

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ІНСТИТУТ СПЕЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ І ПСИХОЛОГІЇ
ІМЕНІ МИКОЛИ ЯРМАЧЕНКА

Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису

КОЛБАСОВА ХРИСТИНА ВАСИЛІВНА

УДК 159.922.72-056.263:616.28-089.843](043/5)

ДИСЕРТАЦІЯ
ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ НЕВЕРБАЛЬНОГО
ІНТЕЛЕКТУ У ДІТЕЙ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З
КОХЛЕАРНИМИ ІМПЛАНТАМИ

05 Соціальні та поведінкові науки

053 Психологія

Подається на здобуття ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилатися на відповідне джерело



Х. В. Колбасова

Науковий керівник: Вовченко Ольга Анатоліївна, доктор психологічних наук,
старший дослідник

Київ – 2025

АНОТАЦІЯ

Колбасова Х. В. Психологічні особливості формування невербального інтелекту у дітей старшого дошкільного з кохлеарними імплантами. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття ступеня доктора філософії з галузі знань 05 Соціальні та поведінкові науки за спеціальністю 053 Психологія. Інститут спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України, Київ 2025.

У дисертаційному дослідженні розкрито особливості психологічного утворення, як то невербальний інтелект у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами. Проаналізовано та окреслено сутність наукової категорії, її місце в міждисциплінарному дискурсі загальної та спеціальної психології. Досліджено історичний поступ формування дефініції «невербальний інтелект». Встановлено зв'язок та взаємовплив невербального інтелекту на формування структури особистості дитини вцілому та інші типи інтелекту, а саме емоційний, соціальний, комунікативний тощо.

Роз'яснено важливість дослідження невербального інтелекту в контексті розвитку особистості з особливими освітніми потребами, структурування психологічних процесів, формування основних сфер особистості (емоційної, вольової, саморегуляційної, мотиваційної, поведінкової та ін.). Обґрунтовано необхідність цілеспрямованого впливу невербального інтелекту у дітей з особливими освітніми потребами, зокрема з кохлеарними імплантами як важливого фактору процесів соціалізації та інтеграції в суспільство. Представлено комплексні підходи формування невербального інтелекту у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами.

Актуальність дослідженої проблематики обумовлена зростанням кількості дітей з кохлеарними імплантами та необхідністю оптимізації їх когнітивного розвитку, підвищення якості соціальної адаптації за умов сучасного динамічного простору, постійних суспільних змін.

У роботі здійснено ґрунтовний аналіз проблеми розвитку невербального інтелекту у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами.

Розглянуто теоретичні аспекти сутності кохлеарної імплантації як одного із дієвих та апробованих методів реабілітації осіб з порушеннями/втратою слуху. Кохлеарна імплантація відіграє важливу роль у розвитку мовлення, навчання та соціальної інтеграції осіб з порушеннями слуху, є складним та багатоаспектним процесом, ефективність якого залежить від багатьох факторів, включаючи вік, ступінь втрати слуху, наявність супутніх захворювань, індивідуальні особливості.

Розглянуто історичний аспект розвитку кохлеарної імплантації. На основі теоретичного аналізу окреслено можливості та специфіку формування невербального інтелекту у глухих, дітей з порушеннями слуху різного генезу та дітей з кохлеарними імплантами. Окрему увагу було зосереджено на вікових особливостях дітей з кохлеарними імплантами. Вивчено когнітивну сферу, емоційну, поведінкову та соціальні сфери досліджуваних. Висвітлено специфіку розвитку невербального інтелекту у даної категорії дітей, його структуру та функції. Аргументовано необхідність цілеспрямованого формування невербального інтелекту як важливого чинника успішної соціалізації та адаптації дітей саме з кохлеарними імплантами.

Ґрунтуючись на новітніх дослідженнях сучасних українських, зарубіжних вчених встановлено, що кохлеарна імплантація, надаючи можливість сприймати звуки, суттєво впливає на всі аспекти розвитку дитини: фізичний, емоційний, соціальний, мовленнєвий та когнітивний. Підкреслено важливість ранньої діагностики та корекції психологічного стану структури особистості дитини. Розглянуто процес компенсації у дітей з кохлеарними імплантами, який характеризується взаємодією нейропластичних, сенсорних, когнітивних та соціальних механізмів, спрямованих на подолання слухового дефіциту. Підкреслено важливість корекційно-розвиткової роботи, спрямованої на стимуляцію когнітивних процесів та соціальних навичок.

На основі теоретичного аналізу розроблено власну модель невербального інтелекту дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами та виокремлено ключові компоненти, такі як: когнітивна, особистісна та соціальна. Кожна із компонент містить низку складових, що впливає на її формування та

загальний рівень невербального інтелекту. Так, когнітивна компонента визначається через такі складові: оцінку рівня IQ, увагу, наочно-дійове мислення, зорове сприйняття, пам'ять; особистісна компонента – емоції, Я-концепцію, мотивація та інтерес; соціальна компонента – самоідентифікацію дитини, батьківське ставлення та освітнє середовище. Охарактеризовано значення розвитку компонентів для компенсації труднощів у вербальній комунікації, ефективної соціальної взаємодії, адаптації до навколишнього середовища, розвитку пізнавальних здібностей та формування позитивної самооцінки. Визначено три рівні сформованості невербального інтелекту: високий, середній та низький. Охарактеризовано умови та чинники, які можуть впливати (сприяти чи гальмувати) рівень невербального інтелекту у дитини.

Сформовано психодіагностичний комплекс для дослідження невербального інтелекту (кожної компоненти та складових зокрема), який передбачає основний та додатковий діагностичний набір психодіагностичного інструментарію. Означений комплекс може бути використано практиками з метою дослідження невербального інтелекту старших дошкільників з кохлеарними імплантами, встановлення його рівня.

На основі емпіричного дослідження представлено аналіз когнітивних, особистісних та соціальних аспектів невербального інтелекту у дітей з кохлеарними імплантами. Запропоновано методичні рекомендації щодо розвитку невербального інтелекту, які можуть бути використані в корекційно-розвитковій роботі з дітьми даної категорії. Особливу увагу приділено емпіричному вивченню особливостей невербального інтелекту у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами. Виявлено, що ці діти мають певні особливості у розвитку невербального інтелекту, порівняно з дітьми глухими, слабкочуючими та дітьми старшого шкільного віку, що потребує цілеспрямованого психолого-педагогічного супроводу. Такі особливості можна охарактеризувати через труднощі з просторовою орієнтацією, проблеми із розпізнаванням емоцій, складнощі розуміння невербальних сигналів, що може негативно позначатися на їх соціальній адаптації, навчанні, вцілому на освітньому процесі. Теоретично та практично

встановлено, що діти з кохлеарними імплантами, незважаючи на значні успіхи в розвитку мовлення та комунікативних навичок, мають певні особливості у розвитку невербального інтелекту.

За результатами експериментально отриманих даних, розроблено та апробовано програму корекційно-розвиткової роботи «Метаігрова психотерапія у роботі з формування невербального інтелекту у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами» з формування невербального інтелекту у досліджуваних дошкільників. Програма спрямована на розвиток когнітивних процесів, емоційної сфери та соціальних навичок. Корекційно-розвиткова робота містить комплекс вправ, ігор, спрямованих на розвиток компонентів невербального інтелекту та базується на інтеграції артотерапевтичних методів, роботі з метафоричними асоціативними картами та ігровій психотерапії. Запропоновані методи дозволяють активізувати пізнавальну діяльність дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами такими методами, які найбільш ефективно активують пізнавальний процес, залежно від вікових характеристик дитини. Заняття проводилися в інтерактивній формі з використанням наочних матеріалів, ігор, музики, рухів.

Ефективність програми підтверджено результатами емпіричного дослідження, критеріями математичної статистики. Встановлено позитивний вплив корекційно-розвиткових занять на рівень розвитку невербального інтелекту у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами. У дітей експериментальної групи, які займалися за розробленою програмою, спостерігалось значне покращення показників невербального інтелекту порівняно з дітьми контрольної групи. Варто відмітити покращення рівня когнітивних, соціальних і особистісних компонентів інтелекту. Зокрема, спостерігалось покращення здатності до візуально-просторового аналізу, формування навичок сприйняття невербальних сигналів і підвищення емоційної обізнаності.

Перспективи подальших наукових розвідок у цьому напрямі полягають у дослідженні впливу різних факторів на розвиток невербального інтелекту у дітей з кохлеарними імплантами, таких як вік імплантації, рівень розвитку мовлення,

соціально-економічний статус сім'ї, особливості виховання та освіти. Також перспективним напрямом є вивчення нейрофізіологічних механізмів розвитку невербального інтелекту у дітей з кохлеарними імплантами, що дозволить повніше та більш послідовно зрозуміти процеси, які відбуваються в мозку під час обробки невербальної інформації. Це може сприяти розробці більш ефективних методів корекції та розвитку невербального інтелекту, а також оптимізації процесів навчання, виховання та соціалізації дітей з кохлеарними імплантами. Важливо, на майбутнє, дослідити, зміну показників невербального інтелекту у осіб з кохлеарними імплантами в підлітковому та юнацькому віці, вплив основних компонент, їх рівнів на процес навчання, вибір професійної діяльності та соціальне життя. Потребують розроблення програми психолого-педагогічного супроводу дітей з кохлеарними імплантами на різних етапах їх розвитку, що враховують особливості формування невербального інтелекту залежно від вікових новоутворень.

Ключові слова: невербальний інтелект, діти з порушеннями слуху, кохлеарна імплантація, діти з особливими освітніми потребами, старший дошкільний вік, структура особистості, типи інтелекту, когнітивний розвиток, емоційна сфера, соціалізація, адаптація, психолого-педагогічний супровід, безбар'єрний простір, інклюзивна освіта.

ABSTRACT

Kolbasova K. V. Psychological peculiarities of the formation of nonverbal intelligence in senior preschool children with cochlear implants. – Qualification scientific work printed as manuscript.

Dissertation for the degree of doctor of philosophy in the field of knowledge 05 Social and Behavioral Sciences by specialty 053 Psychology Mykola Yarmachenko Institute of Special Pedagogy and Psychology of the National Academy of Pedagogical Sciences of Ukraine, Kyiv 2025.

The dissertation reveals the features of psychological formation, such as nonverbal intelligence in older preschool children with cochlear implants. The essence of the scientific category, its place in the interdisciplinary discourse of general and special psychology is analyzed and outlined. The historical progress of the formation of the definition of «nonverbal intelligence» is investigated. The connection and mutual influence of nonverbal intelligence on the formation of the structure of the child's personality as a whole and other types of intelligence, namely emotional, social, communicative, etc., were established. The importance of studying nonverbal intelligence in the context of personality development with special educational needs, structuring of psychological processes, formation of the main areas of personality (emotional, volitional, self-regulation, motivational, behavioral, etc.) is explained. The need for purposeful influence of nonverbal intelligence in children with persons educational needs, in particular with cochlear implants as an important factor of processes of socialization and integration into society, is substantiated. Comprehensive approaches to the formation of nonverbal intelligence in older preschool children with cochlear implants are presented.

The urgency of the studied issues is due to the increase in the number of children with cochlear implants and the need to optimize their cognitive development, to improve the quality of social adaptation in the conditions of modern dynamic space, constant social changes.

The work performed a thorough analysis of the problem of development of nonverbal intelligence in older preschool children with cochlear implants. The theoretical

aspects of the essence of cochlear implantation as one of the effective and tested methods of rehabilitation of persons with impaired/hearing loss are considered. Cochlear implantation plays an important role in the development of speech, learning and social integration of hearing impaired persons, is a complex and multidimensional process, the effectiveness of which depends on many factors, including age, the degree of hearing loss, the presence of concomitant diseases, individual characteristics.

The historical aspect of the development of cochlear implantation is considered. On the basis of theoretical analysis, the possibilities and specificity of the formation of nonverbal intelligence in the deaf, children with hearing impairment of different genesis and children with cochlear implants are outlined. Particular attention was focused on the age characteristics of children with cochlear implants. The cognitive spheres, emotional, behavioral and social spheres of the subjects have been studied. The specifics of the development of nonverbal intelligence in this category of children, its structure and function are highlighted. The need for purposeful formation of nonverbal intelligence as an important factor in successful socialization and adaptation of children with cochlear implants is argued.

Based on the latest studies of modern Ukrainian, foreign scientists, it is established that cochlear implantation, enabling sounds, significantly affects all aspects of the child's development: physical, emotional, social, speech and cognitive. The importance of early diagnosis and correction of the psychological state of the child's personality structure is emphasized in the process of compensation in children with cochlear implants, which is characterized by the interaction of neuroplastic, sensory, cognitive and social mechanisms aimed at overcoming auditory deficits. The importance of correction and developmental work aimed at stimulating cognitive processes and social skills is emphasized.

On the basis of theoretical analysis, its own model of nonverbal intelligence of preschool children with cochlear implants was developed and key components, such as cognitive, personal and social, have been distinguished. Each component contains a number of components that influence its formation and the overall level of nonverbal intelligence. Yes, the cognitive component is determined by the following components: IQ level assessment, attention, visual-diny thinking, visual perception, memory; personal

component-emotions, self-concept, motivation and interest; social component – self-identification, parental attitude and educational environment. The importance of the development of components for compensation for difficulties in verbal communication, effective social interaction, adaptation to the environment, the development of cognitive abilities and the formation of positive self-esteem is characterized. Three levels of nonverbal intelligence are determined: high, medium and low. The conditions and factors that may influence (promote or inhibit) the level of nonverbal intelligence in a child are characterized.

A psychodiagnostic complex for the study of nonverbal intelligence (each component and components in particular) is formed, which seems to see the basic and additional diagnostic set of psychodiagnostic tools. The designated complex can be used by practitioners to study the nonverbal intelligence of older preschoolers with cochlear implants, establish its level.

On the basis of empirical research, an analysis of cognitive, personal and social aspects of nonverbal intelligence in children with cochlear implants is presented. Guidelines for the development of nonverbal intelligence, which can be used in correctional and developmental work with children of this category, are proposed. Particular attention is paid to the empirical study of the features of nonverbal intelligence in older preschool children with cochlear implants. These children have certain peculiarities in the development of nonverbal intelligence, compared to children of deaf, poor and older children, which requires purposeful psychological and pedagogical support. Such features can be characterized by difficulties with spatial orientation, problems with the recognition of emotions, the difficulty of understanding nonverbal signals, which can adversely affect their social adaptation, learning, and generally in the educational process. Theoretically and practically found that children with cochlear implants, despite significant success in the development of speech and communicative skills, have certain features in the development of nonverbal intelligence.

According to the results of experimentally obtained data, the program of corrective and development work «Metaigra psychotherapy in the work on the formation of nonverbal intelligence in children of preschool age with cochlear implants» on the

formation of nonverbal intelligence in the studied preschool children was developed and tested. The program is aimed at developing cognitive processes, emotional spheres and social skills. Correctional and development work contains a set of exercises, games aimed at the development of components of nonverbal intelligence and is based on the integration of arthrapeutic methods, working with metaphorical associative maps and game therapy. The proposed methods allow to activate the cognitive activity of older preschool children with cochlear implants with such methods that most effectively activate the cognitive process, depending on the age characteristics of the child. Classes were conducted in an interactive form using visual materials, games, music, movements.

The effectiveness of the program is confirmed by the results of empirical research, the criteria of mathematical statistics. The positive impact of correction and developmental classes on the level of development of nonverbal intelligence in older preschool children with cochlear implants was established. The children of the experimental group who were engaged in the developed program have a significant improvement in nonverbal intelligence performance compared to children of the control group. It is worth noting the improvement of the level of cognitive, social and personal components of intelligence. In particular, there was an improvement in the ability to visual-spatial analysis, the formation of skills of perception of nonverbal signals and an increase in emotional awareness.

The prospects for further scientific exploration in this area are to study the influence of various factors on the development of nonverbal intelligence in children with cochlear implants, such as the age of implantation, the level of speech development, the socio-economic status of the family, the features of education and education. Also, a promising area is the study of neurophysiological mechanisms for the development of nonverbal intelligence in children with cochlear implants, which will allow more and more consistently to understand the processes that occur in the brain during nonverbal information processing. This can contribute to the development of more effective methods of correction and development of nonverbal intelligence, as well as optimization of the learning processes, education and socialization of children with cochlear implants. It is important for the future, to investigate, to change the indicators of nonverbal

intelligence in people with cochlear implants in adolescence and adolescence, the influence of the main components, their levels on the learning process, the choice of professional activity and social life. They need to develop a program of psychological and pedagogical support of children with cochlear implants at different stages of their development, which take into account the peculiarities of formation of nonverbal intelligence depending on age-related neoplasms.

Keywords: nonverbal intelligence, children with hearing impairments, cochlear implantation, children with special educational needs, senior preschool age, personality structure, types of intelligence, cognitive development, emotional sphere, socialization, adaptation, psychological and pedagogical support, barrier-free space, inclusive education.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Статті в наукових періодичних фахових виданнях, що розміщено в базі Web of Science та Scopus

1. Kolbasova K., Omelchenko I., Kobylchenko V., Huliaieva O., Vovchenko O. Psychological analysis of manifestations of nonverbal intelligence of senior pre-schoolers in the context of inclusive education. *Journal of Intellectual Disability – Diagnosis and Treatment*. 2023. Vol. 11 № 2. P. 87-96. DOI <https://doi.org/10.6000/2292-2598.2023.11.02.3>

Колективна монографія

2. Колбасова Х. Детермінанти формування невербального інтелекту дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами. *V Міжнародна конференція «Сучасні інноваційні та інформаційні технології в XXI столітті»* 15-16 вересня 2022 р.. місто Катовіце. С. 385-390. DOI: <https://doi.org/10.54264/M016>

Статті у наукових фахових виданнях України, категорії «Б», що включені до міжнародних наукометричних баз з психології

3. Колбасова Х. Особливості використання технологій невербального інтелекту у спеціальній психології. *Габітус*. Видавничий дім «Гельветика». 2022. № 37. С. 117-121. DOI: <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2022.37.21>

4. Колбасова Х. Психологічний супровід навчання дітей з ООП за умов воєнного часу: на допомогу батькам та освітянам. *Наукові інновації та передові технології*. № 7(9). 2022. С. 46-58. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-5274-2022-7\(9\)-46-58](https://doi.org/10.52058/2786-5274-2022-7(9)-46-58)

5. Колбасова Х. Психологічна підтримка дітей старшого дошкільного віку в інклюзивному просторі. *Габітус*. Видавничий дім «Гельветика». 2022. № 44. С. 84-88. DOI: <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2022.44.14>

6. Колбасова Х. Невербальний інтелект як засіб формування основних компетентностей дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами. *Освіта та розвиток обдарованої особистості*. 2023. № 2(89). С. 25-30. DOI: [https://doi.org/10.32405/2309-3935-2023-2\(89\)-25-30](https://doi.org/10.32405/2309-3935-2023-2(89)-25-30)

7. Колбасова Х. Соціальна компонента як основа формування структури невербального інтелекту дошкільників з кохлеарними імплантами. *Наукові інновації та передові технології*. 2024. № 7(35). С. 1061-1073. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-5274-2024-7\(35\)-1061-1073](https://doi.org/10.52058/2786-5274-2024-7(35)-1061-1073)

Статті в електронних наукових періодичних фахових виданнях інших держав

8. Колбасова Х. Особливості формування невербального інтелекту у дітей з особливими освітніми потребами. *The scientific heritage*. Угорщина. 2022. № 89. С. 99-102. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.6575876>

9. Колбасова Х. Психологічна допомога батькам дітей з особливими освітніми потребами у формуванні невербального інтелекту за умов дистанційного навчання. *Colloquium-journal*. Польща. 2022. № 16(139). С. 22-24. DOI: <https://doi.org/10.24412/2520-6990-2022-16139-22-24>

Публікації апробаційного характеру

10. Колбасова Х. Використання інноваційних технологій в корекційно-розвитковій роботі з дітьми з розладами аутичного спектру в умовах інклюзивно-ресурсного центру. *XI Міжнародна науково-практична конференція «International scientific innovations in human life»*. Манчестер. 11-13 травня 2022 р.. С. 496-500.

11. Колбасова Х. Вплив соціальної ситуації розвитку невербального інтелекту у дітей з кохлеарними імплантатами. *VII Міжнародна науково-практична конференція, «Eurasian scientific discussions»*. Барселона. 1-3 серпня 2022 р. С. 185-191.

12. Колбасова Х. Особливості психокорекційної роботи з дітьми з кохлеарними імплантами старшого дошкільного віку. *XIV Міжнародна науково-практична конференція «Modern scientific research: achievements, innovations and development prospects»*. Берлін. 14-16 серпня 2022 р.. С. 42-47.

13. Колбасова Х. Особливості психодіагностики когнітивної сфери дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами. *VIII Міжнародний конгрес зі спеціальної педагогіки та психології «Освіта осіб з особливими освітніми потребами XXI століття»*. Інститут спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України. Київ. 19-20 жовтня 2022 р. С. 176-180.

14. Колбасова Х. Структурність моделі невербального інтелекту дітей дошкільного віку з кохлеарними імплантами *V Міжнародна науково-практична конференція «Global science:prospects and innovation»*. Ліверпуль. 28-30 грудня 2023 р. С. 532-538.

15. Колбасова Х. Доповідь «Концептуалізація психологічних підходів до розуміння невербального інтелекту у дітей з РАС». *Партнерський форум «Програмування майбутнього освітнього поля України: практики як співавтори нових підходів навчання дітей з ООП»* Інститут спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України 17 травня 2022 р., м. Київ.

16. Колбасова Х. Доповідь «Методика дослідження невербального інтелекту у дітей з особливими освітніми потребами». *Всеукраїнський науково-практичний online-семінар «Інклюзивне навчання в закладах освіти: виклики сьогодення»* 19-20 жовтня 2022 р., м. Київ.

17. Колбасова Х. Доповідь «Ефективність використання невербального інтелекту під впливом музичної терапії у дітей з ООП». *Практико орієнтований семінар «Сучасна освіта дітей з порушеннями слуху: складаємо автентичні українські пазли»* 24 травня 2022 р., м. Київ.

18. Колбасова Х. Доповідь «Історія невербального інтелекту в освітніх практиках». *V Міжнародна науково-практична конференції «Інноваційні технології в роботі практичного психолога»* 30 травня 2022 р., м. Суми.

19. Колбасова Х. Доповідь «Валідативні методики діагностування невербального інтелекту у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами». *Всеукраїнська міжгалузева науково-практична онлайн конференція «Освітня практика нової доби: досвід та перспективи навчання дітей з порушеннями слуху»* 25 травня 2023 р., м. Київ.

20. Колбасова Х. Доповідь «Особливості проведення Leiter-3 з дітьми з кохлеарними імплантами в інклюзивно-ресурсному центрі». *IX Міжнародний конгрес зі спеціальної педагогіки та психології «Освіта осіб з особливими потребами в умовах миру і війни»* Інститут спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України 25-26 жовтня 2023 р., м. Київ.

21. Колбасова Х. Доповідь «Техніки роботи з невербальним інтелектом: інструменти взаємодії сучасного психолога із дітьми з порушеннями слуху». *X Міжнародний конгрес зі спеціальної педагогіки та психології «Безбар'єрність в освіті осіб з особливими потребами: досвід та інновації»* Інститут спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України 24-25 жовтня 2024 р., м. Київ.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	19
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ НЕВЕРБАЛЬНОГО ІНТЕЛЕКТУ ДІТЕЙ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З КОХЛЕАРНИМИ ІМПЛАНТАМИ В СУЧАСНІЙ ПСИХОЛОГІЇ	31
1.1. Теоретичний аналіз стану дослідження кохлеарної імплантації в сучасних дослідженнях	31
1.2. Психологія особистості старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами	50
1.3. Невербальний інтелект в системі категорій спеціальної психології	63
1.4. Роль та значення невербального інтелекту у розвитку дитини старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами	77
Висновки до першого розділу	86
РОЗДІЛ 2. НЕВЕРБАЛЬНИЙ ІНТЕЛЕКТ ЯК ОБ'ЄКТ ЕМПІРИЧНОГО ДИСКУРСУ У СПЕЦІАЛЬНІЙ ПСИХОЛОГІЇ ДІТЕЙ З КОХЛЕАРНИМИ ІМПЛАНТАМИ	89
2.1. Комплексна структура психодіагностики невербального інтелекту у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами	89
2.2. Психологічний аналіз когнітивної компоненти невербального інтелекту .	105
2.3. Психологічний аналіз особистісної компоненти невербального інтелекту	126
2.4. Психологічний аналіз соціальної компоненти невербального інтелекту ...	146
Висновки до другого розділу	163
РОЗДІЛ 3. ТЕХНОЛОГІЇ ФОРМУВАННЯ НЕВЕРБАЛЬНОГО ІНТЕЛЕКТУ ДІТЕЙ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З КОХЛЕАРНИМИ ІМПЛАНТАМИ	166
3.1. Теоретико-методичне обґрунтування психологічної технології формування невербального інтелекту дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами	166

3.2. Організація і методика корекційно-розвиткової роботи з формування компонент невербального інтелекту як основного інструментарію системи психологічної допомоги	181
3.3. Аналітичне узагальнення результатів формувального експерименту.	199
3.4. Перспективи формування невербального інтелекту у дітей з кохлеарними імплантами в структурі безбар'єрного простору.....	222
Висновок до третього розділу	233
ВИСНОВКИ	237
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	242

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ЕГ – експериментальна група

ІПР – індивідуальна програма розвитку

ІРЦ – інклюзивно-ресурсний центр

ООП – особливі освітні потреби

КІ – кохлеарні імпланти

КГ – контрольна група

МАК – метафоричні асоціативні карти

НІ – невербальний інтелект

РАС – розлади аутичного спектру

IQ – коефіцієнт інтелекту

ВСТУП

Актуальність дослідження. Дошкільний вік є важливим періодом у розвитку дитини, коли закладаються основи для її подальшого життя. У цей час діти активно пізнають світ, розвивають мовлення, соціальні навички та емоційну сферу. Однак, для дітей з особливими освітніми потребами, цей період може бути пов'язаний з певними труднощами. Діти з особливими освітніми потребами – це діти, які потребують додаткової підтримки та адаптованих умов для успішного навчання та розвитку. Це широка категорія, яка включає дітей з фізичними, когнітивними, сенсорними, емоційними або поведінковими труднощами. Серед них особливе місце займають діти з порушеннями слуху, оскільки втрата слуху може суттєво впливати на всі аспекти їхнього життя, обмежуючи можливості в навчанні, комунікації та соціальній інтеграції.

В останні десятиліття спостерігається зростання інтересу наукової спільноти до вивчення особливостей розвитку дітей з кохлеарними імплантами (О. Вовченко, С. Глазунова, В. Жук, С. Заїка, С. Литовченко, І. Мартиненко, Н. Олефір, О. Федоренко, В. Шевченко, Д. Вікерс, Е. Годрен, Л. Нагельс, П. Хендрікс та інші). Це зумовлено не лише розвитком технологій кохлеарної імплантації, але й усвідомленням необхідності комплексного підходу до реабілітації дітей з порушеннями слуху. Сучасні дослідження зосереджені на вивченні впливу кохлеарної імплантації на різні аспекти розвитку дитини, включаючи мовлення, когнітивні функції, соціально-емоційний розвиток, формування життєвих компетенцій тощо. Особлива увага приділяється виявленню факторів, що впливають на ефективність імплантації та розроблення корекційно-розвиткових програм, індивідуалізованих програм реабілітації, спрямованих на розвиток мовлення, навчання та соціальну інтеграцію.

Дослідження процесів становлення особистості в старшому дошкільному віці завжди привертала пильну увагу як зарубіжних, так і українських психологів, педагогів та соціологів (О. Авраменко, Д. Бернард, О. Вовченко, Ю. Власенко, Н. Гертель, А. Душка, В. Засенко, Н. Засенко, Л. Карнаух, В. Кобильченко, С. Кубіцький, О. Кузнецова, О. Мішкулинець, Г. Нагорна, А. Обухівська,

І. Омельченко, А. Пасініченко, В. Панок, Л. Прохоренко, О. Романенко, Н. Стадненко, І. Таттянчикова, О. Хохліна, Н. Ярмола, М. Агостіні, Х. Огельман, А. Ондер, Х. Пейр, Ф. Рамус, Е. Форханк, Б. Хойде, М. Чарльз та інші). У дитячому віці відбувається формування базових характеристик особистості, засвоєння ціннісних орієнтацій і світогляду. Особливе значення у цьому процесі належить старшому дошкільному віку (5-7 років), який вирізняється інтенсивним розвитком когнітивних процесів, формуванням соціальних ролей і моральних установок. У цей період дитина активно досліджує навколишній світ, формує соціальні зв'язки та засвоює норми поведінки, що разом складає основу для подальшого розвитку особистості. Саме в цьому віці відбувається активне становлення самосвідомості, розвиток «Я-концепції» та усвідомлення себе як індивідуальності.

Через взаємодію з іншими дітьми та дорослими дитина збагачує уявлення про світ, вчиться розуміти різні точки зору та знаходити компроміси, що сприяє розвитку когнітивних здібностей, зокрема переходу від наочно-образного до словесно-логічного мислення. У цьому віці дитина також активно освоює нові методи пізнання, задає запитання, аналізує й узагальнює отриману інформацію. Ігрова діяльність залишається провідною формою активності, яка сприяє розвитку творчих здібностей, уяви та соціальних навичок. Саме в ігровому середовищі дитина вільно експериментує, фантазує та моделює різні соціальні ситуації, що сприяє формуванню моральних цінностей і соціальної компетентності. Спостерігаючи за дорослими та наслідуючи їхню поведінку, дитина поступово засвоює правила, навчається розрізняти добро і зло, а також формує уявлення про справедливість і відповідальність. Водночас, розвиток особистості є багатофакторним процесом, який обумовлений взаємодією генетичних, нейрофізіологічних, соціокультурних чинників і власного досвіду дитини.

У дітей з кохлеарною імплантацією формування особистості має певну специфіку, зумовлену характером сенсорного сприйняття (на цьому наголошують С. Глазунова, В. Жук, С. Кульбіда, В. Литвинова, С. Литовченко, В. Литовченко, О. Рибак, О. Таранченко, В. Шевченко, С. Арчер, М. Главін, Ф. Генрі, Е. Джонс, Р. Тейлор, М. Фрідман). Нейропластичність мозку відіграє ключову роль у

компенсації слухового дефіциту, забезпечуючи зміни в слуховій системі та ефективне використання сигналів від імпланту. Зазначена нейропластичність сприяє не тільки розвитку мовленнєвих навичок та комунікативної функції, але й позитивно впливає на інші сенсорні системи, зокрема, покращує зір, тактильну чутливість та пропріоцепцію. Такі діти активно використовують невербальні сигнали (міміку, жести) і контекст для інтерпретації мовлення, розвиваючи когнітивні стратегії, що полегшують соціальну взаємодію та навчання. Психологічна підтримка та соціальна взаємодія відіграють ключову роль у розвитку комунікативних здібностей, формуванні самооцінки та успішній інтеграції дитини в суспільство.

Наукові дослідження, присвячені кохлеарній імплантації, відзначаються широким спектром внесків як українських, так і зарубіжних вчених (О. Вовченко, С. Глазунова, О. Горова, В. Жук, Д. Заболотний, Т. Каменщук, С. Кульбіда, В. Лановенко, С. Литовченко, О. Молоч, В. Хаус, В. Шевченко, Л. Юхименко, П. Нолан, С. Пен, М. Чаттерджі). Ці дослідження охоплюють теоретичні аспекти, експериментальні методики, а також практичні програми реабілітації та інтеграції осіб із порушеннями слуху, зокрема з кохлеарними імплантами.

