадами слуху та мовлення: наук.-мет. збірник / Б. Мороз, К. Луцько. – К. : Вид."А&P", 2003 – 130 с.
2. Мороз Б.Актуальні питання кохлеарного слухопротезування: реабілітація глухих дітей після кохлеарної імплантації / Б. Мороз, В. Овсяник , К. Луцько. – К.: Промт,2005. – Ч.1. – 40 с.
3. Мороз Б.Актуальні питання кохлеарного слухопротезування: реабілітація глухих дітей після кохлеарної імплантації / Б. Мороз, В. Овсяник , К. Луцько. – К.: Промт,2005. – Ч.2. – 42 с.
4. Мороз Б Новейшие технологии бинаурального слухопротезирования / Б. Мороз, В. Овсяник. – К. : ДКТ, 2009 – 106 с.

5. Королева И. Реабилитация детей с кохлеарными имплантами / И. Королева. – СПб. : Речь, 2004 – 144 с.
6. Полякова И. И снова о кохлеарной имплантации // Дефектология. – № 2. – 2009. – С. 10 – 14.
7. Gisela Szagun Einflüsse auf den Spracherwerb bei Kindern mit Cochlea Implantat: Implantationsalter, soziale Faktoren und die Sprache der Eltern. // Hörgeschädigte Kinder – erwachsene Hörgeschädigte, 47, (1), 8-36, 2010
8. Vischer M. Sprachentwicklung von Kindern nach Cochlea-Implantation./ Vischer M., Monika Oswald, Kompis M., Häusler R. // PAEDIATRICA Vol. 12, No. 3, 2001
9. Audiologische Rehabilitation von CI-Trägern./ Hoth S., Müller-Deile J. (2009) // HNO 57: 635-648

УДК 376-056.26:616.28-008.14:316.614:37.016:811.161.2'221.2

*Рецензент:*  
доктор педагогічних наук,  
головний науковий співробітник лабораторії сурдопедагогіки  
Інституту спеціальної педагогіки НАПН України  
Таранченко О. М.

### **ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНОЇ СИТУАЦІЇ РОЗВИТКУ ТА МОВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ УЧНІВ З ПОРУШЕННЯМИ СЛУХУ**

**Зборовська Н.А.**

*У статті розглядається взаємозумовленість специфіки мовної та соціальної компетенції нечуючих, та запропоновано огляд першого напрямку констатувального експерименту щодо вивчення соціальної ситуації розвитку нечуючих дітей.*

**Ключові слова:** жестова мова, словесна мова, учні з порушеннями слуху.

#### **Особенности социальной ситуации развития и языковой компетентности учеников с нарушениями слуха**

*В статье рассматривается взаимообусловленность языковой и социальной компетенции учеников с нарушениями слуха и представлены эмпирические результаты социальной ситуации развития неслышащих детей.*

**Ключевые слова:** жестовый язык, словесный язык, ученики с нарушениями слуха.

#### **Peculiarities of the social situation development and language competence of students with hearing impairment**

*The article describes the results of the empirical research of language competence formation of children with hearing impairment in the special social situation of their development.*

**Keywords:** sign language, spoken language, students with hearing impairment.

Сучасні соціальні зміни у формуванні нового покоління молоді з високою гуманітарною культурою спонукають до пошуку оптимальних шляхів надання якісної освіти учням з особливостями психофізичного розвитку. Актуальність нашого дослідження обумовлена специфікою мовної та соціальної компетентності учнів з порушеннями слуху, для яких жестова мова є провідним засобом комунікативної та когнітивної діяльності, невід'ємною складовою культури мікросоціуму нечуючих. Аналіз літератури із спеціальної педагогіки та психології [2, 4 – 7], а також практичний досвід свідчать, що традиційний підхід до навчання читанню дітей з порушеннями слуху, який спрямований на розвиток лише усного мовлення та сприймання навчального матеріалу шляхом «читання з губ» не повною мірою враховує соціальні та індивідуальні умови розвитку нечуючої дитини, які є підґрунтям формування світогляду, готовності до самостійного життя. Проблема викладання навчального матеріалу словесною мовою не втратила своєї актуальності й сьогодні. Однак результати дослідження [1] цієї проблеми суттєво не вплинули на її практичне вирішення. Життєвий досвід нечуючих свідчить, що після закінчення школи діти, які навчалися переважно за усним методом під час навчання у ВНЗ відчують суттєві труднощі, не мають навичок самостійного