Серед зарубіжних дослідників особливе місце займають праці французьких та американських учених, які заклали основи кохлеарної імплантації, а саме В. Хаус та Г. Кларк провели перші успішні операції кохлеарної імплантації. Вони довели, що стимуляція слухового нерва здатна активізувати сприйняття звуку, відкриваючи нові можливості для реабілітації осіб із сенсоневральною глухотою. Особливо важливою є розробка багатоканального імплантата Г. Кларком, яка значно підвищила здатність розпізнавати мову та звуки.

Подальші дослідження С. Пен та М. Чаттерджі були спрямовані на вдосконалення програмного забезпечення кохлеарних імплантів, що дозволило забезпечити кращу якість звукового сприйняття. Їхні роботи зосереджувалися на алгоритмах, які сприяють розрізненню мови в шумних умовах. М. Туллі з Великої Британії розробив методи індивідуального налаштування імплантів, що дозволяють адаптувати їх до особливостей слухового нерва кожного пацієнта.

Дослідження матеріалів для імплантатів також активно вивчаються. П. Нолан працював над застосуванням графенових матеріалів для створення більш гнучких і довговічних електродів. Це значно покращило ефективність імплантатів та їх сумісність із біологічними тканинами.

Серед українських науковців вагомий внесок у розвиток технологій кохлеарної імплантації зробив В. Лановенко, який провів перші операції з використанням цієї технології. Його дослідження заклали фундамент для систематичного впровадження кохлеарної імплантації в клінічну практику України. Д. Заболотний значно вдосконалив методики імплантації та підготовки спеціалістів у цій галузі.

Українська науковиця О. Вовченко зосередила власні дослідження на психологічному супроводі дітей з кохлеарними імплантами, акцентуючи увагу на соціальних та комунікативних навичок. Її роботи підкреслюють важливість міждисциплінарного підходу, що включає участь психологів, педагогів і логопедів у процесі реабілітації. Вчений В. Шевченко у власних наукових працях висвітлює методи реабілітації дітей з кохлеарними імплантами. Водночас у працях В. Жук відображаються методики слухоорієнтованого навчання, що включають стимуляцію слухового досвіду та розвиток вербального мовлення.

Докторка педагогічних наук С. Литовченко присвятила власні праці концептуалізації послуги раннього втручання для дітей з порушеннями слуху. Її дослідження підтвердили ефективність ранньої діагностики та абілітації, які сприяють розвитку когнітивних і комунікативних здібностей дитини. С. Глазунова, досліджуючи когнітивний розвиток дітей з кохлеарними імплантами, підкреслила важливість системної підтримки та інтеграції дітей у загальноосвітні заклади. Її праці акцентують на впровадженні технологій індивідуального супроводу, що забезпечують ефективність навчання таких дітей.

Українські науковці, зокрема О. Горова, С. Кульбіда, О. Молоч, працюють над корекційно-розвитковими програмами для умов інклюзивної освіти. Вони акцентують увагу на важливості інтеграції дітей з порушеннями слуху, зокрема дітей з кохлеарними імплантами в освітнє середовище, що сприяє їхній соціальній

адаптації та розвитку. Окрім цього, Т. Каменщук досліджує інтеграцію дітей з порушеннями слуху у загальноосвітні заклади, пропонуючи міждисциплінарні підходи до їхньої підтримки.

Таким чином, дослідження в галузі кохлеарної імплантації демонструють міждисциплінарний підхід, який охоплює медичні, психологічні, педагогічні та соціальні аспекти. Внески українських і зарубіжних науковців сприяють вдосконаленню методик реабілітації та інтеграції осіб із порушеннями слуху, забезпечуючи їм можливість повноцінного розвитку та соціальної реалізації.

Важливо зазначити, що розвиток саме невербального інтелекту у дітей з кохлеарними імплантами є важливим аспектом їхньої успішної адаптації та інтеграції. Цей напрям досліджували К. Бойко (важливість невербальної комунікації для соціалізації дітей з порушеннями слуху), П. Гуслистий (невербальні навички як невід'ємна частина навчального процесу), Р. Краєвський (розвиток невербальних навичок для зниження рівня стресу). Зарубіжні дослідження Н. Ербер та Ч. Хаджінс (підкреслюють важливість невербальних навичок для інтеграції дітей з КІ), С. Арчер (важливість сімейної підтримки), М. Фрідман (педагогічні стратегії розвитку комунікації), Р. Тейлор (інтегративний підхід до адаптації дітей з КІ), також зробили вагомий внесок у розуміння цієї проблеми.

Проте, незважаючи на значний прогрес у вивченні кохлеарної імплантації, окремі питання залишаються недостатньо дослідженими. Зокрема, це стосується проблеми розвитку невербального інтелекту у дітей старшого дошкільного віку з КІ. Невербальний інтелект, що визначається як комплекс когнітивних здібностей, які забезпечують обробку інформації, отриманої через невербальні канали сприйняття (зір, дотик, кінестетичні відчуття), відіграє важливу роль у соціальній адаптації, комунікації та навчанні. Таким чином, вищезазначене зумовило актуальність дослідження означеної проблеми та вибір теми: **«Психологічні особливості формування невербального інтелекту у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами»**.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Дисертаційне дослідження виконано відповідно до науково-дослідних тем відділу освіти дітей з порушеннями сенсорного розвитку Інституту спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка Національної академії педагогічних наук України: «Науково-методичне забезпечення навчання дітей раннього та дошкільного віку з порушеннями слуху», 2021-2023 рр. (державний реєстраційний номер теми 0121U108670); «Науково-методичне забезпечення реалізації змісту освіти дітей з порушеннями слуху в умовах воєнного стану», 2024-2025 рр. (державний реєстраційний номер теми 0124U000493).

Тему дисертації затверджено вченою радою Інституту спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка Національної академії педагогічних наук України (Протокол № 7 від 29 серпня 2022 р.).

Мета дослідження полягає в розробленні теоретико-обґрунтованої та експериментально апробованої програми формування невербального інтелекту дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами.

Відповідно до мети визначено такі завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний аналіз проблеми невербального інтелекту в загальній та спеціальній психолого-педагогічній літературі.
2. Обґрунтувати та розробити модель невербального інтелекту дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами.
3. Теоретично обґрунтувати та розробити емпіричне дослідження: визначити діагностичний інструментарій для дослідження компонент та структур невербального інтелекту.
4. Експериментально перевірити модель невербального інтелекту.
5. Встановити корекційно-розвитковий вплив програми «Метаігрова психотерапія у роботі з формування невербального інтелекту у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами» на становлення невербального інтелекту у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами.

Об'єкт дослідження: невербальний інтелект дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами.

Предмет дослідження: формування та функціонування невербального інтелекту старших дошкільників з кохлеарними імплантами.

Методи дослідження:

- теоретичні: загальнонаукові (аналіз, синтез, індукція і дедукція, порівняння, аналогія, зіставлення, протиставлення, систематизація, класифікація, типологізація, узагальнення) для вивчення зарубіжних та вітчизняних досліджень; історико-логічний (вивчення теоретичних засад дефініції «невербальний інтелект»); метод термінологічного аналізу (вивчення наукових категорій та базових понять дослідження); наукової інтерпретації (для виявлення сутності, виокремлення першочергового у вивченні наукової категорії, розкритті тенденцій та закономірностей генези невербального інтелекту); моделювання (структурнофункціональне) – для побудови моделей у процесі дослідження; контекстний та прогностичний метод (з метою актуалізації та імплементації набутого досвіду із загальної, педагогічної, вікової, особистісної психології досліджень невербального інтелекту у досвід та практику спеціальної психології, формулювання рекомендацій щодо психологічної допомоги та психологічного супроводу з формування невербального інтелекту);
- емпіричні: діагностичні (методика Дж. Равена «Прогресивні матриці Равена»; методика С. Коробко, О. Коробко «Коректурна проба», що є рисунковою адаптацією методики Б. Бурдон «Коректурна проба»; методика С. Кооса «Кубики Кооса»; методика Е. Сегена «Дошки Сегена»; тест Корсі на відтворення послідовності блоків (Corsi Block Tapping Test); методика М. Нгуен «Діагностика рівня емоційного інтелекту старших дошкільників»; проективна методика «Малюнок людини»; методика «Шкали рівня сформованості «Я-концепції»

(модифікації методики вивчення самооцінки Т. Дембо-С. Рубінштейна та модифікацію цієї методики – Т. Габрієл «Сходишки самооцінок»); проєктивна методика «Людина під дощем»; методика «Хто я?» за М. Куном; методика Н. Пророк «Вибір навчальних завдань»; проєктивна методика П. Вілсона «Дерево з чоловічками»; методика С. Кауфман «Малюнок родини»; анкета для освітян «Вивчення соціальної компоненти невербального інтелекту дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами»; обсерваційні (спостереження, вивчення результатів діяльності, аналіз медико-психолого-педагогічної документації, бесіди, інтерв'ю); порівняльно-зіставні; метод експертних оцінок.

- математично-статистичні: (під час обробки експериментальних даних використано якісний та кількісний аналіз емпіричних показників з використанням методів математичної статистики (U-критерій Манна-Уїтні, t-критерій Стюдента, коефіцієнт кореляції за К. Пірсоном; результати достовірності за критерієм Фішера).

Наукова новизна дослідження полягатиме в тому, що:

- вперше сформульовано сутність невербального інтелекту старших дошкільників з кохлеарними імплантами;
- сформульовано поняття «структура невербального інтелекту» у дітей з кохлеарними імплантами;
- теоретично розроблено та експериментально обґрунтовано модель невербального інтелекту;
- обґрунтовано новий концептуальний підхід та визначено особливості трьох структурних компонентів невербального інтелекту та їх складових у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами;
- розроблено систему психокорекційної і психотерапевтичної роботи, спрямованої на формування невербального інтелекту у старших дошкільників з кохлеарними імплантами;

- теоретично і праксеологічно обґрунтовано ефективність системи формування невербального інтелекту у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами, використання якої забезпечує динаміку розвитку їх особистості в цілому та окремих здібностей, компонент структури особистості зокрема;
- удосконалено методи психолого-педагогічного впливу на ефективний розвиток дітей з кохлеарними імплантами.

Теоретичне значення роботи у розширенні уявлень про вікові особливості дітей з кохлеарними імплантами старшого дошкільного віку, характеристики особливостей формування та розвитку невербального інтелекту.

Практичне значення дослідження:

- обґрунтовано та апробовано комплекс методик дослідження (діагностичний інструментарій) рівня сформованості невербального інтелекту дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами, які можуть використовуватися практиками в закладах дошкільної освіти та інклюзивно-ресурсних центрах;
- визначено експериментальним шляхом особливості формування невербального інтелекту дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами, які можуть бути використані у диференційній діагностиці;
- розроблено програму формування невербального інтелекту, яка може використовуватися у процесі корекційно-розвиткового навчання дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами;
- виокремлено основні психолого-педагогічні умови формування невербального інтелекту дошкільників з кохлеарними імплантами;
- результати дисертаційного дослідження можуть використовуватися у процесі підготовки методичних посібників для психологів, вихователів, закладів дошкільної освіти, здобувачів вищої освіти чи під час підвищення кваліфікації психолого-педагогічних кадрів.

Особистий внесок здобувача полягає у вперше проведеному дослідженню невербального інтелекту та його складових серед дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами; емпіричному вивченні та підборі діагностичного інструментарію для визначення стану сформованості невербального інтелекту у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами; у розробленні структурно функціональної моделі формування невербального інтелекту у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами; у створенні програми формування невербального інтелекту у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами.

Результати наукового дослідження впроваджено в Комунальному закладі «Інклюзивно-ресурсний центр» Вишгородської міської ради Київської області (Довідка № 68 від 09 жовтня 2024 р.); Навчально-реабілітаційному центрі «Надія» Вишгородської міської ради Київської області (Довідка № 30 від 18 червня 2024 р.); Вишгородському міському комунальному дошкільному навчальному закладі (ясла-садок) «Чебурашка», місто Вишгород, Київська область (Довідка № 31 від 10 червня 2024 р.); Одеському національному університеті імені І.І. Мечникова, місто Одеса, Одеська область (Довідка № 09-01-2741 від 13 грудня 2024 р.); Комунальному закладі вищої освіти «Дніпровська академія неперервної освіти» Дніпропетровської обласної ради, місто Дніпро, Дніпропетровська область (Довідка № 460/1 від 30 вересня 2024 р.); Одеській спеціальній школі № 75, місто Одеса, Одеська область (Довідка № 01-15/244 від 09 вересня 2024 р.); «Інклюзивно-ресурсний центр» Романівської селищної ради Житомирського району Житомирської області, смт. Романів, Житомирська область (Довідка № 25/01-10 від 06 грудня 2024 р.); Приватній установі «Заклад вищої освіти «Міжнародний гуманітарно-педагогічний інститут «Бейт-Хана», місто Дніпро, Дніпропетровська область (Довідка № 59-01 від 26 серпня 2024 р.); Хмельницькій спеціальній загальноосвітній школі № 33, міста Хмельницький, Хмельницька область (Довідка № 48 від 09 грудня 2024 р.); Спеціалізована школа І-ІІІ ступенів № 24 ім. О. Білаша; Інклюзивно-ресурсний центр № 10 Шевченківського району міста Києва (Довідка № 37 від 30 травня 2024 р.).

Апробація результатів дисертаційного дослідження. Зміст і результати теоретико-експериментального дослідження оприлюднені на *міжнародних науково-практичних конференціях та конгресах*: XI Міжнародна науково-практична конференція «International scientific innovations in human life» (Манчестер, 11-13 травня 2022 р.); V Міжнародна науково-практична конференція «Інноваційні технології в роботі практичного психолога» (Суми, Україна, 31 травня 2022 р.); VII Міжнародна науково-практична конференція, «Eurasian scientific discussions» (Барселона, 1-3 серпня 2022 р.); XIV Міжнародна науково-практична конференція «Modern scientific research: achievements, innovations and development prospects» (Берлін, 14-16 серпня 2022 р.); V Міжнародна конференція «Сучасні інноваційні та інформаційні технології в XXI столітті» (Катовіце, Польща, 15-16 вересня 2022 р.); VIII Міжнародний конгресі зі спеціальної педагогіки та психології «Освіта осіб з особливими освітніми потребами XXI століття», Інститут спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України (Київ, 19-20 жовтня 2022 р.); IX Міжнародний конгрес зі спеціальної педагогіки та психології «Освіта осіб з особливими потребами в умовах миру і війни» Інститут спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України (Київ 25-26 жовтня 2023 р.); Міжнародна науково-практична конференція «Global science: prospects and innovations» (Ліверпуль, Великобританія 28-30 грудня 2023 р.); X Міжнародний конгрес зі спеціальної педагогіки та психології «Безбар'єрність в освіті осіб з особливими потребами: досвід та інновації» Інститут спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України (Київ, 24-25 жовтня 2024 р.); *всеукраїнських конференціях*: Всеукраїнська конференція «Програмування майбутнього освітнього поля України: практики як співавтори нових підходів навчання дітей з ООП», Інститут спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України (Київ, 17 травня 2022 р.); Всеукраїнська конференція «Інклюзивне навчання в закладах освіти: виклики сьогодення» Інститут спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України (Київ, 18 травня 2022 р.); Всеукраїнська конференція «Сучасна освіта дітей з порушеннями слуху: складаємо автентичні

українські пазли» Інститут спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України (Київ, 24 травня 2022 р.); Всеукраїнська міжгалузева науково-практична онлайн конференція «Освітня практика нової доби: досвід та перспективи навчання дітей з порушеннями слуху» (Київ, 25 травня 2023 р.).

Публікації. Основний зміст та результати дослідження відображено у 21 науковій праці (20 одноосібні), з них: 1 колективна стаття в електронному науковому періодичному фаховому виданні інших держав, який включений до міжнародних наукометричних баз Scopus; 1 одноосібна стаття в колективній монографії в науковому періодичному виданні інших держав, 5 статей у наукових фахових виданнях України, категорії «Б», що включені до міжнародних наукометричних баз з психології; 2 статті в електронних наукових періодичних фахових виданнях інших держав; 12 публікацій апробаційного характеру.

Надійність і достовірність отриманих результатів забезпечується завдяки методологічній та теоретичній обґрунтованості вихідних положень наукового пошуку, комплексному використанню взаємопов'язаних методів дослідження, які відповідають об'єкту, предмету, меті та завданням роботи. Також важливими етапами є обробка значного обсягу фактичного матеріалу, його якісний, кількісний та статистичний аналіз, належне узагальнення отриманих даних, а також широке обговорення результатів дослідження на науково-практичних заходах.

Експериментальна база дослідження: в експериментальному дослідженні взяли участь: 21 дитина старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами (5-7 років), 16 дітей молодшого шкільного віку з кохлеарними імплантами (8 років) та 92 дітей старшого дошкільного віку з нормотиповим розвитком.

Структура та обсяг дисертації. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел (226 найменувань, у тому числі 88 – іноземною мовою). Загальний обсяг дисертації – 264 сторінки, із них – 223 сторінки основного тексту. У тексті міститься 54 таблиці та 28 рисунків.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ НЕВЕРБАЛЬНОГО ІНТЕЛЕКТУ ДІТЕЙ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З КОХЛЕАРНИМИ ІМПЛАНТАМИ В СУЧАСНІЙ ПСИХОЛОГІЇ

1.1. Теоретичний аналіз стану дослідження кохлеарної імплантації в сучасних дослідженнях

Сучасне суспільство, що характеризується стрімким розвитком технологій, глобалізацією та інформатизацією, висуває високі вимоги до кожного індивіда. Успішна інтеграція в соціум значною мірою залежить від рівня освіти, здатності до ефективної соціалізації та можливостей професійної реалізації. Однак, для осіб з особливими освітніми потребами (далі ООП), шлях до повноцінної участі в житті суспільства сповнений численних бар'єрів.

Поняття «особливі освітні потреби» охоплює широкий спектр індивідуальних потреб, обумовлених фізичними, когнітивними, сенсорними, емоційними або поведінковими труднощами. Особи з ООП потребують додаткової підтримки та адаптованих умов для успішного навчання, соціалізації та трудової діяльності. Серед них, особливої уваги заслуговують особи з порушеннями слуху, оскільки втрата слуху суттєво впливає на всі аспекти їхнього життя, обмежуючи можливості в навчанні, комунікації та соціальній інтеграції.

Сприйняття інформації на слух є одним з основних каналів навчання та комунікації, тому особи з порушеннями слуху стикаються з істотними труднощами в освоєнні усної мови, розумінні навчального матеріалу, участі в дискусіях та засвоєнні інформації в цілому. Це обмежує їх доступ до знань, створює перешкоди в освітньому процесі та значно ускладнює їх соціальну адаптацію. Тяжкості у сприйнятті мовлення перешкоджають ефективній комунікації, що може призводити до ізоляції та соціальної відчуженості.

Окрім об'єктивних труднощів, особи з порушеннями слуху часто стикаються з нерозумінням, упередженням та дискримінацією, що негативно впливає на їх самооцінку та емоційний стан. Суспільні стереотипи, сформовані на тлі недостатньої інформованості про особливості таких людей, утруднюють їх

соціальну інтеграцію і створюють додаткові психологічні бар'єри. Саме тому так важливо прагнути до інклюзії – створення такого суспільства, де кожен індивід, незалежно від своїх фізичних, психічних чи сенсорних особливостей, має можливість повноцінно брати участь у всіх сферах життя. Інклюзія передбачає не просто фізичну присутність осіб з інвалідністю в соціумі, а й створення умов для їх активної участі, самореалізації та розкриття їхнього потенціалу. Формування суспільства, в якому кожен індивід, незалежно від своїх особливостей, має право на гідне та повноцінне життя – це основа інклюзії.

Для подолання існуючих бар'єрів та створення інклюзивного середовища необхідні комплексні зміни на рівні державної політики, освітніх практик та суспільної свідомості. Першочерговим важливим напрямом є розвиток інклюзивної культури шляхом проведення просвітницької роботи, спрямованої на формування толерантного ставлення до людей з особливими потребами та подолання стереотипів. Освітні заклади повинні бути доступними для всіх вихованців та учнів, незалежно від їх можливостей. Це передбачає створення безбар'єрного архітектурного середовища, забезпечення спеціальним обладнанням та адаптованими навчальними матеріалами, підготовку освітян до роботи з особами з ООП. Лише за умови співпраці держави, освітніх установ, громадських організацій та кожного громадянина можна забезпечити рівні можливості для всіх людей, незалежно від їх особливостей.

Особливої уваги заслуговує питання застосування кохлеарної імплантації (далі КІ) як науково обґрунтованого методу реабілітації осіб з порушеннями слуху. Кохлеарний імплант, що стимулює слуховий нерв, дозволяє людям з важкою або глибокою втратою слуху сприймати звуки. Ця технологія відкриває нові можливості для розвитку мовлення, навчання та соціальної інтеграції осіб з порушеннями слуху. Проте, важливо пам'ятати, що кохлеарна імплантація – це лише один з інструментів реабілітації і ефективність залежить від багатьох факторів, включаючи вік пацієнта, ступінь втрати слуху, наявність супутніх захворювань та індивідуальні особливості. Необхідно забезпечити комплексний

підхід до реабілітації осіб з кохлеарними імплантами, який включає логопедичну роботу, психологічну підтримку та соціальну адаптацію.

Кохлеарна імплантація у спеціальній педагогіці та психології є надзвичайно важливою, оскільки вона безпосередньо стосується питань слухомовленнєвого, когнітивного та соціального розвитку. Науковці з різних країн досліджують вплив кохлеарної імплантації на процес соціалізації, розвиток мовлення, емоційної сфери та психічної адаптації дітей [39]. Вивчення цього питання вимагає **мультидисциплінарного підходу**, який об'єднує:

- *спеціальну педагогіку*, що зосереджується на розробці та впровадженні ефективних методик навчання та розвитку дітей з кохлеарними імплантами яка включає розвиток слухового сприйняття (формування здатності диференціювати звуки, розпізнавати мовлення на слух, розвиток фонематичного слуху); формування мовлення (розвиток усного та писемного мовлення, корекція артикуляції, збагачення словникового запасу); когнітивний розвиток (стимуляція пізнавальних процесів (пам'яті, уваги, мислення), розвиток комунікативних навичок);
- *психологію*, яка у контексті КІ досліджує особливості психічного розвитку (вивчення впливу КІ на формування особистості, емоційної сфери, когнітивних процесів дітей з порушеннями слуху); психологічну адаптацію (дослідження процесу пристосування до нового слухового досвіду, подолання можливих психологічних бар'єрів та труднощів); соціальну інтеграцію (вивчення впливу КІ на формування соціальних навичок, взаємодію з оточуючими, формування самооцінки);
- *медицину*, яка забезпечує діагностику та хірургічне втручання (проведення аудіологічного обстеження, визначення показань до КІ, здійснення операції з імплантації); налаштування та моніторинг імпланта (підбір параметрів звукового процесора, спостереження за станом імпланта та слухової функції); реабілітацію після операції (медичне супроводження пацієнтів після КІ, профілактика ускладнень);

- *соціальну роботу* спрямовану на підтримку сімей дітей з КІ (надання інформації про КІ, консультування з питань реабілітації, допомога у вирішенні соціально-побутових проблем); соціальну адаптацію дітей з КІ (сприяння інтеграції у загальноосвітні заклади, організація груп підтримки, проведення просвітницької роботи).

Мультидисциплінарний підхід до кохлеарної імплантації дозволяє розглядати це явище комплексно, враховуючи всі його аспекти та взаємозв'язки. Це сприяє розробці ефективних програм реабілітації, які максимально розкривають потенціал дітей з кохлеарними імплантами та забезпечують їх успішну інтеграцію у суспільство.

Перші успішні операції кохлеарної імплантації були проведені в 1970-х роках завдяки дослідженням французьких та американських учених. Дослідження В. Хауса та Б. Кларка заклали основи для використання кохлеарних імплантів у дітей і дорослих з тяжкими порушеннями слуху. Вчені довели, що кохлеарна імплантація здатна активізувати слуховий нерв та створювати відчуття звуку, що стало революційним відкриттям у корекційній педагогіці та реабілітації осіб з порушеннями слуху [168], [32].

Історія розвитку кохлеарної імплантації, як одного з найбільш інноваційних методів аудіологічної реабілітації, має глибокі корені у медичних дослідженнях другої половини ХХ століття. Ця технологія стала можливою завдяки стрімкому розвитку електрофізіології, нейронауки та інженерії, які сприяли створенню пристроїв, здатних стимулювати слуховий нерв за допомогою електричних сигналів.

Ідея стимуляції слухового нерва для відновлення слуху у пацієнтів із сенсоневральною глухотою вперше була запропонована у 1950-х роках. Французький отоларинголог А. Журдан провів експерименти на тваринах, які показали, що стимуляція слухового нерва електричними імпульсами може призводити до сприйняття звуку [172]. Його дослідження заклали основу для подальшого вивчення можливостей кохлеарної імплантації.

У 1961 році американські дослідники Д. Бейрд і Т. Літлфілд розробили перший прототип пристрою для кохлеарної стимуляції. Цей прототип був простим та мав лише одну електроду, проте вже тоді стало зрозуміло, що ця методика має великий потенціал для розвитку [142].

Перші успішні клінічні операції з використанням кохлеарних імплантів відбулися в 1970-х роках. Дослідження хірурга В. Хауса показали, що навіть мінімальна кількість каналів стимуляції може дозволити пацієнтам розпізнавати звуки навколишнього середовища та покращити якість життя [169].

У 1984 році Г. Кларк розробив багатоканальний кохлеарний імплантат, який значно покращив можливості розпізнавання мови у людей із сенсоневральною глухотою. Г. Кларк вперше використав концепцію «мультиканальної стимуляції», що дозволяло створити більш точне відчуття звуку шляхом одночасного стимулювання різних ділянок кохлеї. Його розробка отримала схвалення в США, що стало значним кроком вперед у кохлеарній імплантації [150].

З 1990-х років дослідження в області кохлеарної імплантації зазнали значного розвитку завдяки зусиллям як зарубіжних, так і українських науковців, які продовжують вдосконалювати методи аудіологічної реабілітації та підвищувати якість звукового сприйняття в людей із сенсоневральною глухотою. Проривні технологічні досягнення дозволили створити пристрої з багатоканальною стимуляцією, що забезпечує ширший діапазон звуків і, відповідно, більш точне розпізнавання мови.

Робота Р. Лейна та В. Літлфілда показала, що додавання адаптивних алгоритмів для автоматичного налаштування імпланту відповідно до навколишніх звукових умов підвищує точність сприйняття мови в різних середовищах [179].

Вчений М. Туллі з Великої Британії розробив методи для покращення індивідуального налаштування кохлеарних імплантів, що дозволяє оптимально адаптувати стимуляцію відповідно до індивідуальних характеристик слухового нерва кожного пацієнта [202]. Його методологія стала широко вживаною при налаштуванні кохлеарних імплантів у Європі.

Кохлеарна імплантація, будучи одним з ключових методів аудіологічної реабілітації, постійно еволюціонує завдяки невтомним зусиллям науковців. Сьогодні зарубіжні дослідження в цій галузі зосереджені не лише на вдосконаленні самої технології, але й на розширенні її застосування та підвищенні ефективності.

Одним з пріоритетних напрямів є удосконалення програмного забезпечення кохлеарних імплантів. Адже саме програмне забезпечення визначає, як саме імплантат обробляє звуки та передає їх до слухового нерва. Вчені, такі як С. Пен та М. Чаттерджі, досліджують складні алгоритми, які дозволяють пацієнтам не просто чути, а й розрізняти мову в шумному оточенні, насолоджуватися музикою та точно визначати джерело звуку [195]. При цьому важливо враховувати індивідуальні особливості слухового сприйняття, тому науковці працюють над створенням персоналізованих програм, які б максимально відповідали потребам кожного пацієнта.

Ця індивідуалізація особливо важлива при кохлеарній імплантації у дітей з вродженою глухотою. Адже рання імплантація, проведена у перші роки життя, має вирішальне значення для розвитку слухових центрів мозку та подальшої соціальної адаптації дитини. Саме тому вчені, такі як Р. Гаррісон, К. Гордон, Б. Папсін та Дж. Феніхель приділяють особливу увагу вивченню оптимальних строків проведення операції та розробці спеціалізованих програм реабілітації для дітей [223]. Ці програми допомагають маленьким пацієнтам навчитися розпізнавати звуки, розуміти мову та спілкуватися з оточуючими.

Не менш важливим аспектом є сам імплантат, а саме матеріали, з яких він виготовлений. Хоча сучасні імпланти вже виготовляються з біосумісних матеріалів, які не викликають відторгнення організмом, зарубіжні вчені продовжують пошук ще більш міцних та довговічних матеріалів. Наприклад, П. Нолан досліджує застосування графенових матеріалів для створення більш гнучких та ефективних електродів [162]. Такі електроди можуть забезпечити більш точну стимуляцію слухового нерва та підвищити ефективність імплантації.

У цілому, дослідження в галузі кохлеарної імплантації охоплюють широкий спектр напрямів, від удосконалення програмного забезпечення до розробки нових

матеріалів. Вчені прагнуть не тільки вдосконалити існуючі технології, але й розширити показання до імплантації, щоб зробити її доступною для більшої кількості людей, включаючи тих, хто має часткову втрату слуху або страждає від різних форм слухової нейропатії. Всі ці зусилля спрямовані на одну мету – повернути слух і повноцінне життя людям, які втратили здатність чути.

При цьому, важливо зазначити, що розвиток кохлеарної імплантації не обмежується лише зарубіжними дослідженнями. Значний внесок у цю галузь зробили і продовжують робити українські вчені. Історичні аспекти розвитку кохлеарної імплантації знайшли своє відображення у наукових працях українських дослідників, зокрема, С. Глазунова, В. Жук та В. Шевченко присвятили свої роботи вивченню еволюції цієї галузі, аналізуючи ключові етапи її становлення, внесок провідних вчених та перспективи подальшого розвитку.

Кохлеарна імплантація, як високоефективний метод слухової реабілітації, пройшла складний шлях становлення та розвитку в Україні. Незважаючи на пізніший старт в порівнянні з провідними країнами світу, українські фахівці досягли значних успіхів у впровадженні та вдосконаленні цієї технології, забезпечуючи пацієнтам з порушеннями слуху можливість повноцінного життя.

На початку останнього десятиліття ХХ століття у м. Києві здійснювалися експериментальні дослідження в галузі кохлеарної імплантації. Подальший розвиток цих наукових розробок було перервано внаслідок геополітичних трансформацій на початку 1990-х років та недостатнього фінансування. Проте, незважаючи на ці обставини, технології в даній сфері продовжували свій еволюційний поступ.

У 1997 році вчений В. Лановенко, провідний отоларинголог Київської обласної клінічної лікарні, провів перші операції з кохлеарної імплантації, що стало початком нового етапу в українській отоларингології [73]. Ця подія не лише дала надію на повернення слуху багатьом пацієнтам, але й стимулювала подальші дослідження та розробки в цій галузі. Вже у 1999 році на базі ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України» було створено

перший в Україні спеціалізований Центр кохлеарної імплантації, що заклало фундамент для систематичного впровадження цієї технології в клінічну практику.

Початок ХХІ століття характеризувався активним розвитком досліджень та розширенням клінічної практики кохлеарної імплантації в Україні. Значний внесок у цей процес зробив Д. Заболотний [38]. Його наукові праці та активна хірургічна діяльність сприяли вдосконаленню методик кохлеарної імплантації та підготовці нового покоління фахівців.

В Україні кохлеарну імплантацію, починаючи з 2003 року, найбільш активно проводить Інститут отоларингології імені професора О.С. Коломійченка в м. Києві. Цей заклад спеціалізується на імплантації систем як звукової, так і кісткової провідності, виконуючи переважну більшість операцій в країні. Крім того, кохлеарну імплантацію здійснюють медичні заклади Дніпра, Луцька, Львова та Харкова, а також у клініці Державного управління справ у місті Києві. Це дозволило зробити кохлеарну імплантацію більш доступною для широкого кола пацієнтів та стимулювало подальший розвиток цієї галузі в Україні.

У 2010-х роках спостерігається стабільний розвиток кохлеарної імплантації в Україні. Розширюється мережа центрів кохлеарної імплантації, які функціонують у багатьох містах країни. Активно впроваджуються новітні технології, зокрема, імпланти з більшою кількістю електродів, нові стратегії кодування звуку та удосконалене програмне забезпечення.

Розвиток кохлеарної імплантації значною мірою зумовлений діяльністю провідного українського вченого, доктора медичних наук В. Писанко (ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України»). Його наукові дослідження та клінічний досвід сприяють вдосконаленню методик кохлеарної імплантації та підвищенню її ефективності.

Важливим кроком у розвитку кохлеарної імплантації стало затвердження процедури безоплатної кохлеарної імплантації передбачена спільним Наказом Міністерства охорони здоров'я України та Національної академії медичних наук від 16 серпня 2013 р. № 728/71 «Про удосконалення організації відбору інвалідів та

дітей-інвалідів для проведення операції з імплантаційного слухопротезування». [107].

Подальший розвиток кохлеарної імплантації в Україні пов'язаний з розширенням мережі центрів, впровадженням нових методик діагностики та реабілітації, а також з посиленням наукових досліджень у цій галузі. Важливим напрямом є розробка індивідуалізованих підходів до кохлеарної імплантації, які б враховували особливості кожного пацієнта та забезпечували максимально можливий рівень слухової реабілітації, що є ключовим завданням, особливо коли мова йде про дітей. Адже саме у дитячому віці кохлеарна імплантація має найбільший вплив на формування мовлення та соціальний розвиток. Ось чому кохлеарна імплантація у дітей посідає чільне місце серед пріоритетних напрямів сучасної отоларингології та аудіології. Її значущість обумовлена високою ефективністю у відновленні слухової функції та забезпеченні мовленнєвого розвитку дітей з тяжкими порушеннями слуху.

Документом Кабінету Міністрів України від 26 травня 2021 року № 517 затверджено Концепцію [112], яка передбачає створення єдиної системи раннього втручання для дітей до чотирьох років, що мають особливі освітні потреби або належать до групи ризику. Ця система передбачає мультидисциплінарний підхід, залучаючи команду фахівців різних галузей (медицини, психології, соціальної роботи, педагогіки) для всебічної оцінки та підтримки розвитку дитини.

«Раннє втручання – міждисциплінарна сімейно-центрована система допомоги дітям раннього віку з порушеннями розвитку та дітям груп біологічного і соціального ризику, спрямована на покращення розвитку дитини та підвищення якості життя родини» (Г. Кукуруза) [67].

Як зазначається у методичних рекомендаціях алгоритму дій команди раннього втручання в сімейно-центрованій моделі «послуга раннього втручання – це цикл регулярних індивідуалізованих зустрічей, які відбуваються в певній послідовності, відповідають унікальним обставинам кожної сім'ї в конкретний проміжок часу» [96].

В Україні та за кордоном діє багато центрів, які впроваджують послугу. Серед українських варто відзначити благодійний фонд «Інститут раннього втручання», навчально-реабілітаційний центр «Джерело», центри раннього втручання у Вінницькій, Кіровоградській, Житомирській, Київській, Львівській, Івано-Франківській, Сумській, Дніпропетровській, Чернігівській, Закарпатській, Харківській, Одеській, Полтавській областях, а також центри слухової реабілітації «АВРОРА», «СУВАГ» та «Західноукраїнський спеціалізований дитячий медичний центр». Серед зарубіжних можна назвати World Hearing Center та Cochlea Implantat Centrum Münsterland. Всі ці центри пропонують різні види допомоги, такі як рання психолого-педагогічна допомога, рання абілітація/реабілітація та раннє втручання.

Окрім практичного впровадження, важливу роль відіграє і теоретичне обґрунтування раннього втручання. В Україні дослідження кохлеарної імплантації активно підтримується Інститутом спеціальної педагогіки та психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України. Дослідження О. Вовченко, О. Горова, В. Жук, О. Круглик, С. Кульбіда, О. Молоч, В. Шевченко, Л. Юхименко вказують на необхідність раннього втручання для забезпечення максимальної ефективності кохлеарної імплантації [32], [35].

Українська дослідниця С. Литовченко у власній монографії розглядає ключові теоретичні засади послуги раннього втручання для дітей з порушеннями слуху як сучасного етапу в системі комплексного супроводу [79]. Зокрема, вона акцентує увагу, що наукові дослідження однозначно доводять позитивний вплив раннього втручання на розвиток дітей з порушеннями слуху. Вчасне надання послуг сприяє максимальній реалізації потенціалу дитини, її підготовці до шкільного навчання, а також задоволенню потреб батьків у психологічній та професійній допомозі. Рання діагностика порушень слуху та своєчасна абілітація мінімізують негативний вплив вад слуху на розвиток дитини, запобігаючи виникненню вторинних відхилень. Дослідження зарубіжних науковців емпірично підтверджують, що діти з порушеннями слуху, залучені до програм раннього втручання, демонструють кращі навчальні та соціальні навички порівняно з однолітками, які не отримували таких послуг [79].

Український досвід дослідження кохлеарної імплантації представлений роботами провідних науковців, кожен з яких вніс важливу роль у різні аспекти цієї теми, що створило міцну наукову базу для комплексного підходу до реабілітації та інтеграції осіб з порушеннями слуху.

Вчена О. Вовченко звертає увагу на важливість раннього діагностування та психологічного супроводу дітей з кохлеарними імплантами. Вона наголошує, що адаптація таких дітей потребує індивідуальних програм підтримки, які враховують їхні особливості сприйняття звуків та мови. На думку О. Вовченко, адаптація та розвиток емоційної сфери дитини залежать від системного залучення психологів, логопедів та педагогів, що сприяє формуванню успішних комунікативних навичок у дітей з порушеннями слуху [12].

Науковець В. Шевченко у власних працях розглядає біомедичні та технічні аспекти вдосконалення кохлеарних імплантів, підкреслюючи важливість сучасних технологій, які дозволяють дітям з порушеннями слуху адаптуватися до різних звукових середовищ. В. Шевченко зосереджується на дослідженні ефективності різних типів імплантів та їхньої здатності передавати звукові сигнали, що сприяє кращому розумінню мовлення. Науковець зазначає, що комплексний підхід до реабілітації дітей з кохлеарними імплантами повинен включати не лише медичні аспекти, але й соціальну адаптацію [121].

Науковиця В. Жук доповнює дослідження В. Шевченка, розробляючи слухоорієнтовані технології розвитку словесного мовлення у дітей. В. Жук стверджує, що діти з кохлеарними імплантами потребують спеціальних мовленнєвих занять, які зосереджені на стимуляції слухового досвіду. Її роботи показують, що активне слухання та групова діяльність сприяють формуванню навичок вербального спілкування та розвитку когнітивних функцій у дітей з порушеннями слуху [32].

Українська вчена О. Вовченко, досліджуючи соціально-психологічні аспекти кохлеарної імплантації, підтримує підхід щодо важливості раннього залучення дітей до комунікативного середовища. Вона також вивчає питання соціальної адаптації та розвиток емоційного інтелекту, акцентуючи увагу на створенні

позитивного середовища для дітей з кохлеарними імплантами. Науковиця підкреслює, що ефективне включення таких дітей до освітнього середовища вимагає тісної співпраці з їхніми батьками та педагогами [11].

Т. Каменщук підкреслює міждисциплінарний підхід до супроводу дітей з кохлеарними імплантами, розробляючи стратегії, які об'єднують медичні, психологічні та педагогічні аспекти. Т. Каменщук наголошує, що комплексна підтримка таких дітей у закладах освіти забезпечує кращу адаптацію та розвиток комунікативних навичок [43].

Обґрунтовані дослідження також проводили українські науковці С. Глазунова, В. Жук, С. Литовченко, В. Шевченко, які підкреслюють важливість інтеграції, педагогічної підтримки та адаптивних технологій, що дозволяють дітям із кохлеарними імплантами поступово покращувати мовленнєві та когнітивні навички [33]. Їх робота у напрямі психолого-педагогічного супроводу дітей з порушеннями слуху під час адаптації в освітньому середовищі також сприяла розвитку методик інтеграції таких дітей у суспільство [35]. У сучасних реаліях, коли наша країна змушена протистояти військовій агресії, питання підтримки дітей з КІ набуває ще більшої актуальності. Українські вчені докладають зусиль для адаптації методик допомоги дітям з порушеннями слуху з урахуванням викликів воєнного часу. Це дає змогу забезпечити їм необхідну психолого-педагогічну підтримку та сприяти їх успішній соціальній інтеграції навіть в умовах воєнного стану [52], [174].

Технологічні інновації в кохлеарній імплантації не тільки сприяють поліпшенню якості звукового сприйняття, але й відкривають нові перспективи для соціальної адаптації та інтеграції осіб з порушеннями слуху. Завдяки новітнім розробкам, кохлеарні імпланти стали меншими, легшими та більш комфортними у використанні. Сучасні кохлеарні імпланти вже не обмежуються базовими функціями, а включають адаптивні алгоритми, що дозволяють автоматично підлаштовувати імплантат під різні звукові середовища. Це означає, що користувачі можуть отримати значно більше користі від пристрою в повсякденному житті. Адаптивні алгоритми зменшення шуму, досліджені

М. Главін, Ф. Генрі та Е. Джонс [165], аналізують звукове оточення та автоматично знижують рівень фонового шуму. Це особливо корисно в галасливих місцях, таких як ресторани чи вулиці з інтенсивним рухом, де раніше людям з кохлеарними імплантами було тяжко розрізняти мову.

Вищезазначені науковці заклали фундаментальні основи для комплексного підходу до кохлеарної імплантації, зосереджуючись на всебічному розвитку та соціальній адаптації дітей з кохлеарними імплантами. Їхні дослідження акцентують на важливості підтримки слухового сприйняття, розвитку мовлення та формуванні соціальних навичок для успішної інтеграції дітей у суспільство. Продовжуючи комплексний підхід, науковці у сфері спеціальної педагогіки та психології звертають особливу увагу на психолого-педагогічні аспекти адаптації дітей з кохлеарними імплантами.

Зарубіжна дослідниця С. Арчер підкреслює важливість сімейної підтримки у процесі адаптації дитини після імплантації. Її дослідження показують, що участь батьків у навчальних програмах допомагає їм краще розуміти потреби дитини, підтримувати її емоційно та активно сприяти розвитку мовлення та соціальних навичок [139].

М. Фрідман зосереджується на педагогічних стратегіях розвитку комунікації у дітей з кохлеарними імплантами. Зазначає, що спеціальні методи викладання, які враховують особливості слухового сприйняття таких дітей, сприяють кращій адаптації у звичайних класах. Він наголошує на важливості індивідуалізованого підходу та розробки спеціальних навчальних матеріалів [156].

Р. Тейлор також досліджує педагогічні підходи до адаптації дітей з кохлеарними імплантами. Він акцентує на важливості інтегративного підходу, що поєднує елементи аудіологічної та мовленнєвої реабілітації з педагогічними практиками. На його думку, саме така методика дозволяє дітям краще інтегруватися в соціальне середовище [200].

Адаптація дітей з кохлеарними імплантами є складним і багатоаспектним процесом, що вимагає врахування психологічних та педагогічних факторів для повноцінної інтеграції дітей у суспільство. Психолого-педагогічні аспекти цього

процесу включають розвиток мовлення, когнітивних навичок, соціальну адаптацію та емоційне благополуччя дитини, які безпосередньо залежать від комплексної підтримки з боку спеціалістів, сім'ї та освітніх закладів.

Дослідження Т. Жук, Д. Ілляшенко, Т. Каменчук та А. Обухівської вказують на важливість забезпечення емоційної підтримки дітей у процесі адаптації, а також на необхідність включення батьків та педагогів у цей процес. Вчені стверджують, що діти, які отримують активну підтримку під час навчання мовленнєвим навичкам, демонструють вищі показники соціальної адаптації та когнітивного розвитку [37].

М. Романенко підкреслює значення раннього залучення психологів до роботи з дітьми з кохлеарними імплантами. Вона зазначає, що цей процес сприяє розвитку довіри та впевненості у дітей, що є необхідним для їхньої адаптації до нових соціальних умов. Також акцентує на необхідності емоційної підтримки, яка допомагає дітям долати страхи та розвивати комунікативні навички [113].

Продовжуючи дослідження М. Романенко, О. Коваленко розглядає психолого-педагогічні методи, які сприяють розвитку мовлення у дітей з кохлеарними імплантами. Вона стверджує, що спеціально розроблені мовленнєві програми допомагають дітям швидше освоювати нові звуки та інтегрувати їх у вербальну комунікацію. Її дослідження демонструє, що ранній розвиток слухового сприйняття значно впливає на успішність мовного розвитку та адаптацію у середовищі чуючих однолітків [49].

На основі досліджень О. Коваленко, О. Поліщук звертає увагу на соціальні аспекти адаптації дітей з кохлеарними імплантами. О. Поліщук підкреслює, що соціальна інтеграція дітей з порушеннями слуху потребує індивідуального підходу, що включає як розвиток слухових навичок, так і соціально-комунікативних здібностей. Він вважає, що робота з однолітками, участь у групових іграх та інших соціальних заходах дозволяють дітям краще адаптуватися та формувати власну ідентичність у суспільстві [107].

Таким чином, психолого-педагогічні аспекти адаптації дітей з кохлеарними імплантами представляють багатогранний та міждисциплінарний напрям, що

поєднує дослідження українських та зарубіжних науковців, спрямовані на всебічний розвиток дитини та її успішну інтеграцію в суспільство. Українські дослідники роблять значний внесок у розвиток, активно співпрацюючи з зарубіжними колегами, беручи участь у міжнародних конференціях, симпозіумах та конгресах, де обговорюються актуальні питання діагностики, лікування та реабілітації пацієнтів з кохлеарними імплантами. Результати досліджень українських вчених публікуються у провідних українських та зарубіжних наукових журналах, що свідчить про високий рівень наукових розробок та їх значущість для світової наукової спільноти. Одним з ключових моментів цієї інтеграції є соціальна адаптація.

Соціальна адаптація дітей з кохлеарними імплантами є важливим аспектом, що визначає рівень інтеграції дітей у соціальне середовище. У контексті порушення слуху, зокрема після встановлення кохлеарних імплантатів, виникають певні труднощі, що потребують комплексної підтримки з боку педагогів і психологів. Важливим етапом цієї адаптації є розвиток інтелекту, який включає формування навичок невербальної комунікації, що дозволяють дитині взаємодіяти з оточенням і виражати власні емоції через міміку, жести, позу тощо.

Зокрема, розробки українських науковців, таких як К. Бойка, наголошують на тому, що невербальна комунікація є важливою для соціалізації дітей з порушеннями слуху. Вони зазначають, що для таких дітей особливо важливим є розвиток навичок невербального вираження емоцій, адже це дозволяє їм знаходити спільну мову з оточуючими, не залежачи від слуху, що є важливою складовою соціальної адаптації [4].

Роботи Р. Краєвського, у свою чергу, зазначають, що розвиток невербальних навичок сприяє зниженню рівня стресу в ситуаціях, що потребують комунікації, оскільки дітям простіше висловлювати свої почуття та емоції, навіть якщо не використовується словесний контакт. Такі навички дозволяють дітям легше знаходити спільну мову з іншими і зменшують відчуття ізоляції, яке часто супроводжує порушення слуху [64].

Дослідження зарубіжних науковців також підкреслюють важливість розвитку невербальних навичок. Наприклад, Н. Ербер і Ч. Хаджінс зазначають, що ці навички сприяють інтеграції дітей з кохлеарними імплантами в соціальне середовище, дозволяючи їм ефективно взаємодіяти з іншими людьми без перешкод, що виникають через порушення слуху. Невербальна комунікація, на думку цих авторів, є важливою частиною процесу адаптації і допомагає зменшити бар'єри між дітьми та їх оточенням, забезпечуючи гармонійне співіснування у суспільстві [155].

Не менш важливими є роботи Дж. Келлі, який акцентує увагу на тому, що невербальні навички є необхідними для розвитку соціальних і комунікаційних здібностей у дітей з порушеннями слуху. Вони сприяють не тільки полегшенню соціалізації, але й покращенню здатності дитини розуміти та інтерпретувати емоції інших людей. Це дозволяє створити здорові стосунки з однолітками і дорослими, що є важливим аспектом соціальної інтеграції [160].

Е. Веденберг та Д. Лінг у своїх дослідженнях відзначають, що невербальні навички мають значний вплив на когнітивний розвиток дітей з кохлеарними імплантами. Вони стверджують, що розвиток таких навичок сприяє покращенню емоційного сприйняття та соціальної адаптації, оскільки діти вчаться правильно інтерпретувати емоційні сигнали, що надходять від інших людей, а також самостійно виражати свої емоції у відповідних ситуаціях [181].

Поряд із соціальною адаптацією та комунікативними аспектами, не менш важливим є дослідження впливу кохлеарної імплантації на когнітивний та мовленнєвий розвиток дітей. Особливості розвитку когнітивних функцій у дітей після кохлеарної імплантації привертають значну увагу дослідників. Сучасні наукові дослідження демонструють, що рання кохлеарна імплантація створює сприятливі умови для формування пізнавальних процесів та мовленнєвих навичок. За результатами досліджень В. Жук, В. Литвинова, С. Литовченко, відновлення слухового сприйняття в ранньому віці позитивно впливає на розвиток уваги, пам'яті та мислення [71]. Систематичний аналіз нейрокогнітивного розвитку дітей з кохлеарними імплантами, проведений зарубіжними дослідниками М. Дорман,

А. Крал, П. Шарма показав, що пластичність слухової кори головного мозку є найвищою у перші 3,5 роки життя, що обґрунтовує необхідність ранньої імплантації [195].

Значний внесок у розуміння особливостей когнітивного розвитку дітей з кохлеарними імплантами зробили дослідження В. Жук, В. Литвинова, С. Литовченко, О. Таранченко, О. Федоренко, В. Шевченко. У своїх працях вони розкривають взаємозв'язок між розвитком слухового сприйняття та формуванням пізнавальних процесів [77]. Міжнародний досвід реабілітації дітей з кохлеарними імплантами, узагальнений у роботах Дж. Ніпарко, Б. Петерсон, Е. Тобі, свідчить про необхідність комплексного підходу до розвитку когнітивних функцій та мовлення [196].

Вплив якості слухового сприйняття на розвиток пізнавальних процесів досліджується у роботах зарубіжних вчених А. Гірса, Ч. Йосінага-Ітано, Д. Пізоні. Результати їхніх досліджень підтверджують, що своєчасна кохлеарна імплантація сприяє кращому розвитку робочої пам'яті та виконавчих функцій [212]. Американський вчений Г. Лейхтман та його колеги зазначають, що для успішного мовленнєвого розвитку важливо забезпечити систематичну мовну стимуляцію та активне використання мовленнєвих навичок у повсякденному житті дитини. Він також підкреслює важливість раннього втручання, оскільки воно підвищує шанси на повноцінний когнітивний розвиток [180].

Дослідження зарубіжних та українських науковців підтверджують важливість комплексного підходу до реабілітації дітей після кохлеарної імплантації, включаючи спеціалізовану психологічну та педагогічну підтримку. Це дозволяє дітям успішно адаптуватися до суспільства та розвивати свої когнітивні та комунікативні навички.

Підсумовуючи зазначимо, що кохлеарна імплантація, попри всі сумніви та перешкоди, вже майже 40 років являє собою передову технологію в галузі слухопротезування, яка надає можливість відновлення слуху особам з тяжкою або глибокою сенсоневральною втратою слуху. Цей метод базується на принципі електричної стимуляції слухового нерва. Імплантований пристрій, кохлеарний

імплант, сприймає звукові сигнали з навколишнього середовища, перетворює їх на електричні імпульси та передає безпосередньо до слухового нерва, минаючи пошкоджені ділянки внутрішнього вуха. Ці імпульси розпізнаються мозком як звуки, що дозволяє пацієнту сприймати акустичну інформацію. КІ відкриває нові можливості для розвитку мовлення, навчання та соціальної інтеграції осіб з порушеннями слуху. Завдяки цій технології пацієнти отримують можливість не тільки чути звуки навколишнього середовища, але й розрізняти мовлення, брати участь у розмовах, навчальному процесі та інших соціальних активностях. Це значно розширює їхні можливості для повноцінного життя, сприяє розвитку когнітивних функцій, покращує психоемоційний стан та якість життя в цілому.

Ефективність КІ є мультифакторним явищем, що залежить від багатьох індивідуальних особливостей пацієнта. До цих факторів належать вік пацієнта, ступінь та тривалість втрати слуху, наявність супутніх патологій слухової системи та центральної нервової системи, а також загальний стан здоров'я. Рання діагностика та своєчасне проведення КІ, особливо у дитячому віці, є критично важливими для досягнення оптимальних результатів слухової реабілітації.

Комплексний підхід до реабілітації пацієнтів після КІ є запорукою успішної інтеграції у суспільство. Цей підхід включає не лише хірургічне втручання, а й післяопераційну реабілітацію, що передбачає налаштування та програмування кохлеарного імпланта, аудіологопедичну роботу, психологічну підтримку та соціальну адаптацію. Тому, саме надання послуги раннього втручання сприяє не лише розвитку слухового сприйняття та формуванню мовленнєвих навичок, а й когнітивному, емоційному та соціальному розвитку дитини. Завдяки комплексній допомозі фахівців діти з порушеннями слуху отримують необхідну стимуляцію для розвитку слухового аналізатора, що сприяє кращому сприйняттю звуків та мовлення. Раннє втручання допомагає максимально використати період найбільшої пластичності мозку, коли формування мовленнєвих центрів відбувається найактивніше. Це дає змогу дитині оволодіти мовленням на рівні, близькому до однолітків, що позитивно впливає на формування комунікативних компетенцій, соціальну адаптацію та інтеграцію дитини у соціум. Дослідження

показують, що раннє втручання має довготривалий позитивний ефект на навчальні досягнення, психологічний добробут та якість життя осіб з порушеннями слуху. Зокрема, воно знижує ризик розвитку мовленнєвих затримок, покращує комунікативні здібності та сприяє успішній соціалізації [11].

Наукові дослідження в галузі кохлеарної імплантації активно проводяться в багатьох країнах світу, і досягнення зарубіжних науковців у розвиток цієї галузі має значний вплив у розуміння механізмів функціонування КІ, розробку нових технологій та методик реабілітації, що сприяє підвищенню ефективності КІ та покращенню якості життя пацієнтів.

Українські науковці активно розробляють корекційні програми розвитку для дітей з кохлеарною імплантацією, впроваджують новітні технології для створення діагностичних методик, які дозволять ефективніше долати сучасні виклики. Вивчаючи здатність мозку адаптуватися до нових умов після імплантації, науковці працюють над ефективними стратегіями реабілітації та абілітації, співпрацюючи з міжнародними колегами, обмінюючись досвідом та знаннями. Завдяки зусиллям українських науковців, діти з КІ отримують можливість повніше інтегруватися в суспільство та розвивати власний потенціал.

В Україні функціонує мережа центрів КІ, які забезпечують кваліфіковану допомогу пацієнтам з порушеннями слуху. Ці центри оснащені сучасним обладнанням та мають у своєму штаті досвідчених фахівців: отоларингологів, сурдологів, аудіологів, логопедів, психологів та інших спеціалістів, які забезпечують комплексний підхід до лікування та реабілітації пацієнтів.

У підсумку, застосування кохлеарної імплантації значно підвищує ймовірність успішної інтеграції дітей з порушеннями слуху у загальноосвітній простір. Однак, для досягнення оптимальних результатів необхідний комплексний підхід, що включає підготовку кваліфікованих фахівців, систематичну та тривалу реабілітацію, адаптовані освітні програми, а також тісну взаємодію між фахівцями різних галузей та батьками.

1.2. Психологія особистості старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами

Дослідження процесів становлення особистості в дитячому віці завжди привертала пильну увагу як зарубіжних, так і українських психологів, педагогів та соціологів (М. Агостіні, Д. Бернард, Н. Гертель, Б. Хойде, Х. Огельман, А. Ондер, Х. Пейр, Ф. Рамус, Е. Форханк, М. Чарльз, О. Авраменко, Ю. Власенко, Л. Карнаух, С. Кубіцький, О. Кузнецова, О. Мішкулинець, Г. Нагорна, А. Пасініченко та інші). Цей інтерес зумовлений тим, що саме в дитячому віці закладаються основоположні риси особистості, формується її ціннісна система та світогляд. Особливо важливим етапом у цьому процесі є старший дошкільний вік (5-6 років) який характеризується інтенсивним розвитком пізнавальних процесів, формуванням соціальних ролей та моральних орієнтирів. Саме в цей період дитина активно пізнає світ, встановлює соціальні зв'язки та засвоює норми поведінки, що в сукупності складає фундамент для подальшого формування особистості. У цьому віковому періоді відбувається активне становлення самосвідомості, формування «Я-концепції» та усвідомлення себе як окремої особистості. Спілкуючись та взаємодіючи з іншими, дитина розширює власні уявлення про світ, вчиться розуміти різні точки зору та знаходити компроміси. Це, в свою чергу, стимулює розвиток пізнавальних процесів, зокрема перехід від наочно-образного до словесно-логічного мислення. Також, опановує нові способи пізнання світу, активно ставить запитання, аналізує та узагальнює інформацію. Ігрова діяльність продовжує відігравати важливу роль у розвитку уяви, творчих здібностей та соціальної компетентності [45], [92], [95], [104], [193], [197]. Гра є провідним видом діяльності дошкільника, через яку він пізнає світ, вчиться взаємодіяти з іншими та виражати себе. Саме в ігровій діяльності дитина може вільно експериментувати, фантазувати та моделювати різні соціальні ситуації. Формування моральних орієнтирів у цьому віці відбувається паралельно з розвитком уяви та соціальних навичок, і значною мірою залежить від впливу соціального оточення, насамперед батьків та вихователів. Адже саме дорослі є носіями моральних норм та цінностей,

які дитина засвоює через спостереження, наслідування та спілкування. Дитина засвоює норми та правила поведінки, вчиться розрізняти «добре» і «погано», формує власні уявлення про справедливість та відповідальність [3]. Вплив соціального оточення, безумовно, є важливим, але не єдиним фактором, що визначає розвиток особистості.

У сучасній науковій літературі панує розуміння розвитку особистості як біопсихосоціального феномену, детермінованого комплексною взаємодією генетичних задатків, нейрофізіологічних особливостей, соціокультурних факторів та індивідуального досвіду дитини (С. Литовченко [78], В. Кобильченко [48]). Це означає, що становлення особистості є результатом складного взаємозв'язку між вродженими особливостями дитини та умовами її життя.

Розвиток особистості дитини старшого дошкільного віку визначається взаємодією біологічних, соціальних та психологічних чинників. У випадку кохлеарної імплантації, структура особистості набуває особливих рис. Ці особливості зумовлені умовами сприйняття світу, які поєднують у собі як обмеження, так і потенціал для компенсації. Процес компенсації у дітей з кохлеарною імплантацією характеризується взаємодією нейропластичних, сенсорних, когнітивних та соціальних механізмів, спрямованих на подолання слухового дефіциту та досягнення оптимального рівня функціонування. Нейропластичність мозку відіграє ключову роль у цьому процесі, дозволяючи реорганізовувати слухові шляхи та активізувати мозкові центри, відповідальні за обробку звукової інформації, що надходить від кохлеарного імпланту. Ця нейрональна адаптація сприяє розвитку мовленнєвих та комунікативних навичок, наближаючи їх до рівня однолітків зі слухом. Також, одночасно відбувається компенсаторне загострення інших сенсорних систем, зокрема зору, дотику та пропріоцепції. Діти з кохлеарними імплантами активніше використовують візуальну інформацію, звертаючи увагу на міміку, жести та рухи губ співрозмовника, що сприяє розвитку невербальної комунікації та компенсує недостатність слухового сприйняття. Розвиток когнітивних стратегій також є важливим аспектом компенсаторного процесу. Діти з кохлеарними імплантами

вчаться ефективніше використовувати контекст, застосовувати логічне мислення для інтерпретації мовлення та активізувати мнемонічні процеси для запам'ятовування інформації. Оволодіння такими когнітивними стратегіями не лише сприяє успішнішому навчанню, а й полегшує соціальну взаємодію, підкреслюючи важливість соціальної компенсації у загальному процесі адаптації. Взаємодія з оточуючими, психологічна підтримка та активне включення у соціальні ситуації впливають на розвиток комунікативних навичок, формування адекватної самооцінки та успішну соціальну інтеграцію. Саме цей процес компенсації стає ключовим механізмом, який визначає розвиток психічних функцій та формування особистісних рис, що підкреслюється в роботах української дослідниці І. Мартиненко [86].

Погляди дослідників, таких як, С. Глазунова, С. Заїка, О. Федоренко свідчать про інтегративний підхід до вивчення особистості дітей з кохлеарними імплантатами [21], [39], [122]. Як відзначають українські дослідники В. Жук, Т. Ілляшенко, Т. Каменщук, А. Обухівська, Г. Якимчук [37] процес розвитку дітей з кохлеарними імплантатами потребує інтеграції між медичними, педагогічними та психологічними аспектами, де особливе місце займають індивідуальні та групові корекційні програми, спрямовані на розвиток пізнавальної активності. Вони дозволяють ефективно компенсувати труднощі, пов'язані з обмеженим сприйняттям інформації, і значно покращити розвиток **когнітивної та емоційно-вольової сфер**.

Сучасні підходи до розвитку **когнітивної сфери** дітей з КІ базуються на принципах індивідуалізації, комплексності та безперервності. До основних напрямів роботи належать:

- рання діагностика та втручання: чим раніше розпочато реабілітаційні заходи, тим ефективнішими будуть результати [133];
- співпраця між різними фахівцями: аудіологи, сурдопедагоги, психологи, логопеди та інші фахівці спільно розробляють індивідуальні програми реабілітації [32];

- використання сучасних технологій: комп'ютерні програми, мобільні додатки та інші інтерактивні засоби сприяють підвищенню мотивації дітей до навчання та розвитку [134];
- залучення батьків: активна участь батьків у реабілітаційному процесі є одним з найважливіших факторів успіху[61].

Розвиток когнітивної сфери тісно пов'язаний з **емоційною сферою**, адже здатність дитини пізнавати навколишній світ впливає на її емоційні переживання. Українська вчена Н. Компанець зазначає, що у дітей з сенсорними порушеннями часто спостерігаються труднощі в усвідомленні та вираженні емоцій [63]. Ці труднощі пояснюються обмеженим мовленнєвим досвідом, що ускладнює встановлення емоційного контакту з оточенням. Водночас, залучення дітей до ігрової діяльності може стати ефективним інструментом емоційної підтримки, що підкреслює О. Федоренко [122].

Емоційна сфера, у свою чергу, впливає на розвиток вольових рис особистості. Діти які використовують кохлеарні імпланти, часто демонструють високу мотивацію до подолання труднощів. Як зазначає науковиця Н. Олефір [101], формування **вольових якостей**, таких як наполегливість і самостійність, залежить від систематичної підтримки дорослих і ефективності корекційних програм, які включають як слухову терапію, так і корекційні заняття з мовлення, що дозволяють дітям поступово адаптуватися до слухового досвіду через кохлеарні імпланти. Такі програми допомагають розвивати в дітей навички самоконтролю, здатність концентрувати увагу на завданнях та подолання перешкод, що є основою для формування вольових рис. Як зазначають українські дослідники [5], [53], [56], [58], наприклад, інтенсивна педагогічна підтримка на даному етапі є важливою умовою для розвитку не лише когнітивних, а й соціальних та емоційних навичок.

Особливу увагу варто приділити емоційно-психологічному клімату, в якому відбувається розвиток дитини з кохлеарними імплантами. Дослідження, проведене [122], підтверджує, що за умов позитивного емоційного підкріплення та

конструктивної підтримки з боку дорослих, діти з кохлеарними імплантами здатні розвивати такі важливі вольові якості, як самостійність і рішучість.

Іншими словами, формування вольових рис у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами є комплексним процесом, що вимагає поєднання технологічних, педагогічних та психологічних підходів. Успішна адаптація та розвиток цих дітей вимагають не тільки використання сучасних слухових технологій, а й цілісної підтримки з боку педагогів, психологів і батьків, що сприяє гармонійному розвитку вольових рис і забезпечує їх готовність до майбутніх етапів соціалізації та навчання. Такий підхід має безпосередній вплив на здатність дітей ефективно долати труднощі, з якими вони стикаються, і сприяє формуванню важливих особистісних якостей [51], [52], [56].

На основі сформованих вольових якостей діти можуть переходити до більш складного етапу розвитку – оволодіння навичками саморегуляції. Розвиток навичок управління власною поведінкою, емоціями та діями є важливим етапом у становленні особистості дітей з КІ. Це дозволяє їм не лише адаптуватися до нових умов, але й ефективно взаємодіяти з оточенням, знижувати рівень стресу і тривоги в соціальних ситуаціях та розвивати здатність до саморегуляції. Саморегуляція є основою для формування стійкості до стресів і забезпечення внутрішнього комфорту, що важливо для соціальної інтеграції.

У дітей з кохлеарними імплантами, процес розвитку саморегуляції включає етапи освоєння слухової інформації, а також адаптації до нового способу сприйняття навколишнього світу. Самоконтроль та здатність до управління емоціями не лише сприяють покращенню комунікації, а й дають можливість дітям краще розуміти власні відчуття та потреби, а також ефективно реагувати на різні ситуації. Як підкреслюють дослідниці В. Жук, В. Литвинова, С. Литовченко [36], важливим аспектом розвитку дітей з кохлеарними імплантами є навчання емоційній саморегуляції, оскільки це дає змогу знижувати рівень агресивності та тривожності. Також, у своїх дослідженнях зазначають, що роль дорослих у розвитку саморегуляції не обмежується лише навчанням дітей базовим навичкам управління емоціями, але й полягає у створенні умов для розвитку внутрішнього

контролю та здатності до самоконтролю у стресових ситуаціях. Педагоги й батьки, сприяючи розвитку цих навичок, дозволяють дітям не тільки краще адаптуватися до різних життєвих ситуацій, але й сприяють формуванню вольових рис, необхідних для подальшої соціалізації та успішного навчання.

За дослідженнями А. Бандура [143], який запропонував теорію соціального навчання, саморегуляція є центральним механізмом розвитку особистості через наслідування поведінки дорослих. Теорія соціального навчання А. Бандури [143] є однією з найвпливовіших теорій в психології, яка пояснює процес навчання через спостереження, взаємодію та моделювання. Науковець підкреслює, що соціальний контекст відіграє ключову роль у формуванні поведінки людини, і що ми є активними учасниками власного розвитку, а не просто пасивними отримувачами інформації. Центральним аспектом цієї теорії є ідея про те, що люди навчаються, спостерігаючи за поведінкою інших, так званих моделей, та аналізуючи наслідки їхніх дій. Цей процес, відомий як вікарне навчання, дозволяє нам засвоювати нові знання та навички без необхідності безпосереднього досвіду.

Звичайно, навчання не обмежується лише спостереженням. Воно також включає в себе важливі когнітивні процеси, такі як увага, запам'ятовування, відтворення та мотивація. Ми активно обробляємо інформацію, яку отримуємо з навколишнього світу, і використовуємо її для прийняття рішень та формування власної поведінки [143].

Важливим аспектом теорії соціального навчання є концепція саморегуляції. Люди здатні свідомо контролювати свою поведінку, ставлячи цілі, оцінюючи свої дії та вносячи корективи. Саморегуляція включає в себе самоспостереження, оцінювання та реакцію, дозволяючи нам адаптуватися до змінних умов та досягати бажаних результатів. Не менш важливою є і самоефективність – віра людини у власну здатність успішно виконувати завдання чи досягати цілей. Самоефективність впливає на вибір поведінки, зусилля, наполегливість та емоційний стан, виступаючи рушійною силою особистісного розвитку.

Одним з найвідоміших експериментів, що підтверджують теорію соціального навчання, є експеримент А. Бандури з лялькою Бобо [143]. Він продемонстрував,

як діти навчаються агресії через спостереження за дорослими моделями. Діти, які спостерігали за агресивною поведінкою дорослих, частіше проявляли агресію до ляльки, ніж ті, хто спостерігав за неагресивною поведінкою. Теорія соціального навчання має широке застосування в різних галузях, включаючи освіту, психотерапію та здоров'я. Вона використовується для розуміння та зміни поведінки, розвитку навичок, підвищення мотивації та формування здорових звичок, що робить її цінним інструментом для покращення якості життя.

Саме практичне застосування теорії соціального навчання дозволяє зрозуміти, наскільки важливою є здатність дитини управляти власною поведінкою та емоціями для успішної соціальної адаптації. Згідно з концепцією американського психолога У. Бронфенбреннер, адаптація дитини в соціальному середовищі визначається не лише її індивідуальними характеристиками, а й умовами, створеними сім'єю та педагогами [225].

Роль сім'ї та педагогів у розвитку соціальної компетентності дитини підкреслюється і в дослідженнях Д. Гольмана, де особлива увага приділяється емоційному розвитку в дошкільному віці. Саме в старшому дошкільному віці діти починають усвідомлювати власні емоції та емоції інших, що стає базою для формування емпатії. Емпатія, як складний психологічний феномен, є невід'ємною частиною у соціальній адаптації та міжособистісній взаємодії. Розуміння емоційного стану іншої людини дозволяє дитині адекватно реагувати на потреби оточуючих, будувати гармонійні стосунки та ефективно вирішувати конфліктні ситуації [144], [150]. Такі навички соціальної взаємодії формуються протягом усього дошкільного віку, а їх розвиток тісно пов'язаний з особливостями формування особистості.

Дослідження структури особистості дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантатами демонструє її динамічність та залежність від зовнішніх і внутрішніх факторів. Розуміння цих процесів дозволяє психологам і педагогам ефективно підтримувати дітей у соціалізації, навчанні та реабілітації. Це сприяє глибшому усвідомленню того, як саме різні чинники впливають на розвиток особистості дитини.

Формування особистості дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами є складним багатогранним процесом, у якому відображаються як біологічні передумови, так і соціальні впливи. На цьому етапі життя дитина активно опановує соціальні ролі, розвиває емоційну сферу, вольові риси та саморегуляцію, що визначає її подальший життєвий шлях. Дослідники наголошують, що особистість дитини цього віку формується в умовах активної взаємодії з оточенням, коли ключову роль відіграють не лише батьки й вихователі, а й однолітки.

Українські вчені, зокрема О. Вовченко, В. Жук, С. Кульбіда, В. Литвинова, С. Литовченко, В. Литовченко, Г. Міськов, О. Рибак, О. Таранченко, розглядають дошкільний вік як період, коли закладаються основи соціальної компетентності [13]. Вони підкреслюють, що в цей період важливо забезпечити дитині можливість брати участь у різних видах діяльності – ігровій, навчальній, побутовій, оскільки саме в цих контекстах формується її вміння співпрацювати, дотримуватися правил і брати на себе відповідальність.

Зарубіжний дослідник У. Бронфенбреннер, у власних дослідженнях акцентував увагу на екологічній теорії розвитку, яка розглядає дитину як частину системи, що складається з мікро-, мезо-, макро- та хроносистем. На думку У. Бронфенбреннер, якість стосунків дитини з найближчим оточенням (родина, друзі, вихователі) визначає характер її особистісного становлення. Наприклад, якщо дитина відчуває емоційну підтримку, вона демонструє вищий рівень впевненості у собі та готовності до взаємодії [219].

Таким чином, українські та зарубіжні науковці акцентують увагу на різних аспектах формування особистості дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами, однак усі вони сходяться на важливості соціальної взаємодії, емоційної підтримки та можливості для самостійної діяльності. Ці наукові праці створюють основу для розробки педагогічних та психологічних методик, спрямованих на оптимізацію розвитку дітей у цьому віці. Саме тому кохлеарна імплантація, яка має значний вплив на загальний розвиток дитини, включаючи

фізичний, емоційний, соціальний, мовленнєвий та когнітивний, потребує особливої уваги з боку фахівців.

Фізичний розвиток дітей з кохлеарними імплантами часто характеризується особливостями, пов'язаними з адаптацією організму до обмеженого доступу до інформації [211]. Наприклад, можуть виникати труднощі у формуванні координації рухів через відсутність аудіальних стимулів, що впливають на просторове орієнтування. Водночас, дослідження А. Драчук, І. Корякіна, Н. Хлус показують, що за умови належної фізичної активності та спеціально організованих занять ці труднощі можна подолати [26].

Емоційний розвиток дітей з кохлеарними імплантами характеризується низкою особливостей, зумовлених сенсорною депривацією в ранньому дитинстві та специфікою сприйняття навколишнього світу після імплантації. Наукові дослідження підтверджують важливість створення сприятливого інклюзивного середовища для гармонійного емоційного розвитку цієї категорії дітей. О. Чекан [128] акцентує увагу на ролі інклюзивного середовища з належною емоційною підтримкою у формуванні позитивного емоційного досвіду та успішній інтеграції дітей з КІ у колектив. Вона підкреслює, що такі діти можуть відчувати труднощі у розпізнаванні та розумінні емоцій інших людей, що може призводити до соціальної ізоляції та проблем у комунікації. Створення атмосфери прийняття, емпатії та розуміння з боку педагогів, однолітків та батьків сприяє розвитку емоційної компетентності та соціальної адаптації дітей з КІ.

Слід зазначити, що проблема емоційного розвитку дітей з КІ є предметом дослідження і зарубіжних науковців. Так, М. Ашорі, та А. Агазіараті [140] у своєму дослідженні виявили, що діти з КІ часто демонструють знижену емпатію та соціальну компетентність порівняно з однолітками з нормальним слухом. Автори пов'язують це з обмеженим доступом до емоційної інформації в ранньому дитинстві, що ускладнює формування соціальних навичок та розуміння емоцій інших людей.

Соціальний розвиток дітей з КІ також потребує особливої уваги. Згідно з концепцією С. Литовченко [80], якість соціальної взаємодії дитини значною мірою

залежить від умов, створених сім'єю та педагогами. Діти з порушеннями слуху можуть стикатися з труднощами у взаємодії з однолітками через бар'єри у комунікації. Однак за умови підтримки та адаптації середовища ці труднощі можуть бути мінімізовані, що дозволяє дітям розвивати навички соціальної компетентності.

Мовленнєвий розвиток розглядають науковці М. Жеребчук та Л. Бутузова підкреслюючи, що мовлення відіграє ключову роль у когнітивному розвитку, адже воно є основою для формування внутрішнього плану дій і вирішення завдань [30]. Особливістю мовленнєвого розвитку у дітей з кохлеарними імплантатами є затримка у формуванні фонематичного слуху, що суттєво ускладнює процес освоєння мовних звуків. За словами Б. Мороз [94], процес розвитку мовлення неможливий без сприйняття звукових стимулів. Тим не менш, дослідження показують, що використання кохлеарних імплантів суттєво покращує слухову функцію, що дає змогу дітям здобувати мовні навички в більш ранньому віці.

Відтак, втрата слуху в ранньому дитинстві може впливати на *фізичний, емоційний, соціальний, мовленнєвий та когнітивний* розвиток. Однак, пластичність мозку дозволяє компенсувати нестачу слухової інформації за рахунок активізації інших сенсорних систем та використання компенсаторних механізмів.

Дослідження В. Жук, С. Литовченко, О. Таранченко [82] підтверджують, що використання жестової мови та альтернативних засобів комунікації сприяє успішному розвитку когнітивних функцій у дітей з кохлеарними імплантатами. Жестова мова стимулює розвиток візуально-просторового мислення, пам'яті, уваги та здатності до символізації. Альтернативні засоби комунікації, такі як картинки, фотографії, таблиці тощо, розширюють комунікативні можливості дитини та сприяють розвитку її мовленнєвих навичок. Важливо зазначити, що використання компенсаторних механізмів не заперечує необхідності розвитку слухового сприйняття та мовлення за допомогою КІ. Навпаки, вони доповнюють один одного та створюють оптимальні умови для когнітивного розвитку дитини. Окрім жестової мови та альтернативних засобів комунікації, до компенсаторних механізмів можна віднести:

- розвиток зорового сприйняття та уваги: діти з КІ активніше використовують зір для сприйняття інформації, тому важливо розвивати їх зорову пам'ять, увагу та здатність до аналізу зорових образів.
- стимуляція тактильного сприйняття: тактильні ігри та вправи сприяють розвитку дрібної моторики, просторового мислення та пізнавальної активності.
- розвиток музичного слуху: музика позитивно впливає на розвиток слухового сприйняття, ритму, пам'яті та емоційної сфери.
- створення стимулюючого мовленнєвого середовища: постійне спілкування з дитиною, читання книг, розповіді історій створюють умови для розвитку її мовлення та пізнавальних здібностей.

Таким чином, використання компенсаторних механізмів є важливою складовою реабілітації дітей з КІ. Вони дозволяють компенсувати нестачу слухової інформації та забезпечити успішний розвиток когнітивних функцій.

Наукові дані переконливо доводять, що кохлеарна імплантація призводить до суттєвих змін у **когнітивному розвитку**, зокрема ***сприйнятті, увазі, пам'яті, мисленню та уяві***. Такі труднощі часто пов'язані з обмеженим досвідом раннього сприйняття звуків, що впливає на формування нейронних зв'язків, відповідальних за обробку інформації. Як зазначає К. Йосінага-Ітано [226], своєчасне використання кохлеарних імплантів у поєднанні з інтенсивною психологічною підтримкою може значно зменшити вплив сенсорного дефіциту на когнітивний розвиток.

Порушення слуху змінює характер розвитку **сприйняття**, оскільки слухові стимули відіграють важливу роль у формуванні образів оточуючого світу. Дослідження Ю. Внукової [9] показали, що діти з порушеннями слуху більше покладаються на зорове та тактильне сприйняття. Встановлено, що після встановлення кохлеарного імпланту відбувається поступове вдосконалення слухового сприйняття, однак цей процес потребує часу та спеціалізованої реабілітації. Як зазначено в одному зарубіжному дослідженні [141], розвиток

слухового сприйняття після імплантації залежить від віку, у якому проведено операцію, та якості роботи з фахівцями.

Дефіцит слухових стимулів у дітей з кохлеарними імплантами змінює механізми розподілу та утримання **уваги**. Діти з КІ часто демонструють високу концентрацію на візуальних стимулах. Після імплантації кохлеарного пристрою увага поступово адаптується до нових сенсорних умов, що дозволяє дітям ефективніше обробляти інформацію з різних джерел. Однак, для досягнення цього необхідна цілеспрямована робота з розширення слухового поля та формування здатності до перемикавання уваги між різними сенсорними каналами [192].

Пам'ять відіграє важливу роль у розвитку мови та навчанні. У дітей з кохлеарними імплантами обмежені можливості слухової пам'яті компенсуються розвитком зорової або моторної пам'яті. Встановлення кохлеарного імпланта сприяє поступовому формуванню слухових слідів у пам'яті, однак дослідження показують, що цей процес залежить від інтенсивності тренувань та обсягу мовної практики [69] .

Порушення слуху впливають на темпи та структуру когнітивного розвитку, оскільки мовлення є основою для формування абстрактного **мислення**. Як зазначає Л. Прохоренко, у дітей з сенсорними дефіцитами мислення має більш конкретний характер через обмежений обсяг мовного досвіду [109]. Кохлеарна імплантація створює умови для розвитку мовлення, що, у свою чергу, сприяє переходу від конкретного до абстрактного мислення.

У дітей з кохлеарними імплантами **уява** часто набуває компенсаторного характеру. Вони активно використовують візуальні образи для доповнення та збагачення власних уявлень про світ. Розвиток уяви залежить від взаємодії з оточенням та можливостей отримувати різноманітний сенсорний досвід. Кохлеарний імплант сприяє розширенню джерел інформації, що стимулює формування більш складних та різноманітних уявлень про світ. [119]

Таким чином, порушення слуху значно впливає на всі аспекти пізнавальних процесів дитини [29], [40], [41], але використання кохлеарних імплантів створює можливості для компенсації цих порушень. Ефективність впровадження таких

пристроїв значною мірою залежить від своєчасності їх встановлення та комплексного підходу до реабілітації, що включає психологічну та педагогічну підтримку. Саме в таких умовах можливе успішне формування основних аспектів розвитку.

Дослідження українських науковців також вказують на те, що важливим аспектом є узгодженість дій педагогів та батьків. Згідно з І. Курик, І. Рудницька-Юрійчук лише при спільній активній взаємодії дорослих можна досягти успіху у формуванні саморегуляції в дитини [70]. Батьки та педагоги мають виступати як односторонці, об'єднуючи власні зусилля для створення стабільного середовища, в якому дитина зможе вивчати і практикувати навички саморегуляції.

Педагоги, зокрема, повинні розвивати у дітей здатність до рефлексії і самоконтролю через різні педагогічні методи, такі як вправи на релаксацію, техніки глибокого дихання, розвиток когнітивно-емоційних навичок. Як зазначають Н. Бондарчук, В. Найчук, Л. Крочак [5], навчання саморегуляції не обмежується лише емоційною складовою, але й включає в себе когнітивні аспекти, такі як здатність оцінювати ситуацію і приймати адекватні рішення. Це стає особливо важливим у роботі з дітьми з кохлеарними імплантами, адже на шляху до соціальної адаптації ці діти стикаються з додатковими викликами у спілкуванні та взаємодії з іншими.

З огляду на викладене вище, стратегії розвитку дітей з кохлеарними імплантами мають бути комплексними та індивідуалізованими, враховуючи всі аспекти становлення дитини, використання яких забезпечує не лише поліпшення комунікативних навичок, а й гармонійний емоційний розвиток, що має безпосередній вплив на успішну соціалізацію та інтеграцію дітей у соціум.

Підсумовуючи вищезазначене, дослідження процесів становлення особистості дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами є надзвичайно важливим напрямом сучасної психології та педагогіки. Цей вік є ключовим для формування основних рис особистості, її ціннісної системи та світогляду. Діти з кохлеарними імплантами стикаються з особливими викликами у своєму розвитку, пов'язаними з обмеженим доступом до слухової інформації.

Встановлення кохлеарного імпланту відкриває перед цими дітьми нові можливості для сприйняття звуків, але водночас вимагає комплексного підходу до їх реабілітації та розвитку. Особливу увагу слід приділяти розвитку мовлення, когнітивних функцій, емоційної сфери та соціальної компетентності.

Важливим аспектом є також формування вольових рис та саморегуляції, що дозволяє дітям з кохлеарними імплантами адаптуватися до соціальних ситуацій, долати труднощі та ефективно взаємодіяти з оточенням. Роль батьків та педагогів у цьому процесі є надзвичайно важливою. Створення сприятливого емоційного клімату, індивідуальний підхід до навчання та розвитку, а також активне залучення дітей до різних видів діяльності сприяють їх успішній соціалізації та інтеграції у суспільство.

Подальші дослідження у цьому напрямі дозволять глибше зрозуміти особливості розвитку дітей з кохлеарними імплантами та розробити ефективні методики їх підтримки та розвитку.

1.3. Невербальний інтелект в системі категорій спеціальної психології

У психологічній науці дослідження когнітивних здібностей людини посідає чільне місце, оскільки дозволяє розкрити механізми сприйняття, обробки та використання інформації. Серед різноманіття когнітивних функцій особливу увагу привертає інтелект, який є складним конструктом, що відображає здатність індивіда до ефективної взаємодії з навколишнім світом. Вивчення інтелекту охоплює широкий спектр питань, пов'язаних з його структурою, розвитком, вимірюванням та впливом на різні сфери людської діяльності.

Незважаючи на значний прогрес у дослідженні інтелекту, ця проблематика досі залишається предметом наукових дискусій. Існують різні підходи до визначення та класифікації інтелектуальних здібностей, а також до розробки методик їх оцінки. Сучасні дослідження спрямовані на виявлення нейробіологічних основ інтелекту, вивчення впливу генетичних та середовищних

факторів на його розвиток, а також на аналіз взаємозв'язку інтелекту з іншими психологічними характеристиками, такими як емоційний інтелект та соціальний інтелект [100].

Вивчення людського інтелекту представляє собою одну з ключових проблем у психологічній науці. Інтелект, що визначається як здатність до навчання, адаптації та вирішення проблем, є багатогранним феноменом, який охоплює різноманітні когнітивні процеси. Дослідження інтелекту має довгу історію, що сягає корінням у філософські дискусії про природу пізнання та мислення. Проте, перехід від філософських роздумів до емпіричного вивчення інтелекту відбувся лише у ХІХ столітті, ознаменувавши початок наукового підходу до розуміння цього складного феномену.

Одним з перших дослідників, хто спробував емпірично виміряти інтелект, був Ф. Гальтон [158]. Він вважав, що інтелект є спадковою характеристикою та пов'язаний з сенсорними здібностями. Вчений проводив різноманітні тести на час реакції, гостроту зору та слуху, вважаючи, що ці показники корелюють з розумовими здібностями. Хоча підхід Ф. Гальтона виявився не досить точним, він заклав основи для подальших досліджень інтелекту.

На початку ХХ століття французькі психологи А. Біне та Т. Сімон розробили перший стандартизований тест інтелекту [145]. Їхня мета полягала у виявленні дітей з обмеженими розумовими здібностями, які потребували спеціальної освіти. Тест Біне-Сімона оцінював різноманітні когнітивні функції, такі як пам'ять, увага, мислення та мовлення. Цей тест став прототипом для багатьох сучасних тестів інтелекту та сприяв розвитку психометричного підходу до його вивчення.

Подальший розвиток уявлень про інтелект пов'язаний з роботами Ч. Спірмена, який запропонував концепцію загального фактора інтелекту (g-фактор), а саме: вербальний та невербальний інтелект [211]. *Вербальний інтелект* репрезентує когнітивні здібності індивіда, що реалізуються через вербально-логічну форму мислення. Він базується на накопичених знаннях, які формуються під впливом освітнього процесу, життєвого досвіду, культурного середовища та соціальних взаємодій, а також вікових особливостей індивіда. [46]. *Невербальний*

інтелект охоплює комплекс когнітивних здібностей, що функціонують без залучення вербальних компонентів. До них належать: просторова уява та двовимірна візуалізація; мнемічні процеси (пам'ять); увага та концентрація; швидкість обробки інформації. Оцінка невербального інтелекту здійснюється за допомогою візуальних стимулів (малюнків, ілюстрацій, символів) та невербальних інструкцій (жести, пантоміміка), що дозволяє мінімізувати вплив мовних факторів на результати тестування. [19]. Науковець вважав, що g-фактор лежить в основі всіх когнітивних здібностей та визначає загальний рівень інтелекту. Вчений використовуючи метод факторного аналізу, виявив, що результати виконання різних інтелектуальних тестів корелюють між собою, що свідчить про наявність спільного фактору, який впливає на успішність у різних когнітивних завданнях. Цей фактор, на думку науковця, відображає загальну розумову енергію, яка необхідна для виконання будь-якої інтелектуальної діяльності.

Концепція g-фактора мала значний вплив на розвиток психометричного підходу до вивчення інтелекту, оскільки дозволила створити тести, які оцінюють загальний рівень інтелекту. Проте, теорія Ч. Спірмена викликала і критику з боку інших дослідників, які вважали, що інтелект не можна звести до єдиного фактора. Одним з критиків Ч. Спірмена був Е. Торндайк, який запропонував мультифакторну теорію інтелекту, згідно з якою інтелект складається з безлічі незалежних здібностей, пов'язаних між собою [201]. Е. Торндайк виділяв три основні типи інтелекту: абстрактний, механічний та соціальний, кожен з яких відповідає за певний вид діяльності.

Іншим важливим напрямом у дослідженні інтелекту став когнітивний підхід, який зосереджується на вивченні ментальних процесів, що лежать в основі інтелектуальної діяльності. Представники цього підходу, такі як Ж. Піаже та Р. Стернберг, вивчали розвиток когнітивних структур та стратегій, які використовуються людьми для вирішення проблем [198], [212]. Ж. Піаже, наприклад, досліджував стадії розвитку інтелекту у дітей, виділивши сенсомоторний, передопераційний, конкретний операційний та формальний операційний періоди. Р. Стернберг, у свою чергу, розробив триархічну теорію

інтелекту, яка включає компонентний, експериментальний та контекстуальний аспекти.

Таким чином, на початку та в середині XX століття відбувався активний розвиток уявлень про інтелект, що призвело до появи різних теорій та підходів до його вивчення. З одного боку, психометричний підхід, базуючись на статистичному аналізі результатів тестування, намагався виміряти загальний рівень інтелекту та його складові. З іншого боку, когнітивний підхід зосереджувався на вивченні ментальних процесів, що лежать в основі інтелектуальної діяльності. Ці різні підходи доповнюють один одного та сприяють більш глибокому розумінню природи інтелекту. На противагу цій теорії Л. Терстоун запропонував модель первинних розумових здібностей, яка включала сім незалежних факторів, таких як вербальне розуміння, просторова візуалізація та числова здібність [216]. Модель Л. Терстоуна підкреслювала множинність інтелекту, стверджуючи, що кожна з цих здібностей є відносно автономною та може розвиватися незалежно від інших. Ця модель знайшла своє відображення у багатьох сучасних тестах інтелекту, які оцінюють різні когнітивні фактори, а не лише загальний інтелект. Дискусія між прихильниками g-фактора та моделі первинних здібностей триває до сьогодні, стимулюючи подальші дослідження структури інтелекту.

Розвиток психологічної науки та поява нових методів дослідження дозволили розширити уявлення про природу інтелекту та його прояви. Зокрема, значну увагу привернули індивідуальні відмінності у когнітивних стилях, тобто у способах сприйняття, обробки та організації інформації. Деякі дослідники, такі як Г. Віткін, виділяли польову залежність/незалежність як важливий параметр когнітивного стилю [224]. Польова залежність характеризується схильністю спиратися на зовнішні орієнтири та контекст при сприйнятті, тоді як польова незалежність пов'язана з здатністю виділяти ключові елементи та абстрагуватися від контексту.

Інший напрям досліджень зосередився на вивченні когнітивних стратегій, тобто способів, які люди використовують для вирішення задач. Р. Стернберг запропонував триархічну теорію інтелекту, яка включає компонентний,

експериментальний та контекстуальний аспекти [198]. Компонентний аспект стосується внутрішніх механізмів обробки інформації, експериментальний – здатності до творчого мислення та генерації нових ідей, а контекстуальний – вміння адаптуватися до навколишнього середовища та використовувати свій інтелект у реальних ситуаціях. Важливо зазначити, що контекстуальний аспект тісно пов'язаний з невербальними здібностями. Адже для успішної взаємодії з фізичним світом необхідно володіти розвиненим просторовим мисленням, візуальною координацією, здатністю до аналізу та синтезу інформації, що надходить через органи чуття. Наприклад, водій автомобіля повинен орієнтуватися в просторі, швидко реагувати на зміну дорожньої ситуації, а механік повинен розуміти, як влаштовані механізми та як їх відремонтувати.

Таким чином, триархічна теорія інтелекту Р. Стернберга розширює наше розуміння інтелекту, підкреслюючи важливість практичного компонента та його зв'язок з невербальними здібностями. Це має важливі наслідки для освіти та професійного консультування, оскільки дозволяє розробляти індивідуальні підходи до навчання та розвитку, враховуючи різні аспекти інтелекту.

Одним з перших дослідників, хто звернув увагу на важливість невербальних здібностей, був Дж. Равен, автор відомого тесту «Прогресивних матриць Равена» [202]. Цей тест, розроблений у 1936 році, оцінює здатність до аналізу та виявлення закономірностей на основі візуальних стимулів. Тести стали широко використовуваним інструментом для дослідження невербального інтелекту у різних культурах та вікових групах, демонструючи, що когнітивні здібності не обмежуються лише вербальним доменом.

Вагомий внесок у розуміння невербального інтелекту зробив Д. Векслер, автор «Шкали інтелекту Векслера [220]. Науковець включив у свою шкалу як вербальні, так і невербальні субтести, підкреслюючи важливість оцінки різних аспектів інтелекту. Дослідник вважав, що невербальний інтелект є важливим компонентом загального інтелекту, який відображає здатність до адаптації до навколишнього середовища.

Важливим етапом у розвитку уявлень про інтелект стала теорія множинного інтелекту Г. Гарднера [159]. Науковець стверджує, що існує не один, а кілька типів інтелекту, таких як лінгвістичний, логіко-математичний, просторовий, музичний, тілесно-кінестетичний, інтерперсональний та інтраперсональний. Кожен тип інтелекту, за Г. Гарднером, має свою нейробіологічну основу та може розвиватися незалежно від інших. Серед них особливе місце займає просторовий інтелект, який відображає здатність людини сприймати та обробляти просторову інформацію. Просторовий інтелект [160] проявляється у здатності до візуалізації, орієнтації у просторі, створення ментальних образів, розуміння просторових відношень між об'єктами. Люди з розвиненим просторовим інтелектом легко оперують візуальними образами, можуть уявляти об'єкти з різних ракурсів, мають гарну просторову пам'ять. Цей тип інтелекту відіграє важливу роль у багатьох сферах діяльності. Він є необхідним для архітекторів, дизайнерів, художників, інженерів, пілотів, моряків, хірургів та багатьох інших професіоналів, діяльність яких пов'язана з просторовим мисленням та маніпулюванням об'єктами у просторі.

Просторовий інтелект також важливий для повсякденного життя. Він допомагає нам орієнтуватися у місті, складати маршрути, паркувати автомобіль, розуміти карти та схеми. Навіть такі прості дії, як приготування їжі чи збирання меблів, вимагають залучення просторового інтелекту. Г. Гарднер підкреслював, що просторовий інтелект може розвиватися незалежно від інших типів інтелекту. Це означає, що людина може мати високий рівень просторового інтелекту, навіть якщо інші її когнітивні здібності розвинені меншою мірою.

Теорія множинного інтелекту Г. Гарднера зробила значний вплив на освіту, спонукаючи до розробки індивідуальних підходів до навчання, які враховують різні типи інтелекту учнів. Розуміння просторового інтелекту та його ролі в різних сферах діяльності дозволяє ефективніше розвивати цей тип інтелекту та використовувати його потенціал для досягнення успіху.

Усі описані вище теорії свідчать про складність та багатогранність інтелекту, який не можна звести до одного чи кількох факторів. Розуміння різних аспектів інтелекту є важливим для розробки ефективних методів його оцінки та розвитку.

Проте, традиційні методики дослідження інтелекту, зазвичай, фокусуються на вербальних та логіко-математичних здібностях, залишаючи поза увагою інші важливі аспекти когнітивної діяльності.

У цьому контексті особливої уваги заслуговує вивчення невербального інтелекту. Невербальний інтелект, що визначається як здатність до аналізу, обробки та інтерпретації інформації, що не виражена у вербальній формі, відіграє важливу роль у багатьох сферах людської діяльності, від повсякденного життя до професійної реалізації.

У контексті психологічного тестування термін «невербальний» характеризує специфіку завдань, що пропонуються для виконання. Такі тести, на противагу бланковим тестам типу «олівець-папір», орієнтовані на практичну діяльність, що передбачає маніпулювання об'єктами, наприклад, конструювання з окремих елементів. Ключовою особливістю невербальних тестів є мінімізація використання мовлення як в інструкціях, так і в процесі виконання завдань, що унеможливорює вплив вербальних здібностей на результати тестування. Типологія завдань невербальних тестів досить різноманітна та включає в себе завдання на встановлення послідовності картинок, виявлення відсутніх деталей на зображеннях, графічне відтворення об'єктів (людей, тварин), ідентифікацію вбудованих фігур, а також заповнення матриць з пропусками.

Невербальні тести являють собою категорію психометричних інструментів, призначених для оцінки сенсорних, моторних, когнітивних та перцептивних функцій індивіда. Ключовою особливістю цих тестів є мінімізація або повний контроль впливу мовленнєвих здібностей на результати дослідження. Такі тести, як правило, складаються з набору завдань або субтестів, що пред'являються індивідуально. Завдання моделюють ситуації, які вимагають залучення інтелектуальних та когнітивних здібностей. Виконання кожного завдання оцінюється за стандартизованою шкалою, а процес пред'явлення регламентується єдиною інструкцією, що забезпечує об'єктивність та надійність результатів. Стандартизований тест являє собою цілісну структуру, що охоплює не лише властивості самого інструментарію, а й чітко визначені процедури вимірювання та

оцінювання результатів. Ця система характеризується високим рівнем регламентації, що забезпечується детальними інструкціями щодо всіх аспектів процесу вимірювання, включаючи характеристики його складових [71].

Стандартизовані тести є інструментом оцінки когнітивних здібностей, зокрема в осіб з атиповим розвитком. При інтерпретації результатів важливо враховувати як внутрішні, так і зовнішні фактори, що могли вплинути на їх точність. Порівняння індивідуальних показників з нормами, встановленими на основі репрезентативної вибірки, дозволяє визначити рівень когнітивного розвитку дитини відносно загальної популяції. Наприклад, у тестах невербального інтелекту, де середній показник становить 100 балів, результати в діапазоні 85-115 вважаються нормою. Проте, показники тестування не є єдиним джерелом інформації і повинні розглядатися в комплексі з іншими даними про когнітивні та психофізичні здібності дитини для формування цілісного уявлення про її потреби та можливості.

З розвитком психологічної науки та усвідомленням важливості невербальних здібностей, постала потреба у створенні інструментів для їх об'єктивної оцінки [208]. Це призвело до появи низки методик, спрямованих на виявлення та вимірювання невербального інтелекту. До ранніх методик оцінки невербального інтелекту можна віднести:

- тест «Складання фігур» (Seguin Form Board, 1907) Е. Сегеном [209], передбачає вкладання фігурок різних форм у відповідні отвори на дошці. Він простий у використанні та дозволяє оцінити сприйняття форми, зорово-моторну координацію. Однак, тест оцінює обмежений набір здібностей та може бути занадто легким для респондента.
- «Лабіринти Портеуса» (1914) С. Портеусом [200], являють собою графічні завдання, де обстежуваний повинен знайти вихід, не відриваючи олівця від паперу. Тест оцінює планування, передбачення, здатність до вирішення проблем. Проте, результати можуть залежати від рівня розвитку графічних навичок досліджуваного.

- Тест «Кубики Косса» (1923) С. Косса [176], використовує набір різнокольорових кубиків, з яких респондент повинна відтворювати візерунки за зразком. Тест дозволяє оцінити просторове мислення, візуальну координацію, здатність до аналізу та синтезу.
- Тест «Малювання людини» (1926) розроблений Ф. Гудінаф [164], полягає у малюванні людини. Оцінюється деталізація малюнка, пропорції тіла тощо. Тест дозволяє оцінити не лише когнітивні, а й емоційні аспекти розвитку. Однак, інтерпретація результатів може бути суб'єктивною та вимагає додаткових знань з психології розвитку.
- Тест «Прогресивні матриці Равена» (1936), створений Дж. Равеном [202], є одним з найпопулярніших невербальних тестів інтелекту. Він складається з матриць з геометричними фігурами, в яких відсутній один елемент. Завдання полягає у виборі правильного елемента з наведених варіантів. Тест оцінює здатність до аналізу, логічного мислення, виявлення закономірностей. Серед переваг - мінімальний вплив культурних та мовних факторів, можливість використання у різних вікових групах.

У сучасній психологічній діагностиці для оцінки невербального інтелектуального розвитку широко застосовується ряд методик, що пройшли багаторазові оновлення та адаптації. Серед найбільш поширених можна виділити:

- тест «Прогресивні матриці Равена», які пройшли кілька редакцій (1936, 1994, 1996) з метою актуалізації змісту та нормативних даних.
- Тест Д. Векслера, що має багату історію розвитку та численні редакції (1939, 1955, 1967, 1974, 2018), які відображають еволюцію підходів до оцінки інтелекту.
- Інтелектуальний тест Г. Айзенка (1950), що є класичним інструментом для вимірювання інтелектуальних здібностей.
- Тест Р. Амтхауера (1953, 1973), який зазнав ревізії з метою підвищення його валідності та надійності.

- Тести Д. Харріс (1963), Д. Гілфорд (1967), Д. Наглієрі (2006, 2009), що вносять свій внесок у розуміння різних аспектів невербального інтелекту.
- Тест невербального інтелекту і когнітивних здібностей Leiter-3 (1979, 2014), який пройшов значні зміни для врахування сучасних уявлень про когнітивні процеси.

Важливо підкреслити, що для отримання достовірних результатів необхідно використовувати найновіші версії тестів, оскільки вони містять актуальні нормативні показники, що відповідають сучасним психометричним стандартам. Дотримання цього принципу забезпечує валідизацію процедури тестування, тобто відповідність отриманих результатів реальному рівню розвитку невербального інтелекту. Психометричні стандарти охоплюють сукупність вимог до тестових інструментів, які гарантують їх надійність, валідність та об'єктивність. Надійність тесту свідчить про стабільність та узгодженість результатів при повторному тестуванні, а валідність вказує на ступінь відповідності тесту досліджуваній характеристиці, в даному випадку – невербальному інтелекту. Об'єктивність тесту передбачає мінімізацію впливу суб'єктивних факторів на процедуру тестування та інтерпретацію результатів.

Сучасні психометричні стандарти також враховують культурні та мовні особливості тестованих, що дозволяє здійснювати соціокультурні порівняння та забезпечувати рівний доступ до тестування для різних груп населення. Це особливо важливо при оцінці невербального інтелекту, який незалежить від мовних навичок і культурного досвіду, ніж вербальний інтелект. Таким чином, застосування тестів невербального інтелекту відкриває можливості для більш об'єктивної оцінки когнітивних здібностей осіб з різним культурним та мовним розвитком.

Невербальний інтелект є важливим аспектом когнітивного розвитку, особливо для дітей з особливими освітніми потребами. Він охоплює комплекс здібностей, що дозволяють сприймати, аналізувати та інтерпретувати інформацію, яка не виражена вербально. Ці здібності включають в себе візуально-просторове

мислення, здатність до розпізнавання образів, розуміння міміки та жестів, а також сприйняття емоційного стану інших людей [1].

Вивчення невербального інтелекту в контексті спеціальної психології є відносно новим напрямом, який набуває все більшої актуальності. Серед зарубіжних науковців, які зробили вагомий внесок у розуміння невербального інтелекту, є Г. Гарднер з його теорією множинного інтелекту, де він окреслив важливість просторового та тілесно-кінестетичного інтелекту [159]. Ідеї Г. Гарднера розвинув Д. Гоулман, акцентуючи увагу на емоційному інтелекті як ключовому факторі успішної соціальної взаємодії, що особливо важливо для осіб з особливими освітніми потребами [163].

Німецька психологиня У. Фріт досліджувала особливості когнітивного розвитку осіб з розладами аутистичного спектру, зокрема їх труднощі у розумінні соціальних сигналів та емоцій, що виражаються невербально [5].

Дослідження невербальної комунікації проводив А. Меграбян, визначивши, що більшість інформації передається невербально [187]. Ці знання знайшли своє застосування в роботах М. Розенберга, який розробив метод ненасильницького спілкування, що базується на емпатії та розумінні невербальних сигналів [205].

На сьогодні дослідженнями невербального інтелекту в Україні займаються такі установи, як Інститут спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України, Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, кафедри спеціальної психології та корекційної педагогіки провідних педагогічних університетів.

Останні декілька років активний інтерес дослідників було звернено, чи не вперше, до теми «невербального інтелекту», проведено та опубліковано результати низки досліджень щодо цієї тематики, як то пошук сильних та слабких аспектів у дітей з різними особливостями атипового розвитку у роботах В. Буцик, К. Двек, А. Кауфмана, А. Матчак, С. Мельник, М. Микитенко [7], [16], [46], [92] особливості техніки невербального інтелекту у роботі з дітьми старшого шкільного віку з синдромом Дауна у дослідженнях О. Мозолук, Г. Соколової, О. Чеботарьової [127] та кілька тематик, що стосуються переважно осіб юнацького

та дорослого віку. Українські науковці, як В. Синьов, Л. Прокопенко, О. Кононко вивчали особливості невербальної комунікації у дітей з порушеннями інтелектуального розвитку [118]. Дослідниця О. Кисла у власних працях досліджувала невербальні форми спілкування у дітей з синдромом Ретта [47].

Не менш важливим є питання розробки та апробації методик діагностики невербального інтелекту у дітей з особливими освітніми потребами. В Україні значного внеску у цьому напрямі зробили такі науковці, як Л. Бурлачук, О. Киричук, які адаптували та стандартизували ряд зарубіжних методик, таких як тест Равена, кубики Кооса, тест Векслера [170]. Ці методики дозволяють оцінити рівень розвитку невербального інтелекту, виявити сильні та слабкі сторони когнітивної сфери дитини, а також розробити індивідуальну програму розвитку. Проте, враховуючи індивідуальний розвиток дітей з особливими освітніми потребами, виникає необхідність у пошуку та впровадженні нових, більш адаптованих методик.

Одним із перспективних напрямів є використання методик, заснованих на аналізі виконання дитиною невербальних завдань, що моделюють реальні життєві ситуації. Наприклад, методика «Невербальний тест інтелекту Лейтера» (Leiter-3) [204] дозволяє оцінити невербальний інтелект та когнітивні здібності дітей від трьох років. Leiter-3 складається з двох батарей: когнітивної (5 субтестів для вимірювання IQ) та увага/пам'ять (4 субтести). Ця методика ефективно використовується для діагностики дітей з аутизмом, порушеннями мовлення, слуху та іншими порушеннями розвитку.

Важливим є також використання динамічного підходу до оцінки невербального інтелекту, який передбачає врахування зони найближчого розвитку дитини. У цьому контексті, методика «Оцінка навчального потенціалу» (Learning Potential Assessment Device, LPAD) [189], дозволяє не тільки визначити актуальний рівень розвитку, а й потенційні можливості дитини. LPAD базується на ідеї, що за допомогою спеціально організованого навчання можна активізувати резервні можливості дитини та підвищити ефективність її навчання.

Зарубіжні дослідження [184], підтверджують ефективність використання комп'ютерних технологій для діагностики та корекції невербального інтелекту. Комп'ютерні програми дозволяють створити інтерактивне середовище, адаптувати завдання до індивідуальних особливостей дитини, а також здійснювати моніторинг прогресу в режимі реального часу.

Окрім зазначених методик, для діагностики невербального інтелекту у дітей з різними порушеннями, зарубіжні вчені активно використовуються й інші сучасні інструменти. Наприклад, тест «Невербальна оцінка інтелекту (UNITTM-2)» [148], є культурально-нейтральним тестом, який мінімізує вплив мовних та культурних факторів на результати тестування. UNITTM-2 складається з шести субтестів, які оцінюють різні аспекти невербального інтелекту, такі як символічне мислення, просторове уявлення, логічне мислення. Цей тест може бути використаний для діагностики дітей з різними порушеннями: інтелектуальними, мовленнєвими, дітей з аутизмом. Дослідження [185] показали високу надійність та валідність UNITTM-2 для оцінки невербального інтелекту у дітей з особливими освітніми потребами.

Ще однією перспективною методикою є «Тест рейтингу продуктивності (PRT)» [186]. PRT є стандартизованим тестом, який оцінює здатність дитини виконувати різні практичні завдання, такі як складання пазлів, копіювання геометричних фігур, виконання інструкцій. Методика може бути використана для діагностики дітей з різними порушеннями, включаючи дітей з аутизмом, церебральним паралічем, порушеннями інтелектуального розвитку.

Необхідно зазначити, що діагностика невербального інтелекту є лише першим кроком на шляху до розробки ефективної індивідуальної програми розвитку. Важливим є комплексний підхід, який передбачає використання різноманітних методів і прийомів, спрямованих на розвиток всіх компонентів невербального інтелекту: просторового мислення, візуального сприйняття, моторної координації, уваги, пам'яті [102].

Отже, підсумовуючи аналіз наукових досягнень, важливим напрямом досліджень є розробка та апробація методик діагностики невербального інтелекту

у дітей з особливими освітніми потребами. В Україні значного внеску у цьому напрямі зробили Л. Бурлачук та О. Киричук, які адаптували та стандартизували ряд зарубіжних методик. Перспективним є використання методики «Невербальний тест інтелекту Лейтера» (Leiter-3), заснованої на аналізі виконання невербальних завдань. Зарубіжні дослідження підтверджують ефективність використання комп'ютерних технологій для діагностики та корекції невербального інтелекту. Окрім зазначених методик, зарубіжні вчені активно використовують й інші сучасні інструменти для діагностики невербального інтелекту у дітей з різними порушеннями, такі як тести «Невербальна оцінка інтелекту (UNITTM-2)», «Тест рейтингу продуктивності (PRT)» та «Оцінка навчального потенціалу» (LPAD).

У проведеному дослідженні було проаналізовано еволюцію уявлень про невербальний інтелект та його місце в системі категорій спеціальної психології. Розглянуто різні підходи до визначення та класифікації інтелектуальних здібностей, починаючи від перших спроб емпіричного вимірювання інтелекту Ф. Гальтоном до сучасних концепцій множинного інтелекту Г. Гарднера та емоційного інтелекту Д. Гоулмана. Особливу увагу приділено невербальному інтелекту як комплексу когнітивних здібностей, що функціонують без залучення вербальних компонентів, його ролі в адаптації та соціальній взаємодії, що є особливо важливим для осіб з особливими освітніми потребами.

Встановлено, що невербальний інтелект є багатограним фактором, який охоплює такі когнітивні процеси, як просторова уява, візуальна обробка інформації, пам'ять, увага, здатність до розпізнавання образів та емоцій. Ці здібності є важливими для успішної взаємодії з навколишнім світом, особливо для осіб з особливими освітніми потребами, які можуть мати труднощі у вербальній комунікації.

Проаналізовано історичний контекст розвитку уявлень про невербальний інтелект, починаючи від робіт А. Біне та Т. Сімона, які розробили перший стандартизований тест інтелекту, до сучасних досліджень нейробіологічних основ інтелекту та впливу генетичних і середовищних факторів на його розвиток. Виявлено, що незважаючи на значний прогрес у дослідженні інтелекту, ця

проблематика досі залишається предметом наукових дискусій, і існують різні підходи до визначення та класифікації інтелектуальних здібностей, а також до розробки методик їх оцінки.

Досліджено внесок українських та зарубіжних вчених у вивчення невербального інтелекту, зокрема, роботи В. Буцик, К. Двек, А. Кауфмана, А. Матчак, С. Мельник, М. Микитенко, О. Мозолюк, Г. Соколової, О. Чеботарьової, В. Синьова, Л. Прокопенко, О. Кононко, О. Кислої, Т. Ілляшенко, Л. Бурлачук, О. Киричук та ін. Відзначено важливість розробки та апробації методик діагностики невербального інтелекту у дітей з особливими освітніми потребами, таких як тест Равена, кубики Кооса, тест Векслера, невербальний тест інтелекту Лейтера (Leiter-3), тест «Невербальна оцінка інтелекту (UNITTM-2)», «Тест рейтингу продуктивності (PRT)» та «Оцінка навчального потенціалу» (LPAD).

Перспективним напрямом є використання методик, заснованих на аналізі виконання дитиною невербальних завдань, що моделюють реальні життєві ситуації, а також використання комп'ютерних технологій для створення інтерактивного середовища навчання та розвитку невербального інтелекту. Важливим є комплексний підхід до розвитку невербального інтелекту, який передбачає використання різноманітних методів і прийомів, спрямованих на розвиток всіх його компонентів: просторового мислення, візуального сприйняття, моторної координації, уваги, пам'яті. Це дозволить підвищити ефективність навчання та соціальної адаптації осіб з особливими освітніми потребами, а також розкрити їх потенційні можливості.

1.4. Роль та значення невербального інтелекту у розвитку дитини старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами

Сучасні дослідження в галузі сурдопедагогіки та спеціальної психології підтверджують важливість ранньої діагностики та корекції психологічного стану структури особистості дитини з КІ [68], [87]. Впровадження кохлеарної імплантації

відкриває нові можливості для розвитку дітей з глухотою, забезпечуючи доступ до звукового світу та сприяючи формуванню мовлення [199]. Однак, слід зазначити, що успішна інтеграція дитини з КІ в соціум залежить не лише від рівня розвитку мовлення, а й від формування когнітивних здібностей, зокрема невербального інтелекту [185].

Невербальний інтелект відіграє ключову роль у процесі пізнання навколишнього світу, оскільки дозволяє аналізувати та інтерпретувати інформацію, що надходить через зоровий, тактильний та кінестетичний канали сприйняття [185].

Він є фундаментальною складовою когнітивної діяльності людини, забезпечуючи ефективну взаємодію з оточенням, особливо в ситуаціях, де вербальна комунікація обмежена або недоступна. Аналіз наукових досліджень у пункті 1.3 цієї дисертації дозволяє виявити різні підходи до визначення поняття «невербальний інтелект». Узагальнюючи вищезазначене, ми *розуміємо невербальний інтелект* як комплекс когнітивних здібностей, що забезпечують обробку інформації, отриманої через невербальні канали сприйняття, та її використання для розв'язання завдань в різних сферах діяльності. Цей комплекс включає в себе:

- *просторове мислення*: здатність до сприйняття, аналізу та ментальної маніпуляції просторовими відношеннями;
- *візуальне мислення*: здатність до створення, збереження та оперування зоровими образами;
- *кінестетичне сприйняття*: здатність до координації рухів та використання тіла для вираження ідей та емоцій;
- *здатність до розпізнавання образів*: вміння ідентифікувати та класифікувати об'єкти за їхніми візуальними характеристиками;
- *здатність до адаптації до нового середовища*: вміння ефективно функціонувати в незнайомих ситуаціях без опори на вербальну комунікацію.

Таким чином, ми визначаємо невербальний інтелект як складну, багатогранну когнітивну функцію, що лежить в основі невербальної комунікації та адаптації до навколишнього середовища. Враховуючи вищезазначене, пропонуємо власне визначення невербального інтелекту, яке розширює та уточнює існуючі підходи.

Невербальний інтелект – це динамічна система когнітивних здібностей, що забезпечує сприйняття, обробку та інтерпретацію невербальної інформації, її інтеграцію з вербальними знаннями та використання для ефективної взаємодії з соціальним та фізичним оточенням. Це визначення акцентує увагу на ключових аспектах невербального інтелекту, що відрізняють його від традиційних інтерпретацій. Розглянемо ці аспекти детальніше. Для наочності та структурованості подальшого викладу доцільно представити ключові аспекти невербального інтелекту у вигляді таблиці (Табл. 1.4.1.). Така форма подання дозволить чітко і лаконічно розкрити зміст кожного аспекту та його значення для розуміння феномену невербального інтелекту.

Таблиця 1.4.1. Ключові аспекти невербального інтелекту та їх значення для розуміння феномену

Ключовий аспект	Опис	Приклади
Динамічна система	Підкреслює адаптивність та пластичність невербального інтелекту, його здатність до розвитку та модифікації в залежності від досвіду та потреб індивіда.	Розуміння емоції інших, спостерігаючи за їхньою мімікою та жестами.
Інтеграція з вербальними знаннями	Наголошує на взаємозв'язку вербального та невербального інтелекту, їхньому синергетичному ефекті у процесі пізнання та комунікації.	Під час розмови ми не лише слухаємо слова співрозмовника, але й звертаємо увагу на його тон голосу, міміку та жести, що допомагає нам краще зрозуміти його наміри та емоції.

Продовження Таблиці 1.4.1.

Взаємодія з соціальним та фізичним оточенням	Розширює розуміння функцій невербального інтелекту, включивши не лише соціальну комунікацію, але й адаптацію до фізичного простору, орієнтацію, взаємодію з предметами.	Використання міміки, жестів, пози тіла для передачі емоцій, намірів та ставлення до співрозмовника. Вміння ефективно використовувати предмети, розуміти їх призначення та функції, знаходити нестандартні способи їх застосування.
--	---	--

Аналіз даних, представлених у таблиці 1.1. «Ключові аспекти невербального інтелекту та їх значення для розуміння феномену», дозволяє зробити висновок про багатогранність та важливість невербального інтелекту.

По-перше, *динамічний характер* невербального інтелекту є статичною характеристикою, а навпаки, постійно змінюється та вдосконалюється протягом життя. Він є гнучкою системою, яка адаптується до нових викликів та завдань, що постають перед індивідом у процесі розвитку. По-друге, *інтеграція з вербальними знаннями* вказує на тісний взаємозв'язок вербального та невербального інтелекту. Вони не існують ізольовано один від одного, а навпаки, доповнюють та збагачують один одного. Ефективне пізнання та комунікація можливі лише за умови гармонійного поєднання вербальних та невербальних засобів. По-третє, *взаємодія з соціальним та фізичним оточенням* розширює наше розуміння функцій невербального інтелекту. Він є не лише інструментом соціальної комунікації, але й засобом адаптації до фізичного простору, орієнтації та взаємодії з предметами. Розвинений невербальний інтелект дозволяє ефективно орієнтуватися в навколишньому світі, розуміти призначення та функції різних об'єктів, а також знаходити нестандартні способи їх застосування.

Таким чином, невербальний інтелект є багатогранним феноменом, який відіграє важливу роль у розвитку. Його формування та розвиток є невід'ємною частиною процесу навчання та виховання, сприяючи всебічній інтеграції дитини в

соціум. Особливо важливого значення набуває розвиток невербального інтелекту у дітей з кохлеарними імплантами. Ціль його формування полягає у створенні оптимальних умов для розвитку компенсаторних механізмів сприйняття та пізнання, що дозволить дитині з КІ ефективно взаємодіяти з навколишнім світом, долаючи обмеження, пов'язані з порушеннями слуху.

Мета формування невербального інтелекту у дітей з КІ полягає у розвитку комплексу когнітивних здібностей, що забезпечують обробку інформації, отриманої через невербальні канали сприйняття (зір, дотик, кінестетичні відчуття), та її використання для розв'язання різноманітних завдань. Розвиток невербального інтелекту у дітей з КІ сприяє:

- компенсації труднощів у сприйнятті мовлення, особливо в галасливих умовах або при спілкуванні з незнайомими людьми;
- ефективній соціальній взаємодії, розумінню емоцій та намірів співрозмовників, адекватній реакції на соціальні сигнали;
- адаптації до фізичного простору, орієнтації в ньому, розумінню призначення та функцій предметів;
- розвитку когнітивних здібностей: уваги, пам'яті, мислення, зорового сприйняття;
- підвищенню самооцінки та впевненості в собі.

Формування невербального інтелекту є важливим напрямом роботи з дітьми з КІ, що сприяє їх успішній соціалізації та інтеграції в суспільство. Це завдання потребує комплексного підходу, який враховує індивідуальні особливості кожної дитини, рівень її розвитку та потреби. Важливу роль у цьому процесі відіграє створення розвиткового середовища, що стимулює пізнавальну активність дитини з КІ, формує її комунікативні навички та сприяє розвитку невербального інтелекту.

Зокрема, для розвитку невербального інтелекту дітей з КІ доцільно використовувати такі методи та прийоми: ігрову діяльність, що сприяє розвитку уяви, просторового мислення, здатності до розв'язання проблем; конструктивну діяльність, що розвиває кінестетичне сприйняття, координацію рухів, вміння

працювати з різними матеріалами; художню діяльність (малювання, ліплення, аплікація), що розвиває візуальне мислення, уяву, творчі здібності; спілкування з однолітками та дорослими, що сприяє розвитку соціального інтелекту, вміння розуміти емоції та наміри інших людей; спеціальні корекційно-розвиткові програми, спрямовані на розвиток різних аспектів невербального інтелекту. Важливо пам'ятати, що розвиток невербального інтелекту є тривалим процесом, який потребує постійної уваги та підтримки з боку батьків, психологів, педагогів та фахівців. Тільки за умови створення сприятливих умов та застосування валідних методів можна досягти успіхів у розвитку невербального інтелекту дітей з КІ та забезпечити їм повноцінну інтеграцію в суспільство.

Невербальний інтелект являє собою комплексний та багатоаспектний феномен, що суттєво впливає на когнітивний та соціально-емоційний розвиток дитини. Як інтегральна складова загального інтелекту, він забезпечує адаптацію та ефективну взаємодію індивіда з навколишнім середовищем. Особливого значення невербальний інтелект набуває для дітей з кохлеарними імплантами, оскільки він компенсує обмеження, пов'язані з порушеннями слуху.

Необхідно зазначити, що дослідження невербального інтелекту у дітей з КІ тісно пов'язане з вивченням цього феномену у дітей з розладами аутистичного спектру (РАС). Саме в контексті РАС вперше було детально досліджено роль невербального інтелекту у розвитку дитини. Зарубіжні науковці звернули увагу на те, що діти з розладами аутистичного спектру часто мають труднощі з вербальною комунікацією, але при цьому можуть демонструвати високі здібності в невербальних областях, таких як візуальне мислення, просторова орієнтація та розпізнавання образів. Дослідження Дж. Доусон, С. Роджерс, Дж. Мансон, М. Сміт, Дж. Вінтер, Дж. Грінсон, Р. Дональдсон, Дж. Варлі та С. Роджерс показало, що раннє втручання, спрямоване на розвиток невербальних комунікативних навичок у дітей з аутизмом, може значно покращити їх соціальну адаптацію та мовленнєвий розвиток [153]. Автори розробили модель раннього втручання, яка отримала назву «Денверська модель раннього втручання» (оригінальна повна назва «Early Start Denver Model», скорочена назва «ESDM»), яка

включає в себе інтенсивну терапію з використанням поведінкових методів та навчання невербальним стратегіям комунікації, таким як використання жестів, міміки та візуальних підказок. Варто наголосити, що «ESDM» не має на меті безпосередньо розвиток невербального інтелекту. Її основна мета — загальний розвиток дітей з затримкою розвитку або ризиком затримки, включаючи дітей з розладами аутистичного спектру.

Хоча «ESDM» не фокусується виключно на невербальному інтелекті, вона сприяє його розвитку через:

- розвиток соціальної комунікації (наголошується на важливості взаємодії, імітації та спільної уваги, що є ключовими для невербального спілкування);
- навчання через гру (гра є природним середовищем для дітей, і «ESDM» використовує її для навчання різноманітним навичкам, включаючи невербальні, такі як розуміння міміки, жестів, емоцій, тощо).
- розвиток моторики («ESDM» включає вправи на розвиток дрібної та великої моторики, що може покращити невербальні здібності, такі як жестикуляція та використання предметів для комунікації).

Отже, хоча розвиток невербального інтелекту не є основною метою «ESDM», вона *опосередковано сприяє цьому* через фокус на соціальній комунікації, грі та моториці.

У дослідженнях А. Душка та Л. Мотрон було виявлено, що діти з розладами аутистичного спектра мають переваги в обробці візуальної інформації [191], [27], [28]. Вони демонструють підвищену увагу до деталей, кращу здатність до розпізнавання візуальних образів та більш точну зорову пам'ять. Ці особливості можуть бути пов'язані з компенсаторним розвитком невербального інтелекту у дітей з розладами аутистичного спектра.

Подальші дослідження показали, що невербальний інтелект є важливим фактором розвитку і для дітей з мовленнєвими порушеннями. У цих дітей також

спостерігається дисбаланс між вербальними та невербальними здібностями, що потребує корекційної роботи, спрямованої на розвиток невербального інтелекту.

У власному дослідженні Д. Бішоп розглядає різні аспекти мовленнєвих порушень у дітей та підкреслює важливість розвитку невербальних комунікативних навичок для компенсації труднощів з розумінням та використанням мови [146]. Автор зазначає, що діти з мовленнєвими порушеннями можуть ефективно використовувати жести, міміку та інші невербальні засоби для спілкування, що сприяє їх соціальній адаптації.

Дослідження Е. Галлінат та Дж. Сполдінг виявило кореляцію між дислексією, невербальним інтелектом та соціально-економічним статусом батьків у дітей з порушенням мовлення. Зокрема, автори встановили, що діти з порушенням мовлення часто демонструють високий рівень невербального інтелекту, який може нівелювати негативний вплив мовленнєвих труднощів на їх академічну успішність та соціальну адаптацію [157]. Це дослідження узгоджується з роботами інших науковців, які також підкреслюють важливість невербального інтелекту для дітей з порушенням мовлення. Наприклад, С. Вайсмер з колегами виявив, що невербальний інтелект є значущим в успішності читання у дітей з порушенням мовлення, навіть з урахуванням їх мовленнєвих труднощів [222].

Таким чином, невербальний інтелект відіграє важливу роль у розвитку дітей з порушенням мовлення, допомагаючи їм компенсувати мовленнєві труднощі та досягати успіхів у навчанні та соціальній взаємодії. З огляду на це, кохлеарна імплантація постає не просто як медична процедура, а як фактор, що може суттєво впливати на формування невербальних когнітивних здібностей у дітей з порушеннями слуху. Адже, надаючи можливість сприймати звуки, кохлеарний імплант стимулює розвиток не лише мовлення, а й тих аспектів інтелекту, які пов'язані з обробкою невербальної інформації. Діти з КІ, подібно до дітей з РАС та мовленнєвими порушеннями, потребують цілеспрямованої розвитку невербальних когнітивних здібностей для успішної адаптації та інтеграції в соціум.

Отже, невербальний інтелект відіграє ключову роль у розвитку дитини, особливо для дітей з кохлеарними імплантами, оскільки він компенсує обмеження,

пов'язані з порушеннями слуху. Він являє собою складну динамічну структуру когнітивних здібностей, що забезпечує сприйняття, обробку та інтерпретацію невербальної інформації, її інтеграцію з вербальними знаннями та використання для ефективної взаємодії з оточенням. Цей комплекс включає в себе просторове та візуальне мислення, кінестетичне сприйняття, здатність до розпізнавання образів та адаптації до нового середовища.

Розвиток невербального інтелекту у дітей з КІ сприяє компенсації труднощів у сприйнятті мовлення, ефективній соціальній взаємодії, адаптації до фізичного простору, розвитку когнітивних здібностей та підвищенню самооцінки. Для його розвитку доцільно використовувати ігрову, конструктивну та художню діяльність, спілкування з однолітками та дорослими, а також спеціальні корекційно-розвиткові програми.

Дослідження невербального інтелекту у дітей з КІ тісно пов'язане з вивченням цього феномену у дітей з розладами аутистичного спектру та мовленнєвими порушеннями. Діти з РАС часто мають труднощі з вербальною комунікацією, але можуть демонструвати високі здібності в невербальних областях. Дослідження показали, що раннє втручання, спрямоване на розвиток невербальних комунікативних навичок у дітей з аутизмом, може значно покращити їх соціальну адаптацію та мовленнєвий розвиток.

У дітей з мовленнєвими порушеннями також спостерігається дисбаланс між вербальними та невербальними здібностями, що потребує корекційної роботи, спрямованої на розвиток невербального інтелекту. Ці діти можуть ефективно використовувати жести, міміку та інші невербальні засоби для спілкування, що сприяє їх соціальній адаптації.

Кохлеарна імплантація, надаючи можливість сприймати звуки, стимулює розвиток не лише мовлення, а й тих аспектів інтелекту, які пов'язані з обробкою невербальної інформації. Подальші дослідження дозволять глибше зрозуміти вплив кохлеарної імплантації на розвиток невербального інтелекту, а також розробити ефективні методи корекційно-розвиткової роботи з дітьми з КІ, спрямовані на оптимізацію їх когнітивного та соціально-емоційного розвитку.

Висновки до першого розділу

У першому розділі дисертаційного дослідження було проведено ґрунтовний аналіз теоретико-методологічних засад вивчення невербального інтелекту дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами. Розглянуто ключові аспекти кохлеарної імплантації, психологічні особливості дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами, а також сутність та значення невербального інтелекту в їхньому розвитку.

Кохлеарна імплантація як інноваційний метод реабілітації осіб з порушеннями слуху, розглянута в історичному контексті, з акцентом на внесок українських вчених у розвиток цієї галузі. Відзначено важливість мультидисциплінарного підходу до кохлеарної імплантації, який об'єднує зусилля фахівців різних галузей: отоларингологів, сурдологів, аудіологів, логопедів, психологів, соціальних працівників та педагогів.

Особливу увагу приділено психологічним особливостям дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами. Підкреслено, що кохлеарна імплантація, надаючи можливість сприймати звуки, суттєво впливає на всі аспекти розвитку дитини: фізичний, емоційний, соціальний, мовленнєвий та когнітивний.

Саме у цьому віці є важливим процес кохлеарної імплантації, оскільки в цей період активно формується мовлення, слухове сприйняття та комунікативні навички.

Невербальний інтелект визначено як складну динамічну структуру когнітивних здібностей, що забезпечує сприйняття, обробку та інтерпретацію невербальної інформації, інтеграцію її з вербальними знаннями та використання для ефективної взаємодії з оточенням. Цей комплекс включає в себе просторове та візуальне мислення, кінестетичне сприйняття, здатність до розпізнавання образів та адаптації до нового середовища.

Розвиток невербального інтелекту у дітей з КІ сприяє компенсації труднощів у сприйнятті мовлення, ефективній соціальній взаємодії, адаптації до фізичного простору, розвитку когнітивних здібностей та підвищенню самооцінки. Для його

розвитку доцільно використовувати ігрову, конструктивну та художню діяльність, спілкування з однолітками та дорослими, а також спеціальні корекційно-розвиткові програми.

Дослідження невербального інтелекту у дітей з КІ тісно пов'язане з вивченням цього феномену у дітей з розладами аутистичного спектру та мовленнєвими порушеннями. Діти з РАС часто мають труднощі з вербальною комунікацією, але можуть демонструвати високі здібності в невербальних областях. Дослідження показали, що раннє втручання, спрямоване на розвиток невербальних комунікативних навичок у дітей з аутизмом, може значно покращити їх соціальну адаптацію та мовленнєвий розвиток. У дітей з мовленнєвими порушеннями також спостерігається дисбаланс між вербальними та невербальними здібностями, що потребує корекційної роботи, спрямованої на розвиток невербального інтелекту.

Формування і розвиток невербального інтелекту відрізняється від подібних процесів у дітей слабчуючих та глухих. Діти, що були проімплантовані мають покращені результати у тестах на невербальний інтелект, що відображають їхні здібності до просторового мислення, розв'язання задач та обробки візуальної інформації. Рання імплантація та інтенсивна реабілітація відіграють вирішальну роль у цьому процесі, стимулюючи нейропластичність мозку та сприяючи розвитку когнітивних навичок. Крім того, проімплантовані діти демонструють кращі здібності до невербальної комунікації, що сприяє їхній соціальній адаптації. Однак, важливо враховувати індивідуальні відмінності та вплив різних факторів, таких як вік імплантації та якість реабілітації на результати розвитку невербального інтелекту.

Кохлеарна імплантація, надаючи можливість сприймати звуки, стимулює розвиток не лише мовлення, а й тих аспектів інтелекту, які пов'язані з обробкою невербальної інформації. Подальші дослідження дозволять глибше зрозуміти вплив кохлеарної імплантації на розвиток невербального інтелекту, а також розробити ефективні методи корекційно-розвиткової роботи з дітьми з КІ, спрямовані на оптимізацію їх когнітивного та соціально-емоційного розвитку.

Цей розділ закладає теоретичний фундамент для подальшого емпіричного дослідження невербального інтелекту дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами. У ньому сформульовано ключові поняття, визначено предмет та об'єкт дослідження, а також окреслено основні напрями подальшого аналізу.

Матеріали першого розділу висвітлено у публікаціях авторки: «Детермінанти формування невербального інтелекту дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами»; «Особливості використання технологій невербального інтелекту у спеціальній психології»; «Концептуалізація психологічних підходів до розуміння невербального інтелекту у дітей з РАС»; «Вплив соціальної ситуації розвитку невербального інтелекту у дітей з кохлеарними імплантами»; «Концептуалізація психологічних підходів до розуміння невербального інтелекту у дітей з РАС»; «Ефективність використання невербального інтелекту під впливом музичної терапії у дітей з ООП»; «Історія невербального інтелекту в освітніх практиках».

РОЗДІЛ 2. НЕВЕРБАЛЬНИЙ ІНТЕЛЕКТ ЯК ОБ'ЄКТ ЕМПІРИЧНОГО ДИСКУРСУ У СПЕЦІАЛЬНІЙ ПСИХОЛОГІЇ ДІТЕЙ З КОХЛЕАРНИМИ ІМПЛАНТАМИ

2.1. Комплексна структура психодіагностики невербального інтелекту у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами

Підґрунтям створення авторської моделі структури невербального інтелекту у дошкільників з кохлеарними імплантами було визначення стану сформованості провідних компонента (структур), серед яких основними було окреслено когнітивну, особистісну та соціальну. Дослідження, які існують на сьогодні щодо важливості та доцільності розвитку невербального інтелекту, є неоднозначними, суперечливими, дискусійними, особливо щодо категорії дітей з кохлеарними імплантами. Переважно невербальний інтелект було розглянуто вченими, як базовий засіб розвитку особистості аутичного спектру. Корисним він вбачається і для роботи з дітьми з мовленнєвими порушеннями і лише поодинокі дослідження в науковому обігу є щодо дітей з порушеннями слуху. Ці дослідження виглядають як перспектива майбутніх наукових розвідок, рекомендацій щодо дослідження означеної проблематики, а не як констатовані факти. У роботі було здійснено спробу вперше використати невербальний інтелект як структуру, яка слугує допоміжним елементом у спілкуванні дітей з порушеннями слуху, зокрема із кохлеарними імплантами, а не лише як спосіб вимірювати рівень інтелекту у людини шляхом зображень (невербальних символів), як механізм становлення в соціумі зростаючої особистості дошкільники з особливими освітніми потребами, як утворення, яке допоможе у процесах соціалізації. Від так, науковий фокус спрямовано на дослідження феномену невербального інтелекту через створення його структури та комплексу психодіагностичних процедур.

Соціокультурна теорія К. Хорні зробила значний внесок і сприяла розвитку питань та/або досліджень соціоадаптаційних аспектів в житті особистості, яким на нашу думку є невербальний інтелект. Вчена наголошувала на важливості

врахування соціальних, культурних, розвиткових контекстів під час вивчення психічного, інтелектуального та емоційного здоров'я та розвитку особистості, що у подальшому дало можливість ще більше концентруватися на індивідуальності, а не на атиповості [47]. Саме підхід К. Хорні акцентує увагу на основних компонентах, які необхідно формувати у нормотипових та атипових дітей, як провідні компетентності для соціальної адаптації. Серед таких основних елементів є універсальність, або автор її називає «порозумілість». Соціалізація має проходити у дітей з різним освітніми потребами за умов отримання одних і тих самих знань, засвоєння основних компетентностей але шляхи, методи надання цих знань, інформації можуть бути різними. Тут важливо підкреслити, що автор вважає це «нормальним», «природним». Так, дитина, що має проблеми із зором не може бути закрита вдома. Вона теж вивчатиме цей світ, іншою мовою, перцептивним шляхом. Дитина з порушеннями слуху має ті ж права і можливості, що нормотипова але способи пізнання і освоєння світу у всіх будуть різними. У нашому дослідженні велику роль у цьому надається саме невербальному інтелекту, який є одним із типів інтелекту, які широко почали досліджуватися в наукових спільнотах, який є «провідником» дитини з особливими потребами в нормотиповий світ.

Дослідження Г. Гарднера є підґрунтям, яке дало змогу переконатися у правильності та логічності наукової думки. Науковець виокремив 9 типів інтелекту, які є поміжними у розвитку кожної особистості. Кожний тип інтелекту допомагає розкривати потенціал особистості. Ця концепція підкреслює важливість індивідуальних відмінностей у навчанні та розвитку, відкриваючи нові перспективи для освіти та самопізнання. Важливо зазначити, що сам Г. Гарднер не використовував термін «невербальний інтелект» у своїх роботах. Його модель включає типи інтелекту, що виявляються через невербальні канали, такі як візуально-просторовий (здатність сприймати та маніпулювати об'єктами в просторі) та тілесно-кінестетичний (здатність контролювати рухи тіла та використовувати його для вирішення завдань) [160]. Однак, сучасні дослідження когнітивних здібностей часто оперують поняттям «невербальний інтелект»,

об'єднуючи під ним різні аспекти немовленнєвого мислення, включаючи сприйняття, просторову орієнтацію, розпізнавання емоцій та соціальні сигнали.

Українська науковиця І. Мартиненко [85], у власному дослідженні розглядає проблему розвитку комунікативної діяльності дітей старшого дошкільного віку із системними порушеннями мовлення. Авторка досліджує стан сформованості комунікативного арсеналу таких дітей та визначає його вплив на їхню комунікативну діяльність. Нею встановлено, що діти із системними порушеннями мовлення мають труднощі у спілкуванні як на базовому, так і на операційному рівнях. Це проявляється у недостатній комунікативній ініціативності, стереотипності та ригідності у взаємодії, а також у труднощах із входженням у контакт і його розвитком.

Авторка пропонує психологічну систему розвитку комунікативної діяльності дітей з системними порушеннями мовлення, важливою складовою якої є розвиток комунікативного потенціалу. Комунікативний потенціал розглядається як індивідуально-своєрідна система комунікативних задатків дитини, яка може бути актуалізована завдяки активності суб'єкта спілкування. Система психокорекційного впливу передбачає роботу з дітьми, організацію середовища, роботу з психологом, вихователями та батьками. Особлива увага приділяється розвитку комунікативних рис особистості, таких як гуманістична спрямованість, лідерські якості, організаторські здібності, креативність, прагнення до співробітництва. Авторка вважає, що розвиток комунікативного потенціалу дітей з системними порушеннями мовлення є важливим завданням, яке потребує комплексного підходу та співпраці фахівців різного профілю.

Важливо підкреслити, що досліджуючи невербальний інтелект у дошкільників з кохлеарними імплантами, було встановлено низку основоположних напрямів, на які він впливає. Він є основоположним у роботі з дітьми з атиповим розвитком та відповідає за успішність реалізації багатьох аспектів їхнього розвитку.

Кожна дитина з особливими освітніми потребами потребує індивідуального підходу. Дослідження українських вчених, таких як Н. Ярмола, В. Засенко,

А. Душка, С. Литовченко, Л. Прохоренко, О. Хохліна В. Шевченко, дозволили розкрити багатогранність потреб дітей з різними порушеннями, зокрема з кохлеарними імплантами [27], [28], [40], [41], [78], [109], [126], [133], [138]. Завдяки їхнім роботам, ми розуміємо, що успішна реабілітація та розвиток дітей можливі лише за умови комплексного підходу, який враховує їх індивідуальні особливості та потреби. Розвиток невербального інтелекту у дошкільників з кохлеарними імплантами є багатогранним процесом, який тісно пов'язаний з формуванням загальних пізнавальних здібностей, розвитком мовлення, соціалізацією та успішним включенням дитини в освітній процес.

Таким чином, невербальний інтелект є важливим інструментом для забезпечення всебічного розвитку дітей з атиповим розвитком, зокрема з кохлеарними імплантами. Його розвиток сприяє підвищенню якості життя цих дітей та розширенню їхніх можливостей для успішної соціальної адаптації.

У численних дослідженнях української та зарубіжної психології й педагогіки простежуються тенденції до необхідності формування різних типів інтелекту, як запоруки розвитку особистості [72]. Встановлено, що від рівня сформованості та привалювання того чи іншого інтелекту в структурі особистості залежить успішність, продуктивність будь-якої діяльності (О. Вовченко, Ю. Номировська, О. Онопрієнко, О. Петрук, Л. Прохоренко та інші), зокрема й соціальної адаптації [10], [103].

Вчені зазначають, що відсутність сформованості або низький рівень невербального інтелекту на етапі дошкільного віку, у старшому шкільному можна призвести до складнощів у навчальній діяльності, які проявляються в негативних наслідках; порушення у взаєминах з однокласниками, батьками, вчителями (або повна відсутність комунікативних процесів); емоційні порушення; зниження та повна відсутність процесів комунікабельності, емоційної стійкості, емпатійності, здатності до самоконтролю, соціальної сміливості; підвищення показників тривожності, емоційної збудливості, особистісної закритості. Труднощі, які

можуть бути пов'язані із формування різних типів інтелекту та їх впливів на особистість дитини досліджували Л. Осницька, Г. Педешко та інші.

Вирішення проблем майбутньої соціалізації шляхом формування певного типу інтелекту, зокрема невербального розкрито в дослідженнях Я. Кандзюби, А. Лимаря, емоційного інтелекту С. Бадер, К. Борисенко, О. Вовченко, соціального С. Харченко, .І. Валюшко, В. Зарівчатська, О. Іванова, К. Калініна, В. Косина, Н. Лагода, Є. Семенюк [6], [126].

Встановлено, що категорія «невербальний інтелект» має структуру, яка розкривається через умови, чинники його функціонування, компоненти та рівні формування. Істотною відмінністю формування невербального інтелекту у дошкільників з типовим та атиповим розвитком (*далі нормотипові та атипові*) є специфіка формування адекватних поведінкових реакцій в соціальній сфері (О. Хохліна), здатність та контролю афективної сфери (Г. Астремська, Л. Ганіч, Н. Королько, Ю. Максименко, Н. Макарчук, Л. Метієва, Н. Стадненко та інші).

Варто підкреслити, що структура категорії «невербальний інтелект» незалежно від нозологічних груп, була представлена ще у роботах зарубіжних вчених, що визначалась через комбінацію розвитку особистісних та середовищних елементів. У дослідженні Л. Мотрон [191], було виявлено, що індивіди з розладами аутистичного спектра демонструють підвищену ефективність у візуальній обробці інформації, характеризуючись гостротою зорового сприйняття деталей, впізнавання образів та візуальної пам'яті. Подальші дослідження підтверджують важливість невербального інтелекту для когнітивного розвитку також у дітей з мовленнєвими порушеннями. У цій групі спостерігається диспропорція між вербальними та невербальними здібностями, що вимагає цілеспрямованої корекційної роботи з розвитку невербальних компонентів інтелекту. У власному дослідженні Д. Бішоп акцентує увагу на важливості невербальних комунікативних засобів для дітей з мовленнєвими розладами. Автор стверджує, що використання жестів, міміки та інших невербальних сигналів є ефективним способом компенсації вербальних дефіцитів та сприяє соціальній адаптації цих дітей [146].

Це дало нам змогу, підтвердити наше припущення про важливість окремого розвитку невербального інтелекту у дітей з різними особливостями розвитку. Розвиток невербальних здібностей є невід'ємною частиною загального розвитку дитини і має значний вплив на успішність навчання, соціальну адаптацію та якість життя. Наші результати свідчать про те, що цілеспрямована корекційно-розвиткова робота, спрямована на стимуляцію невербальних функцій, може сприяти подоланню труднощів, пов'язаних з різними порушеннями.

Невербальний інтелект ми визначаємо як систему спілкування, когнітивної активності дошкільника, які формуються під впливом об'єктивних і суб'єктивних факторів соціального середовища. Під об'єктивними факторами ми розглядаємо соціально-спрямовані стимули впливу на розвиток та формування особистості (родинне виховання, навчально-виховний, корекційно-розвитковий). Під суб'єктивними факторами – стан розвитку та сформованості когніцій, афектів, мотивів та волі. Об'єктивні фактори виступають умовами формування невербального інтелекту. Суб'єктивні фактори – це ті змінні, які, згідно наших міркувань, потребують експериментального підтвердження та розглядаються нами як чинники. Саме чинники є змістом, сутністю формування невербального інтелекту.

За результатами теоретичного аналізу встановлено, що на сьогодні немає спеціальних досліджень невербального інтелекту у старших дошкільників з кохлеарними імплантами, що дає підстави для розроблення експериментальної моделі. Цю модель було покладено в основу констатувального експерименту (рис. 2.1.1.). Результати констатувального експерименту мають важливе практичне значення для педагогів, психологів та батьків, які працюють з дітьми з кохлеарними імплантами. Вони дозволять краще розуміти особливості розвитку невербального інтелекту у цієї категорії дітей та розробити ефективні методи корекційно-розвиткової роботи.

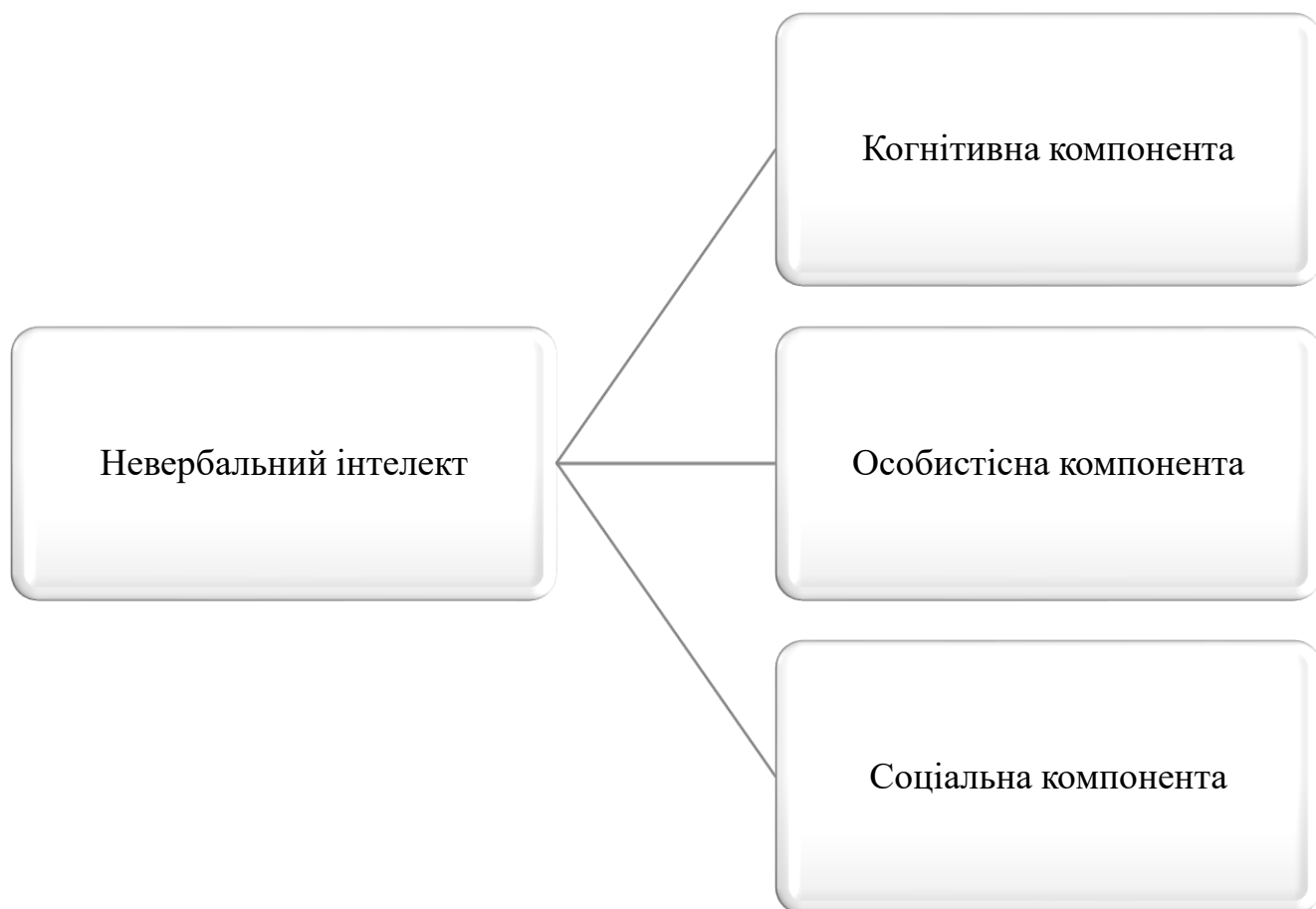


Рис. 2.1.1. Практична модель невербального інтелекту дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантатами.

Метою констатувального дослідження є виявлення та експериментальна перевірка компонент невербального інтелекту у старших дошкільників з кохлеарними імплантатами.

Мету констатувального дослідження було реалізовано поетапним вирішенням наступних завдань:

1. Визначити основні чинники формування невербального інтелекту у дошкільників із кохлеарними імплантатами.
2. Констатувати стан та специфіку функціонування невербального інтелекту у дошкільників із кохлеарними імплантатами через виявлення компонент та рівнів проявленості.

3. Визначити умови, що впливають на формування невербального інтелекту у дошкільників з кохлеарними імплантами в системі корекційно-розвиткової допомоги, психологічного супроводу.

Для розв'язання окреслених завдань і забезпечення достовірності положень та висновків нами було використано загальнонаукові та специфічні методи дослідження. Серед них:

– **теоретичні:** загальнонаукові (аналіз, синтез, індукція і дедукція, порівняння, аналогія, зіставлення, протиставлення, систематизація, класифікація, типологізація, узагальнення) для вивчення зарубіжних та вітчизняних досліджень; історико-логічний (вивчення теоретичних засад дефініції «невербальний інтелект», «типу інтелекту», «розвиток особистості», «кохлеарна імплантація», «психологічний супровід»); метод термінологічного аналізу (вивчення наукових категорій та базових понять дослідження); наукової інтерпретації (для виявлення сутності, виокремлення першочергового у вивченні наукової категорії, розкритті тенденцій та закономірностей генези «невербального інтелекту»); моделювання (структурнофункціональне) – для побудови моделей (систем) у процесі дослідження; контекстний та прогностичний метод (з метою актуалізації та імплементації набутого досвіду із загальної, педагогічної, вікової, особистісної психології досліджень невербального інтелекту у досвід та практику спеціальної психології, формулювання рекомендацій щодо психологічної допомоги та психологічного супроводу дошкільників із кохлеарними імплантами, їх батькам (опікунам) (*зокрема і за умов воєнного періоду також*);

– **емпіричні:** діагностичні (тестові та проєктивні методики); спостереження, вивчення результатів діяльності, аналіз медико-психолого-педагогічної документації, спостереження, бесіди, інтерв'ю; порівняльно-зіставний метод; формувальний експеримент з використанням методів психокорекції ;

– **математичні:** якісний та кількісний аналіз емпіричних показників з використанням методів математичного аналізу.

Психологічна діагностика з встановлення компонентів невербального інтелекту та їх рівнів проходила за III напрямками:

І напрям – діагностика когнітивної компоненти що виконано за допомогою: методика Дж. Равена «Прогресивні матриці Равена» [188]; методика С. Коробко, О. Коробко «Коректурна проба», що є рисунковою адаптацією методики Б. Бурдон «Коректурна проба» [95]; методика С. Кооса «Кубики Кооса» [129]; методика Е. Сегена «Дошки Сегена» [25]; тест Корсі на відтворення послідовності блоків (Corsi Block Tapping Test) [194]. (Табл. 2.1.1.)

Таблиця 2.1.1. Методики діагностики когнітивної компоненти невербального інтелекту дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами

Інструментарій діагностики когнітивної компоненти		
<i>Складові</i>	Основна методика	Варіативні методики*
Оцінка рівня IQ	Методика Дж. Равена «Прогресивні матриці Равена»	Шкала невербальних здібностей Векслера (Wechsler Nonverbal Scale of Ability) [220]
Увага	Методика С. Коробко, О. Коробко «Коректурна проба»	Методика «Переплутані лінії» [66]
Наочно-дійове мислення	Методика С. Кооса «Кубики Кооса»	Тест «Копіювання групи точок» (тест Керна-Йірасика) [23]
Зорове сприйняття	Методика Е. Сегена «Дошки Сегена»	Тест «Розрізні картинки» [23]
Пам'ять	Тест Корсі на відтворення послідовності блоків (Corsi Block Tapping Test)	Методика «Запам'ятай малюнки» [136]

**Варіативна методика може бути використана у тому випадку, коли дитина використовувала методики із основних, вони були не сприйняті чи за тими чи іншими показниками вони не підійшли в роботі фахівця чи/та дитини*

ІІ напрям – діагностика особистісної компоненти, що здійснено за допомогою таких методик: методика М. Нгуен «Діагностика рівня емоційного інтелекту старших дошкільників»[24]; проєктивна методика «Малюнок людини» [75]; методика «Шкали рівня сформованості «Я-концепції» (модифікації методики вивчення самооцінки Т. Дембо-С.Рубінштейна та модифікацію цієї методики – Т. Габріял «Сходинки самооцінок»): проєктивна методика «Людина під дощем»; методика «Хто я?» за М. Куном; методика Н. Пророк «Вибір навчальних завдань» [65]. (Табл. 2.1.2.)

Таблиця 2.1.2. Методики діагностики особистісної компоненти невербального інтелекту дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантатами

Інструментарій діагностики особистісної компоненти		
<i>Складові</i>	Основна методика	Варіативні методики*
Емоції	1. Методика М. Нгуен «Діагностика рівня емоційного інтелекту старших дошкільників» 2. Проєктивна методика «Малюнок людини»	Методика «Інтерсуб'єктний та інтрасуб'єктний емоційний інтелект (розпізнавання емоцій)» (розробка І. Омельченко) [102]
Я-концепція дитини	1. Методика «Шкали рівня сформованості «Я-концепції» (модифікації методики вивчення самооцінки Т. Дембо-С.Рубінштейна та модифікацію цієї методики – Т. Габріял «Сходинки самооцінок») 2. Проєктивна методика «Людина під дощем»	Анкета №1 «Для виявлення проблем і/або недоліків у вихованні, які можуть виникнути або вже існують на етапі формування Я-концепції дітей дошкільного віку» [60]

Продовження Таблиці 2.1.2.

Мотивація та інтерес	1. Методика «Хто я?» за М. Куном. 2. Методика Н. Пророк «Вибір навчальних завдань»	Модифікована методика О. Белова «Навчально-ігровий майданчик»
----------------------	---	---

III напрям – діагностика соціальної компоненти здійснювалася за допомогою таких методик: проєктивна методика П. Вілсона «Дерево з чоловічками»; методика С. Кауфман «Малюнок родини» [22]; Анкета для освітян «Вивчення соціальної компоненти невербального інтелекту дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами» (5–7 років) (авторська розробка). (Табл. 2.1.3.)

Таблиця 2.1.3. Методики діагностики соціальної компоненти невербального інтелекту дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами

Інструментарій діагностики соціальної компоненти		
Складові	Основна методика	Варіативні методики*
Дитина	Проективна методика П. Вілсона «Дерево з чоловічками»	1. Анкета діагностики та оцінки комунікативного розвитку дитини (І. Марченко) [89]
Батьки	Методика Б. Бернс та С. Кауфман «Кінетичний малюнок сім'ї»	Анкета для батьків щодо оцінки соціальної взаємодії дитини старшого дошкільного віку (5–7 років) (авторська розробка)

Продовження Таблиці 2.1.3.

Освітній простір	Анкета для освітян «Вивчення соціальної компоненти невербального інтелекту дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами» (авторська розробка)	Анкета для вихователів «Особистісна ідентичність дітей старшого дошкільного віку» [115]
------------------	---	--

Психодіагностування з метою дослідження невербального інтелекту у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами здійснювалося з урахуванням принципів побудови експериментального дослідження: системності (дослідження проявів певної сфери особистості у взаємозв'язку з іншими елементами, сферами; моделювання (дослідження об'єкта шляхом створення його моделі, визначення складових і умов функціонування); розвитку (вивчення психічного явища в безперервному розвитку); детермінізму (обумовленість причин виникнення досліджуваного об'єкта).

Відповідно до розробленої моделі, невербальний інтелект розкривається через оцінка рівня IQ, увагу, наочно-дійове мислення, зорове сприйняття, пам'ять, емоції, «Я-концепція», мотивацію та інтерес, дитину, батьків, освітній простір. Тому компонентами невербального інтелекту нами було визначено: когнітивну, особистісну, соціальну (рис. 2.1.2). Взаємозв'язок цих складових забезпечує комплексне формування невербального інтелекту, сприяючи гармонійній інтеграції особистості у соціокультурний простір. Запропонована модель дозволяє здійснювати оцінку рівня сформованості невербального інтелекту на основі визначених компонентів.

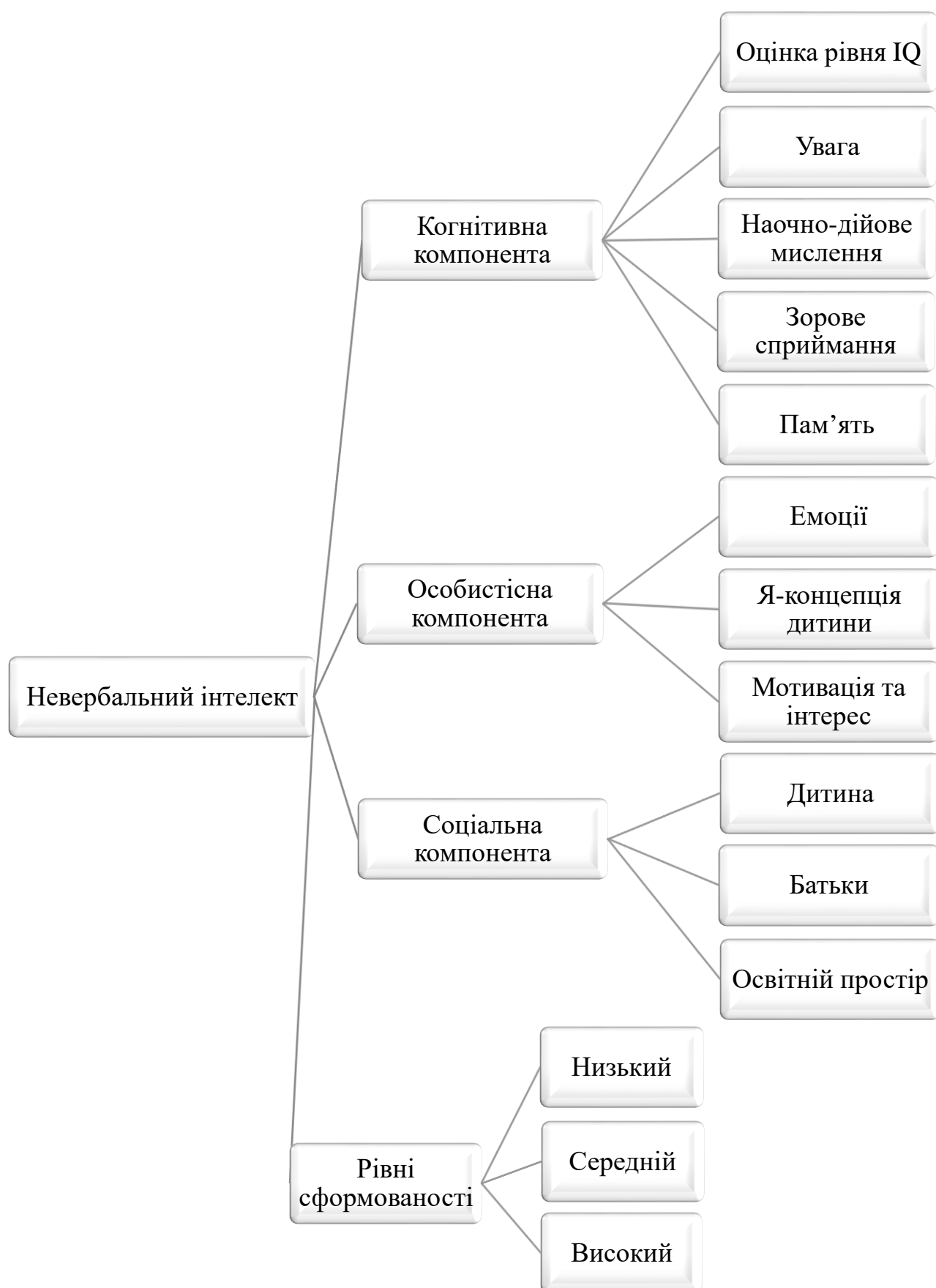


Рис. 2.1.2. Науково-практична модель невербального інтелекту дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантатами

Виявлення стану сформованості невербального інтелекту здійснено відповідно до виділених нами рівнів: високого, середнього, низького. Високий рівень сформованості визначався шляхом отримання високих показників сформованості когнітивної, особистісної, соціальної компонент (Табл. 2.1.4).

Таблиця 2.1.4. Визначення високого рівня сформованості невербального інтелекту у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами

	<i>Виразення стану сформованості складових компоненти</i>		
<i>Компонента</i>	Високий	Середній	Низький
Когнітивна	Фіксуються високі показники за складовими: оцінка рівня IQ, увагу, наочно-дійове мислення, зорове сприйняття, пам'ять.	Рівень не фіксується	Рівень не фіксується
Особистісна	Фіксуються високі показники за складовими: емоції, Я-концепція, мотивацію та інтерес.	Рівень не фіксується	Рівень не фіксується
Соціальна	Фіксуються високі показники за складовими: дитину, батьків, освітній процес.	Рівень не фіксується	Рівень не фіксується

Середній рівень сформованості визначався шляхом співставлення високих показників розвитку когнітивної компоненти і середніх показників особистісної та соціальної компоненти (Табл. 2.1.5.).

Таблиця 2.1.5. Визначення середнього рівня сформованості невербального інтелекту у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами

	<i>Виразення стану сформованості складових компоненти</i>		
<i>Компонента</i>	Високий	Середній	Низький
Когнітивна	Фіксуються високі показники за складовими: оцінка рівня IQ, увагу, наочно-дійове мислення, зорове сприйняття, пам'ять.	Рівень не фіксується	Рівень не фіксується
Особистісна	Рівень не фіксується	Фіксуються середні показники за складовими: емоції, Я-концепція, мотивацію та інтерес.	Рівень не фіксується
Соціальна	Рівень не фіксується	Фіксуються середні показники за складовими: дитину, батьків, освітній процес.	Рівень не фіксується

Низький рівень сформованості визначався шляхом співставлення низьких показників сформованості когнітивної, особистісної, соціальної компонент (Табл. 2.1.6.)

Таблиця 2.1.6. Визначення низького рівня сформованості невербального інтелекту у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами

	<i>Виразення стану сформованості складових компоненти</i>		
<i>Компонента</i>	Високий	Середній	Низький
Когнітивна	Рівень не фіксується	Рівень не фіксується	Фіксуються низькі показники за складовими: оцінка рівня IQ, увагу, наочно-дійове мислення, зорове сприйняття, пам'ять.
Особистісна	Рівень не фіксується	Рівень не фіксується	Фіксуються низькі показники за складовими: емоції, Я-концепія, мотивацію та інтерес.
Соціальна	Рівень не фіксується	Рівень не фіксується	Фіксуються низькі показники за складовими: дитину, батьків, освітній процес.

Зважаючи на специфіку дослідження, зокрема вік досліджуваних дітей (дошкільники) та статус (дитина з кохлеарними імплантами) нами було окреслено основні напрями діагностичного обстеження, а саме:

- когнітивну (оцінка рівня IQ, увагу, наочно-дійове мислення, зорове сприйняття, пам'ять);
- особистісна (емоції, Я-концепія, мотивація та інтерес);
- соціальна (дитину, батьків, освітній процес).

Експериментальна робота (діагностичний, корекційний етапи) виконувалася упродовж 2022 – 2024 років на базі спеціальних загальноосвітніх закладів (інклюзивних груп у закладах дошкільної освіти, підготовчі групи на базі спеціальних шкіл для дітей з порушеннями слуху), реабілітаційних центрів та загальноосвітніх закладів. Результати дослідження були представлені та

залучені у практику Комунального закладу «Інклюзивно-ресурсний центр» Вишгородської міської ради Київської області; Навчально-реабілітаційного центру «Надія» Вишгородської міської ради Київської області; Одеську спеціальну школу № 75, місто Одеса, Одеська область; Комунального закладу вищої освіти «Дніпровська академія неперервної освіти» Дніпропетровської обласної ради, місто Дніпро, Дніпропетровська область; «Інклюзивно-ресурсний центр» Романівської селищної ради Житомирського району Житомирської області; Приватну установу «Заклад вищої освіти «Міжнародний гуманітарно-педагогічний інститут «Бейт-Хана», місто Дніпро, Дніпропетровська область; Одеського національного університету імені І.І. Мечникова, місто Одеса, Одеська область; Хмельницьку спеціальну загальноосвітню школу № 33, міста Хмельницький, Хмельницька область; Вишгородського міського комунального дошкільного навчального закладу (ясла-садок) «Чебурашка», місто Вишгород, Київська область; Інклюзивно-ресурсний центр № 10 Шевченківського району міста Києва.

Різними видами дослідно-експериментальної роботи було охоплено 21 дитину старшого дошкільного віку з кохлеарним імплантами (5-7 років), 16 дітей молодшого шкільного віку з кохлеарними імплантами (8 років) та 92 дитини старшого дошкільного віку з нормотиповим розвитком із закладів міста Києва, міста Вишгород, міста Одеса, смт. Романів, міста Хмельницький.

2.2. Психологічний аналіз когнітивної компоненти невербального інтелекту

Формування когнітивного компонента невербального інтелекту забезпечується функціонуванням системи складових, що визначені нами через виокремлення п'яти основних: оцінка рівня IQ, увага, наочно-дійове мислення, зорове сприйняття, пам'ять.

У процесі розвитку дітей дошкільного віку поступово формується здатність переходити від сприйняття зовнішніх ознак предметів і явищ до усвідомлення їхніх суттєвих властивостей та взаємозв'язків. Як зазначають Т. Саєнко та Ю. Смолянко,

інтелектуальний розвиток дитини пов'язаний із формуванням вміння аналізувати, міркувати й оперувати знаннями, що є основою для становлення теоретичного мислення [116].

У процесі психодіагностики ми зосередилися на виявленні стану сформованості та оцінці рівня IQ, яке було здійснено методикою Дж. Равена «Прогресивні матриці Равена» [188]. Оскільки формування інших типів інтелекту або перехід на інший рівень розвитку у дитини з порушеннями слуху не можливий без зміни змісту, а саме: компенсувати обмеження сенсорного досвіду, спричинені дефіцитом слухової інформації (активізація інших сенсорних каналів (зір, дотик) через організацію різноманітної практичної діяльності (маніпуляції з предметами, дослідження навколишнього середовища) сприятиме формуванню повноцінних образів, понять та уявлень про світ).

За результатами кольорових проб нами не виявлено високого рівня (результати понад 95 балів). (Рис. 2.2.1.).

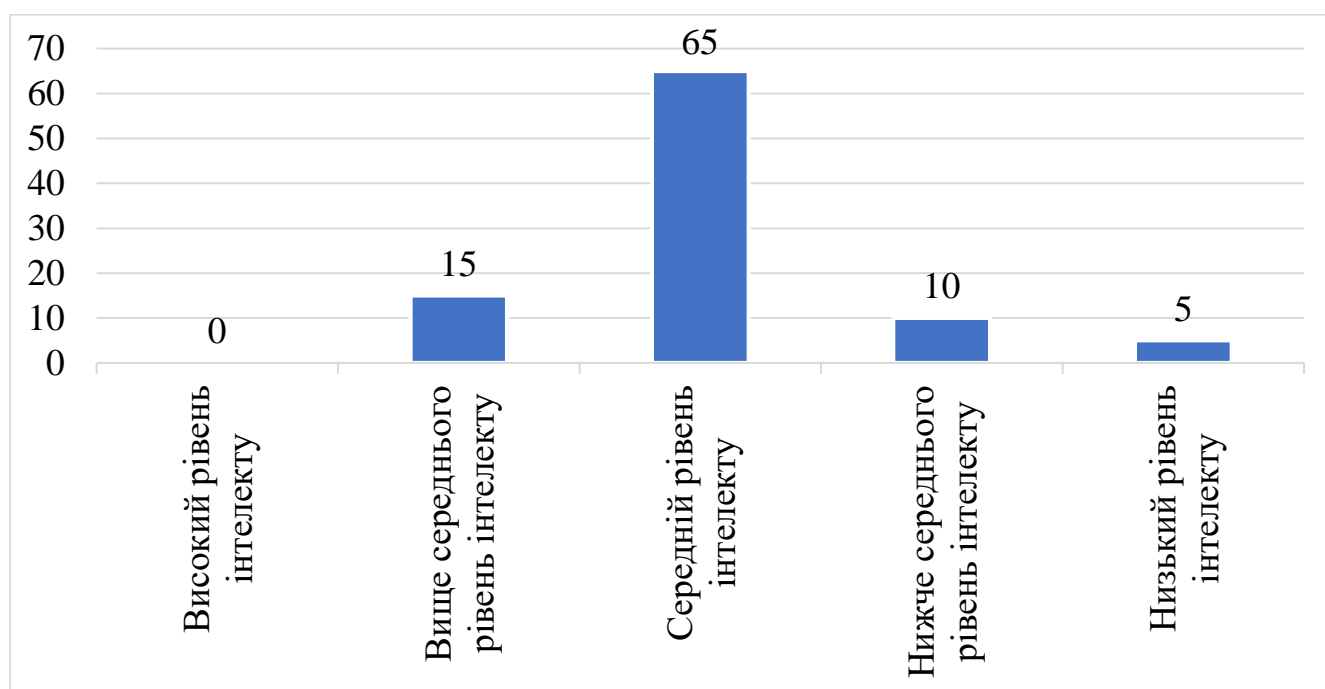


Рис. 2.2.1. Рівень сформованості IQ дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами за методикою Дж. Равена «Прогресивні матриці Равена» (у %)

Встановлено у 15% дітей старшого дошкільного віку з КІ рівень вище середнього, який характеризується оцінками у діапазоні від 75 до 94 балів, у 65% – рівень середній (результат 25-74%), у 10% – рівень нижче середнього (результат від 5-24%) та було зафіксовано показник у 5%.

У дітей молодшого шкільного віку з кохлеарними імплантатами було встановлено дещо інакші показники: високий рівень у 5%, вище середнього рівня інтелект зафіксовано у 20%, середній – у 65%, нижче середнього у – 10%. Водночас низький рівень у 10% дітей вказує на необхідність більш ретельного індивідуального підходу в корекційній роботі спрямованій на стимуляцію пізнавальних процесів. (Рис. 2.2.2.).

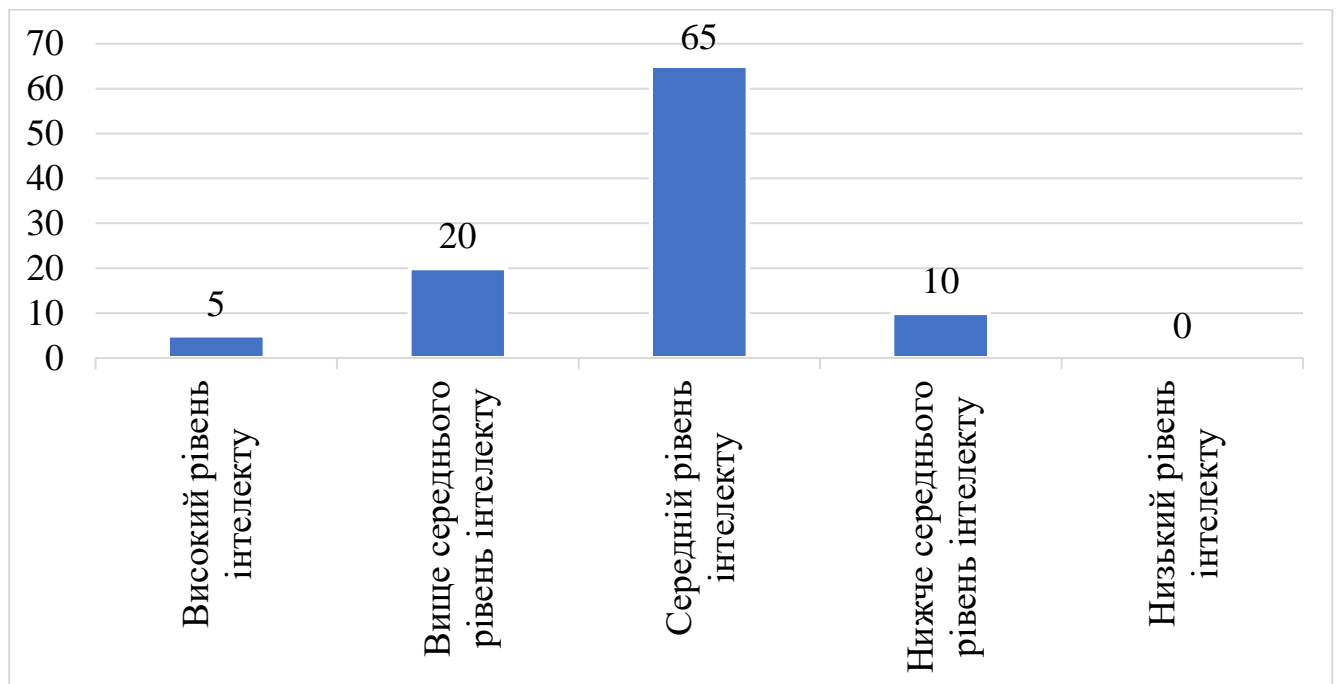


Рис. 2.2.2. Рівень сформованості IQ дітей молодшого шкільного віку з кохлеарними імплантами за методикою Дж. Равена «Прогресивні матриці Равена» (у %)

Діти старшого дошкільного віку з нормотиповим розвитком також показали переважання середнього та вище середнього рівня інтелекту: 15% – високий рівень, 30% – вище середнього та 55% – середній рівень (Рис. 2.2.3.).

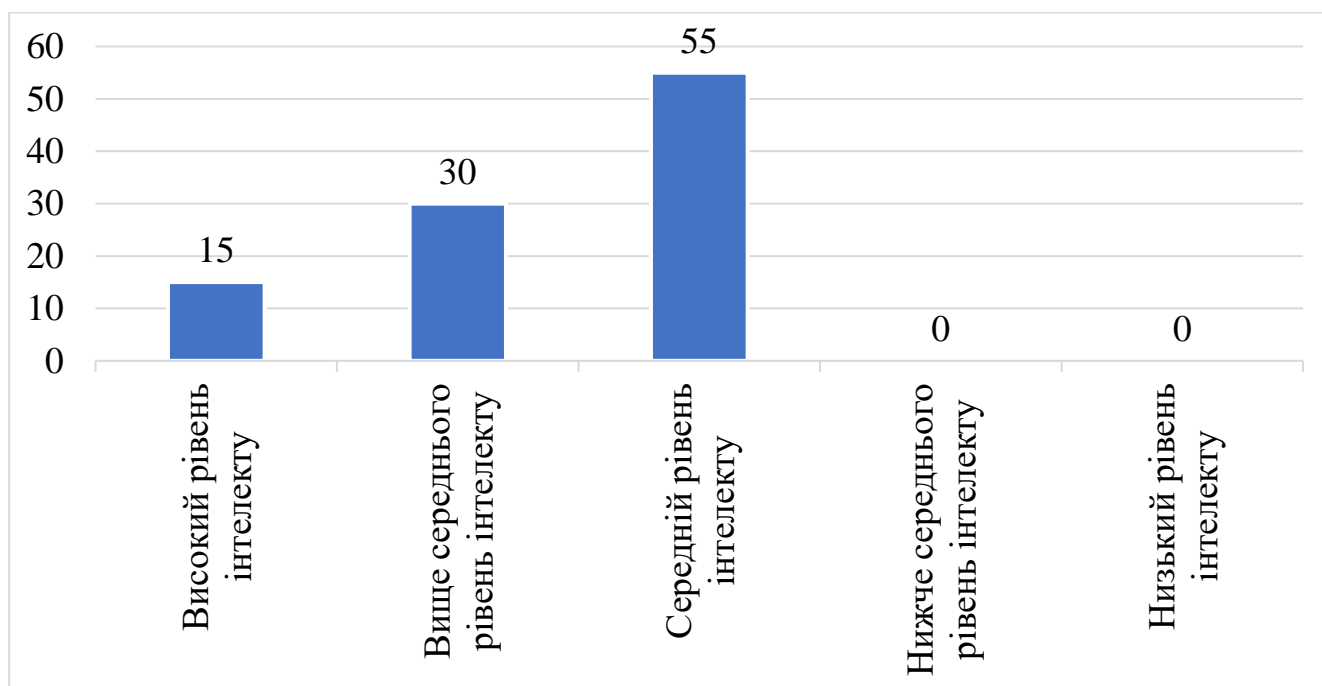


Рис. 2.2.3. Рівень сформованості IQ дітей старшого дошкільного віку з нормотиповим розвитком за методикою Дж. Равена «Прогресивні матриці Равена» (у %)

Аналіз отриманих даних дозволив виявити наступні закономірності, що відображають особливості рівня інтелекту в різних груп дітей (табл. 2.2.1.)

Таблиця 2.2.1. Рівень інтелекту в дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами, дітей старшого дошкільного віку з нормотиповим розвитком та у дітей молодшого шкільного віку з кохлеарними імплантами за результатами методики «Прогресивні матриці Равена» (у%)

Рівні	Високий рівень інтелекту	Вище середнього рівень інтелекту	Середній рівень інтелекту	Нижче середнього рівень інтелекту	Низький рівень інтелект
Категорії дітей					
Діти старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами	0	15	65	10	5

Продовження Таблиці 2.2.1.

Діти молодшого шкільного віку з кохлеарними імплантами	5	20	65	10	0
Діти старшого дошкільного віку з нормотиповим розвитком	15	30	55	0	0

Вчені О. Вовченко, В. Жук, С. Кульбіда, Т. Ларухіна, В. Литвинова, С. Литовченко, В. Литовченко, Г. Міськов, О. Рибак, О. Таранченко [13], [72], зазначають, що діти з порушеннями слуху, які не мають інших супутніх психологічних, органічних порушень у дошкільному віці мають такі ж показники інтелектуального розвитку, як і однолітки. Досягаючи 6-7 років у дитини з порушеннями слуху низка показників має характеристики, що близькі до норми. Так, наприклад, за рівнем розвитку наочно-дійового мислення глухі та слабочуючі діти 5-7 років відповідають нормотиповим одноліткам. Така ж відповідність спостерігається й у низки інших показників, як то рівень розвитку образно-зорової, рухової пам'яті [72].

Увагу було досліджено методикою «Коректурна проба» (С. Коробко, О. Коробко), що є рисунковою адаптацією методики Б. Бурдон «Коректурна проба» [95]. Згідно з даними, отриманими за допомогою методики, рівень сформованості уваги у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами має наступний розподіл: дуже високий та високий рівень уваги не був зафіксованим у жодного обстежуваного; середній рівень уваги був констатований у 18% дітей (це свідчить про те, що ці діти здатні утримувати увагу на завданні протягом певного часу, але можуть відволікатися на сторонні подразники): низький рівень уваги виявився у значної частини дітей, а саме у 52% (це вказує на труднощі з

концентрацією уваги, швидко стомлюваність та неможливість тривалого зосередження на виконанні завдань); дуже низький рівень уваги був зафіксований у 30% дітей (такий результат свідчить про значні проблеми з концентрацією уваги, що може негативно впливати на процес навчання та пізнавальну діяльність загалом). (Рис. 2.2.4).

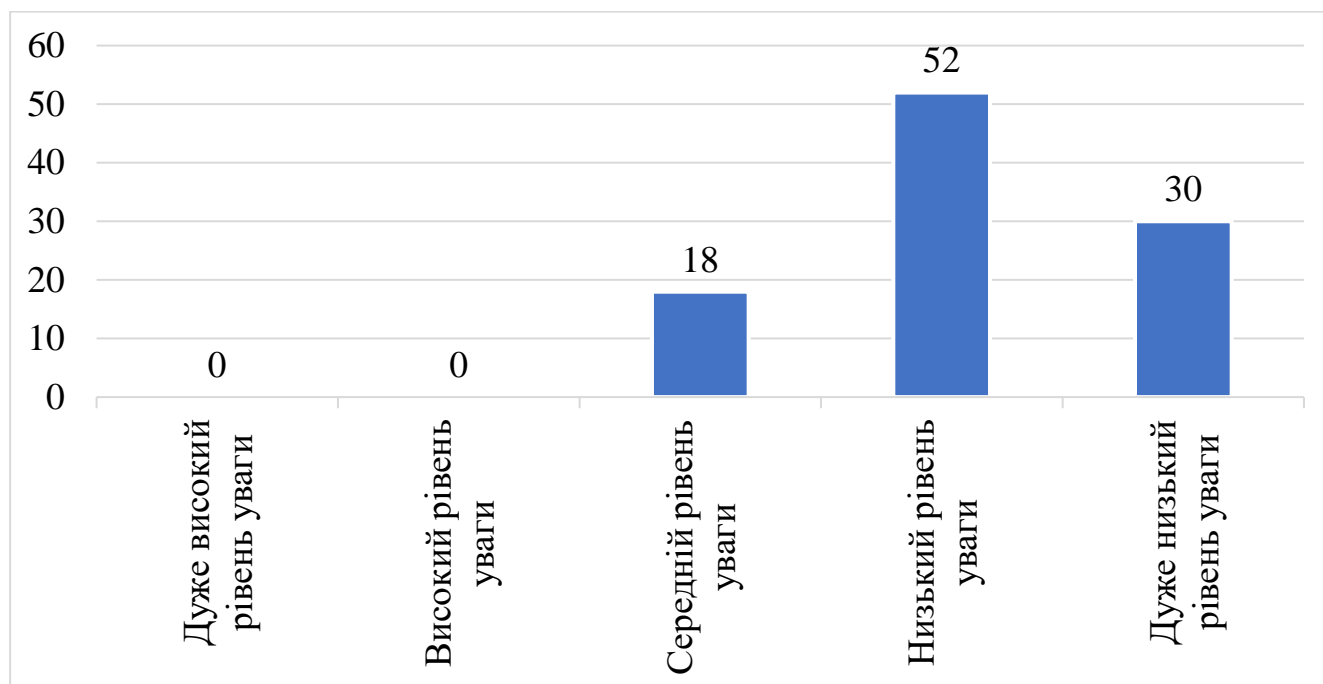


Рис. 2.2.4. Рівень сформованості уваги дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами за методикою С. Коробко, О. Коробко «Коректурна проба» (у %)

За результатами розподілу рівнів сформованості уваги у дітей молодшого шкільного віку, які мають кохлеарні імпланти, виявлено найвищий показник, який зафіксовано на рівні середньої уваги – 60%. Це вказує на те, що більшість дітей цієї вікової групи здатні зосереджуватися на завданні протягом певного проміжку часу, однак можуть відволікатися на сторонні подразники.

Значно менше дітей (24%) продемонстрували високий рівень розвитку уваги. Це свідчить про здатність цих дітей утримувати концентрацію протягом тривалішого часу та ефективніше виконувати складніші завдання. Рівень уваги нижче середнього зафіксований у 16% обстежених дітей. Цей результат вказує на певні труднощі з концентрацією та вимагає додаткової уваги з боку фахівців. Варто

зазначити, що у дослідженні не було виявлено дітей з дуже високим або дуже низьким рівнем розвитку уваги (Рис. 2.2.5).

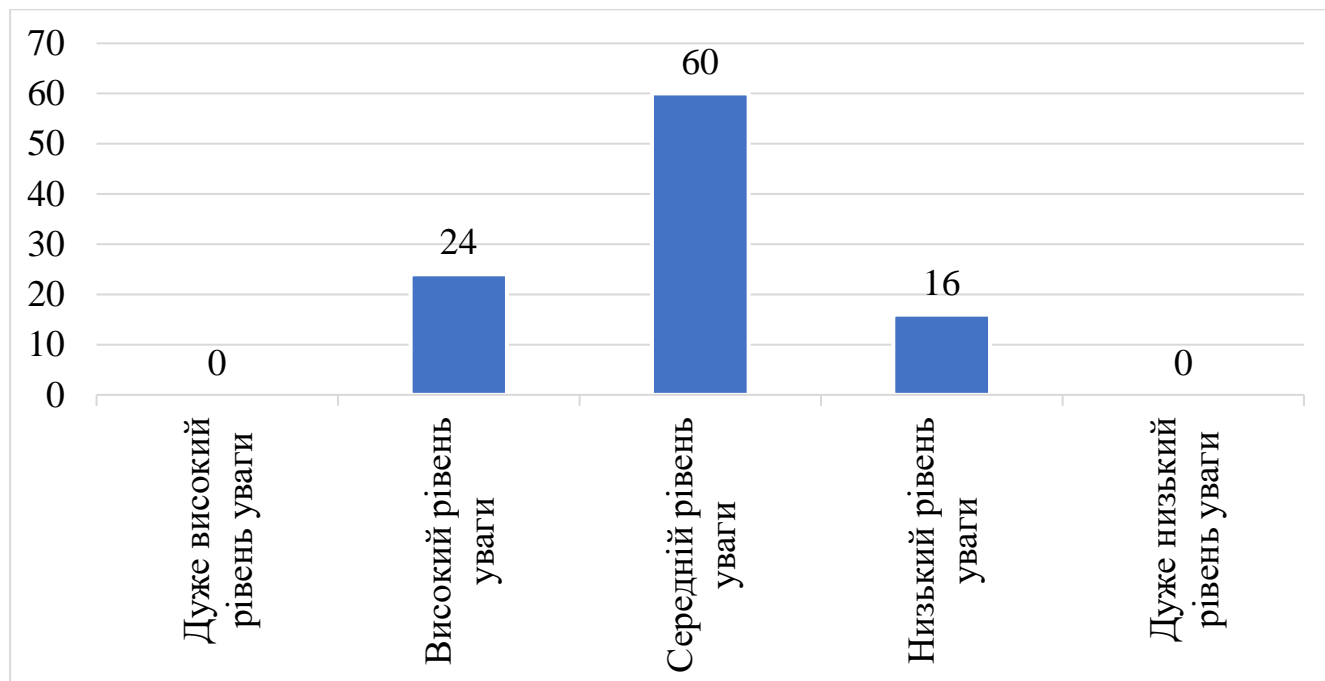


Рис. 2.2.5. Рівень сформованості уваги дітей молодшого шкільного віку з кохлеарними імплантами за методикою С. Коробко, О. Коробко «Коректурна проба» (у %)

Згідно з отриманими даними, рівень розвитку уваги у дітей старшого дошкільного віку з нормотиповим розвитком демонструє наступну динаміку: найбільша кількість дітей (45%) продемонструвала середній рівень розвитку уваги; значно менше дітей (24%) мають високий рівень розвитку уваги (це вказує на здатність цієї групи дітей утримувати концентрацію протягом тривалішого часу та ефективніше виконувати складніші завдання); рівень розвитку уваги нижче середнього зафіксований у 23% обстежених дітей та 8% мають дуже високий рівень уваги. Варто зазначити відсутність дітей з дуже низьким рівнем розвитку уваги в цій вибірці, що може бути зумовлено специфікою вікового періоду старшого дошкільного віку. На цьому етапі розвитку здатність до концентрації уваги вже є достатньо сформованою для виконання базових когнітивних завдань, що пояснює відсутність крайніх варіантів зниженого рівня уваги. Крім того, це може свідчити про ефективність умов розвитку, створених в освітньому середовищі, де увага дітей

поступово адаптується та розвивається за допомогою систематичних навчальних впливів.

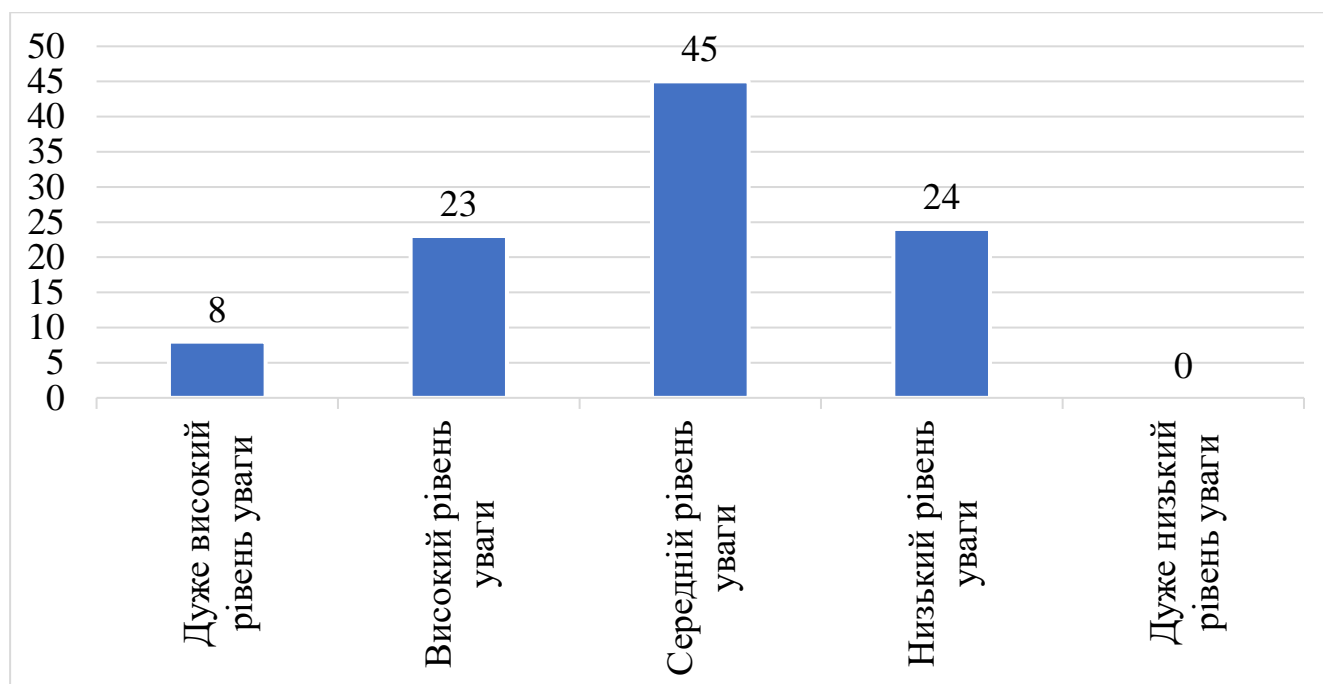


Рис. 2.2.6. Рівень сформованості уваги дітей старшого дошкільного віку з нормотиповим розвитком за методикою С. Коробко, О. Коробко «Коректурна проба» (у %)

Отримані результати є важливим підґрунтям для подальшого аналізу даних. Вони дозволять провести порівняльний аналіз між різними категоріями дітей та виявити більш детальні відмінності у рівні розвитку їхньої уваги (Таблицю 2.2.2.).

Таблиця 2.2.2. Рівень уваги в дітей з КІ в порівнянні з їх нормотиповими однолітками та дітьми молодшого шкільного віку за результатами методики С. Коробко, О. Коробко «Коректурна проба» (у%)

Рівні	Дуже високий рівень уваги	Високий рівень уваги	Середній рівень уваги	Низький рівень уваги	Дуже низький рівень уваги
Категорії дітей					
Діти старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантатами	0	0	18	52	30

Продовження Таблиці 2.2.2.

Діти молодшого шкільного віку з кохлеарними імплантами	0	24	60	16	0
Діти старшого дошкільного віку з нормотиповим розвитком	8	23	45	24	0

Дослідження наочно-дійового мислення методикою С. Кооса «Кубики Кооса» також демонструвало високі бали виконання. Майже всі діти старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами виконували завдання після першої спроби (47%). Були такі, що виконали з другої (53%). Таких дітей, які б не виконали завдання – не було. Був один хлопчик, який виконав завдання після повторення та уточнення інструкції. У дітей старшого дошкільного віку з нормотиповим розвитком досить подібні результати (52% – виконали після першої спроби, 46% – після другої, 2% – не виконали). (Рис. 2.2.7.).

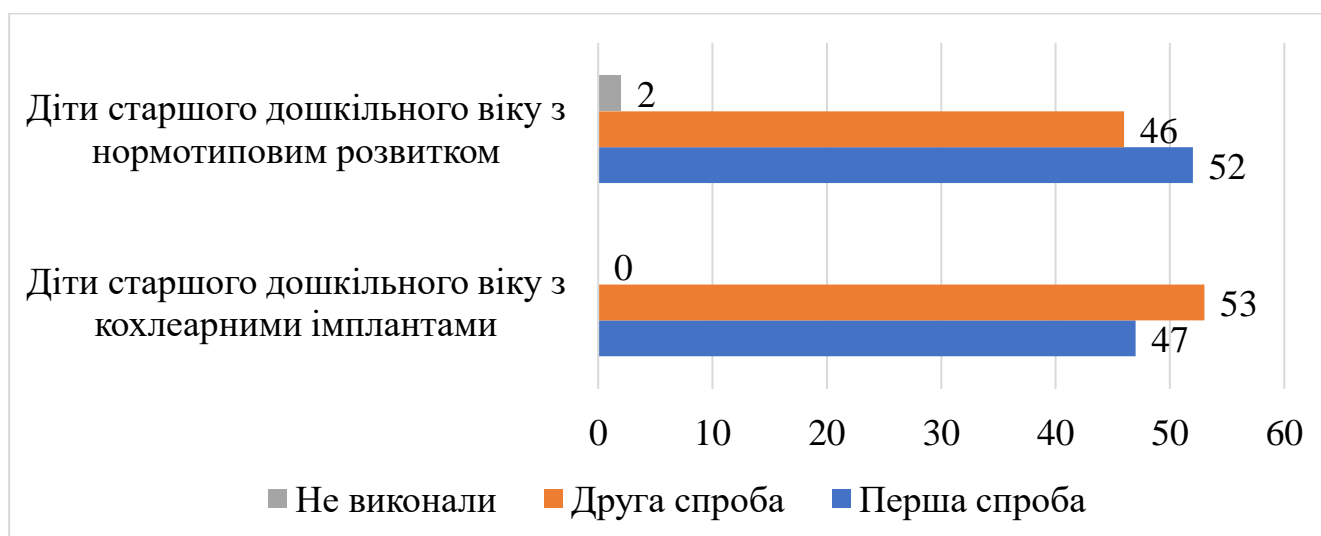


Рис. 2.2.7. Результати дослідження наочно-дійового мислення у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами та дітей старшого дошкільного віку з нормотиповим розвитком за методикою С. Кооса «Кубики Кооса» (у %)

Проведене дослідження за допомогою методики С. Кооса «Кубики Кооса» дозволило оцінити рівень розвитку наочно-дійового мислення у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами (Рис. 2.2.8.). Найбільша кількість дітей (41%) продемонструвала середній рівень розвитку. Значна частина дітей (37%) виявила низький рівень та 22% дітей продемонстрували дуже низький рівень. Відсутність дітей з дуже високим та високим рівнем розвитку.

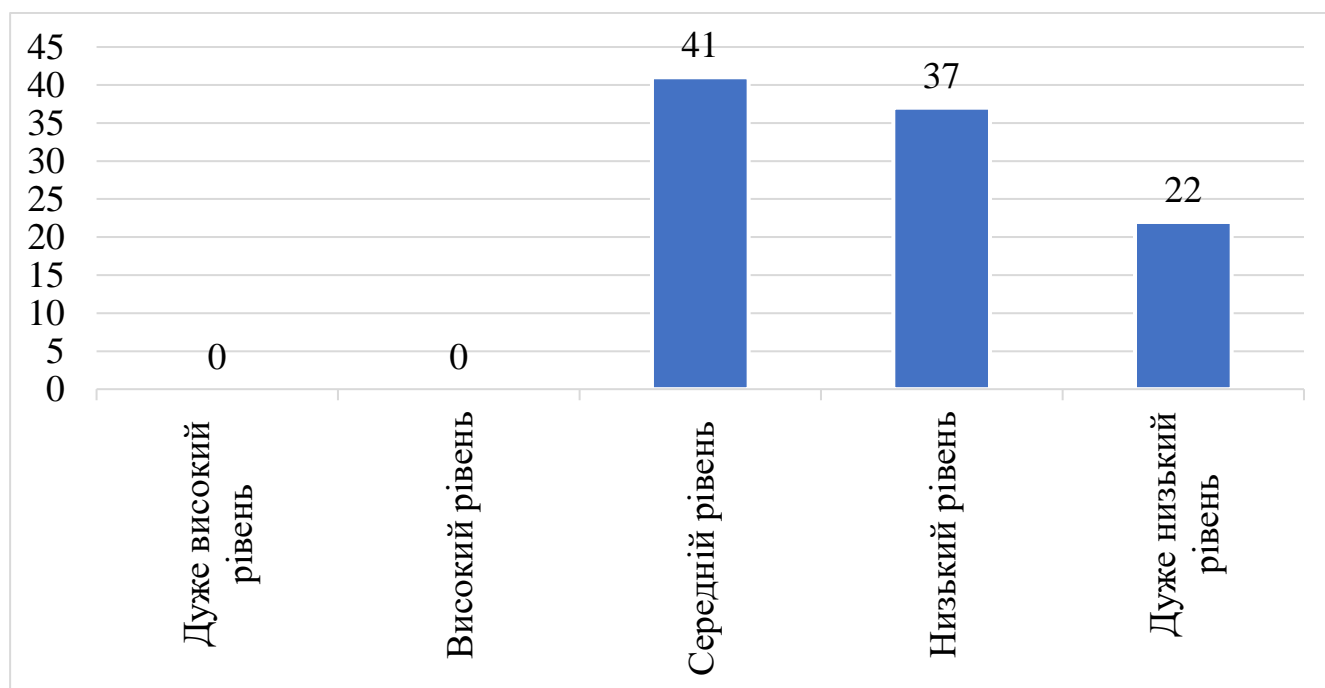


Рис. 2.2.8. Рівень сформованості наочно-дійового мислення дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами за методикою С. Кооса «Кубики Кооса» (у %)

Аналіз результатів, свідчить про те, що більшість дітей молодшого шкільного віку з кохлеарними імплантами мають середній та високий рівень розвитку наочно-дійового мислення. Зокрема, 53% дітей продемонстрували середній рівень розвитку, а 34% – високий. При цьому, лише 13% обстежених показали дуже високий рівень оволодіння даними навичками. Відсутність дітей з низьким та дуже низьким рівнем розвитку наочно-дійового мислення в даній вибірці. (Рис. 2.2.9.).

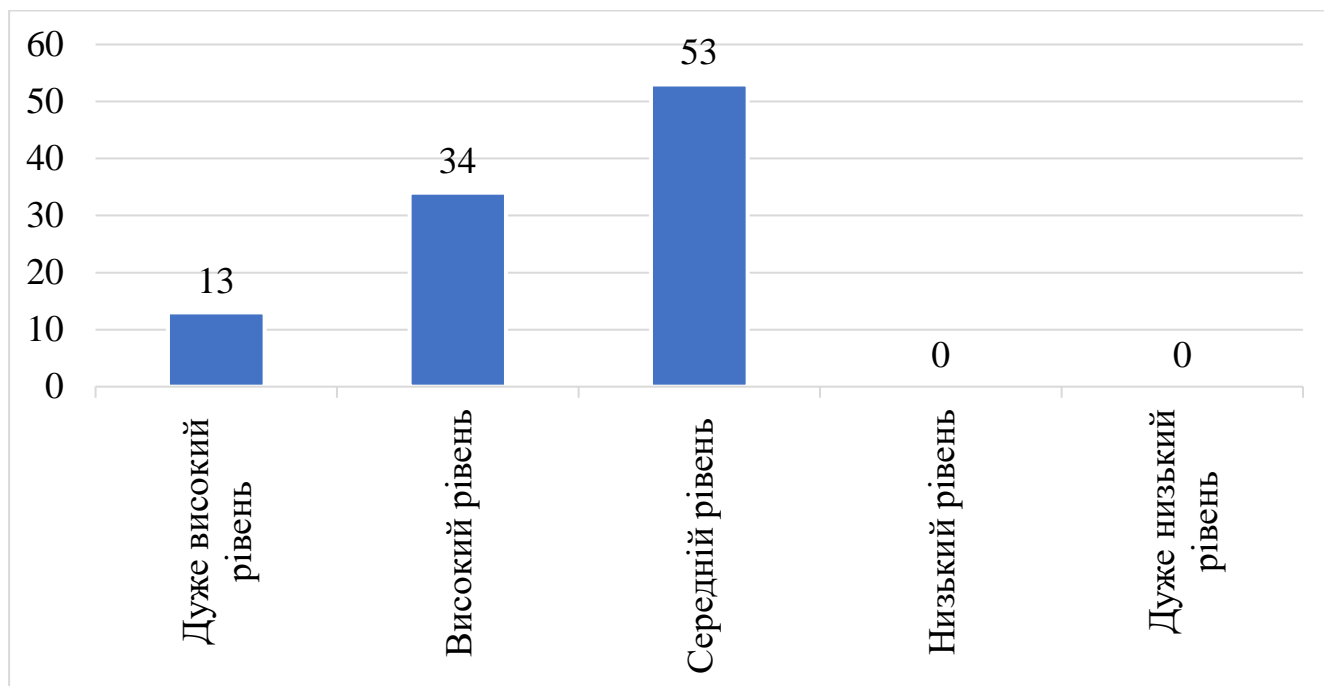


Рис. 2.2.9. Рівень сформованості наочно-дійового мислення дітей молодшого шкільного віку з кохлеарними імплантами за методикою С. Кооса «Кубики Кооса» (у %)

Аналізуючи результати дослідження, проведеного з використанням методики С. Корса «Кубики Кооса», більшість дітей (62%) продемонстрували середній рівень розвитку наочно-дійового мислення. У 20% дітей виявили високий рівень розвитку наочно-дійового мислення, що свідчить про їхні достатньо високі пізнавальні можливості. Ці діти ефективно оперують образами, узагальнюють та класифікують предмети, успішно вирішують завдання, що вимагають використання логічних операцій. Порівняно невелика кількість дітей (18%) продемонструвала дуже високий рівень розвитку наочно-дійового мислення. Можливо, що діти в досліджуваній групі мають відповідні умови для розвитку наочно-дійового мислення, що сприяє досягненню позитивних результатів. Жодного з обстежених дітей не було віднесено до низького або дуже низького рівня розвитку наочно-дійового мислення. Отже, відсутність дітей з низьким рівнем розвитку наочно-дійового мислення може свідчити про загальний позитивний вплив навчального середовища на розвиток когнітивних функцій. (Рис. 2.2.10.).

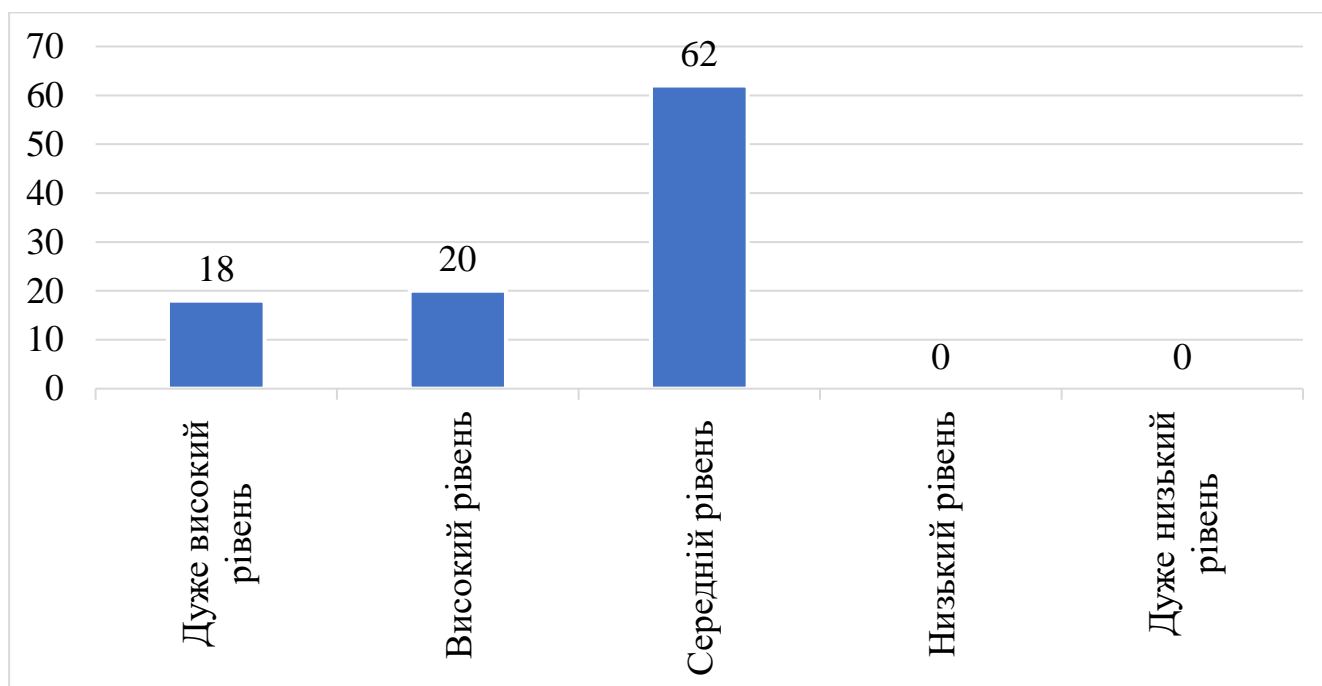


Рис. 2.2.10. Рівень сформованості наочно-дійового мислення дітей старшого дошкільного віку з нормотиповим розвитком за методикою С. Кооса «Кубики Кооса» (у %)

Одним із ключових завдань дослідження було вивчення особливостей розвитку наочно-дійового мислення у дітей з КІ в порівнянні з їх нормотиповими однолітками та дітьми молодшого шкільного віку. Отримані дані дозволяють проаналізувати рівень сформованості у досліджуваних дітей наочно-дійового мислення (табл. 2.2.3).

Таблиця 2.2.3. Рівень наочно-дійового мислення в дітей з КІ в порівнянні з їх нормотиповими однолітками та дітьми молодшого шкільного віку за результатами методики С. Кооса «Кубики Кооса» (у%)

Рівні	Дуже високий рівень	Високий рівень	Середній рівень	Низький рівень	Дуже низький рівень
Категорії дітей	рівень	рівень	рівень	рівень	рівень
Діти старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами	0	0	41	37	22

Продовження Таблиці 2.2.3.

Діти молодшого шкільного віку з кохлеарними імплантами	13	34	53	0	0
Діти старшого дошкільного віку з нормотиповим розвитком	18	20	62	0	0

Для комплексної оцінки когнітивних функцій, зокрема зорового сприйняття, у дослідженні було використано класичну методику Е. Сегена «Дошка Сегена». Завдання, що пропонуються дітям, полягають у вставлянні геометричних фігур у відповідні отвори на дошці. Хорошими результатами вважаються: виражений інтерес до завдання; у роботі з простими елементами завдання використання найбільш продуктивного прийому – зорового співвіднесення деталей з цілою формою; при виконанні більш складних фігур (хрест і шестикутник) – використання «раціональних» проб. Аналіз часу виконання завдань та кількості допущених помилок дозволяє зробити висновки про рівень розвитку зорового сприйняття у досліджуваних. Крім того, увага до деталей, швидкість виконання та здатність до самокорекції є важливими показниками, які дозволяють оцінити не лише рівень зорового сприйняття, але й загальну когнітивну активність дитини. Вивчення взаємозв'язку між результатами тесту та іншими когнітивними показниками допомагає створити більш чітке уявлення про індивідуальні особливості розвитку дітей. Динаміка розвитку зорового сприйняття у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами представлена наступним чином: найбільша кількість дітей (42%) продемонструвала низький рівень розвитку; значна частина дітей (28%) має середній рівень; відносно невелика кількість дітей (20%) продемонструвала високий рівень розвитку; найменша кількість дітей (10%) має дуже низький рівень розвитку; ніхто з досліджуваних не має дуже високого рівня розвитку (Рис. 2.2.11.).

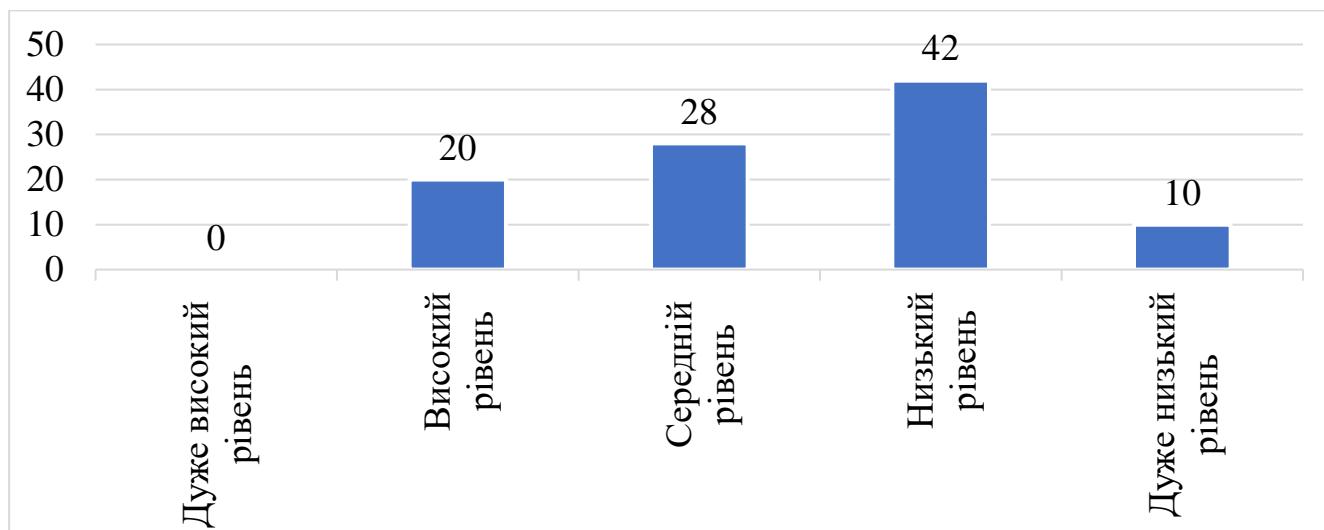


Рис. 2.2.11. Рівень сформованості зорового сприйняття дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами за методикою Е. Сегена «Дошка Сегена» (у %)

На основі отриманих даних дослідження рівня сформованості зорового сприйняття дітей молодшого шкільного віку з кохлеарними імплантами виявлено середній (51%), низький (33%), високий (9%) та дуже високий (7%) рівень розвитку цієї когнітивної функції. Жоден з дітей не отримав дуже низький рівень.

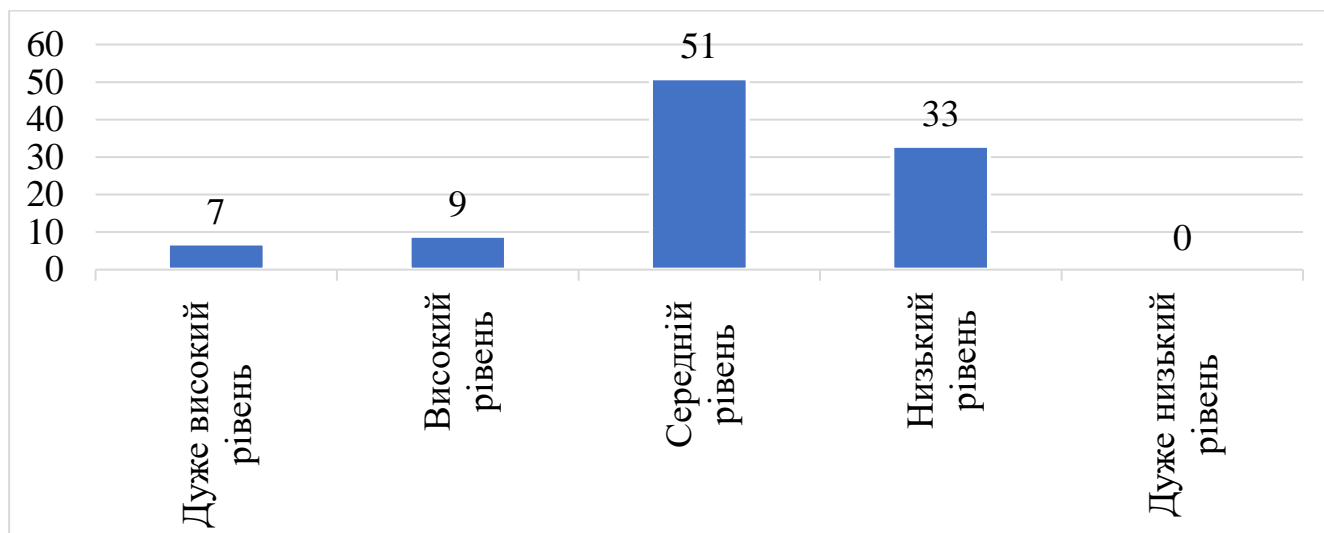


Рис. 2.2.12. Рівень сформованості зорового сприйняття дітей молодшого шкільного віку з кохлеарними імплантами за методикою Е. Сегена «Дошка Сегена» (у %)

Результати дослідження зорового сприйняття у дітей старшого дошкільного віку з нормотиповим розвитком свідчать про переважання середнього рівня розвитку у більшості дітей (60%). Водночас, 27% дітей продемонстрували високий рівень розвитку зорового сприйняття та у 13% дітей виявлено дуже високий рівень розвитку зорового сприйняття. Згідно з результатами діагностики, дітей котрі отримали низький та дуже низький рівень розвитку зорового сприйняття не виявлено, що свідчить про відсутність значних відхилень у розвитку зорових функцій у досліджуваній вибірці (Рис. 2.2.13.).

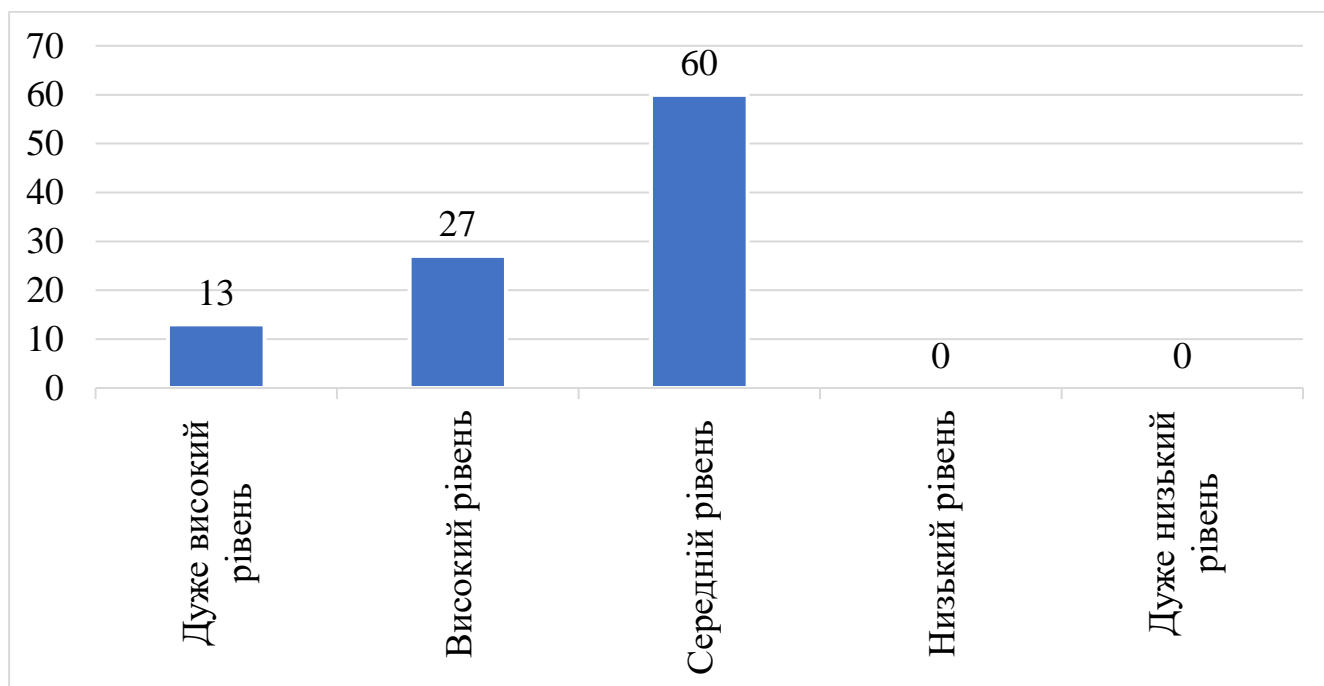


Рис. 2.2.13. Рівень сформованості зорового сприйняття у дітей старшого дошкільного віку з нормотиповим розвитком за методикою Е. Сегена «Дошка Сегена» (у %)

З метою виявлення відмінностей та особливостей у розвитку зорового сприйняття у різних категорій дітей, проведемо порівняльний аналіз даних. (Таблиця 2.2.4). Ця таблиця містить інформацію про рівень розвитку зорового сприйняття у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами, дітей старшого дошкільного віку з нормотиповим розвитком та дітей молодшого шкільного віку з кохлеарними імплантами.

Таблиця 2.2.4. Рівень зорового сприйняття в дітей з КІ в порівнянні з їх нормотиповими однолітками та дітьми молодшого шкільного віку з кохлеарними імплантами за результатами методики Е. Сегена «Дошка Сегена» (у%)

Рівні	Дуже високий рівень	Високий рівень	Середній рівень	Низький рівень	Дуже низький рівень
Категорії дітей					
Діти старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами	0	20	28	42	10
Діти молодшого шкільного віку з кохлеарними імплантами	7	9	51	33	0
Діти старшого дошкільного віку з нормотиповим розвитком	13	27	60	0	0

З метою поглиблення розуміння особливостей формування пам'яті у дітей з КІ, було проведено дослідження, яке охопило три групи: дошкільників з КІ, нормотипових дошкільників та дітей молодшого шкільного віку, які також користуються кохлеарними імплантами.

Результати дослідження дозволили виявити переважну більшість дітей старшого дошкільного віку з КІ (58%) які мають середній рівень сформованості пам'яті. Високий рівень продемонстрували 31% дітей, що свідчить про їх достатній рівень розвитку когнітивних функцій, зокрема короткотривалої пам'яті. Дуже високий рівень зафіксований у 5% дітей, що є найнижчим показником серед усіх категорій. Низький рівень відтворення послідовності блоків виявлений у 6% дітей, та дуже низький рівень відсутній (0%) (Рис. 2.2.14.).

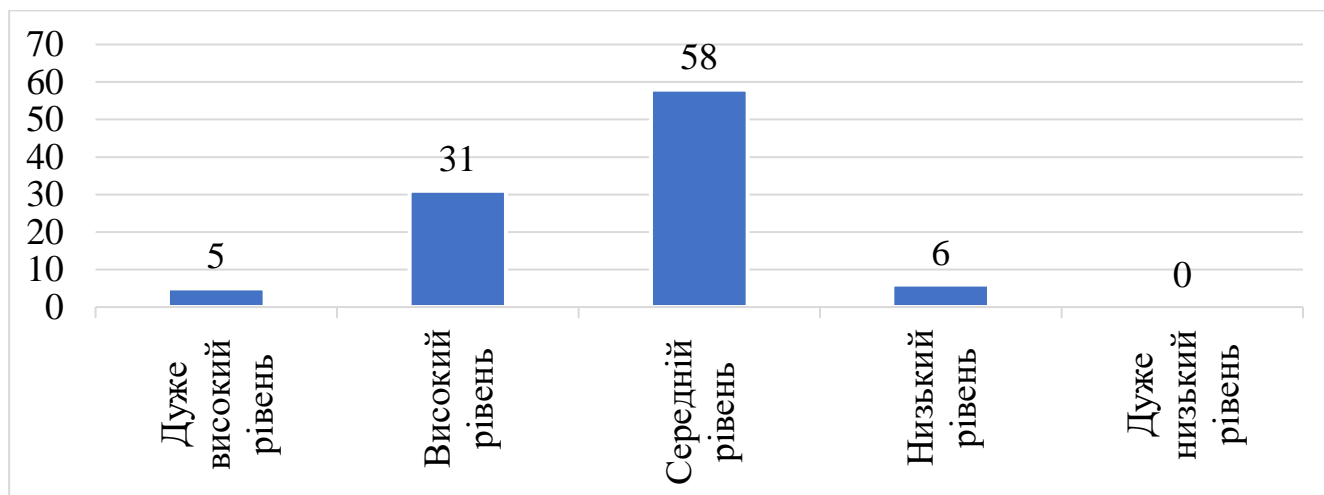


Рис. 2.2.14. Рівень сформованості пам'яті дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами за методикою М. Корсі «Тест Корсі на відтворення послідовності блоків» (у %)

Аналіз результатів дітей молодшого шкільного віку з КІ свідчить, що найбільший відсоток дітей (47%) продемонстрували середній рівень розвитку пам'яті. Високий рівень зафіксовано у 44% дітей, що вказує на досить добру сформованість когнітивних здібностей цієї вікової групи. Дуже високі результати досягнуті лише 9% дітей, що є найменшою часткою серед усіх представлених рівнів. Водночас відсутні випадки з низьким або дуже низьким рівнем сформованості пам'яті (0%). (Рис. 2.2.15).

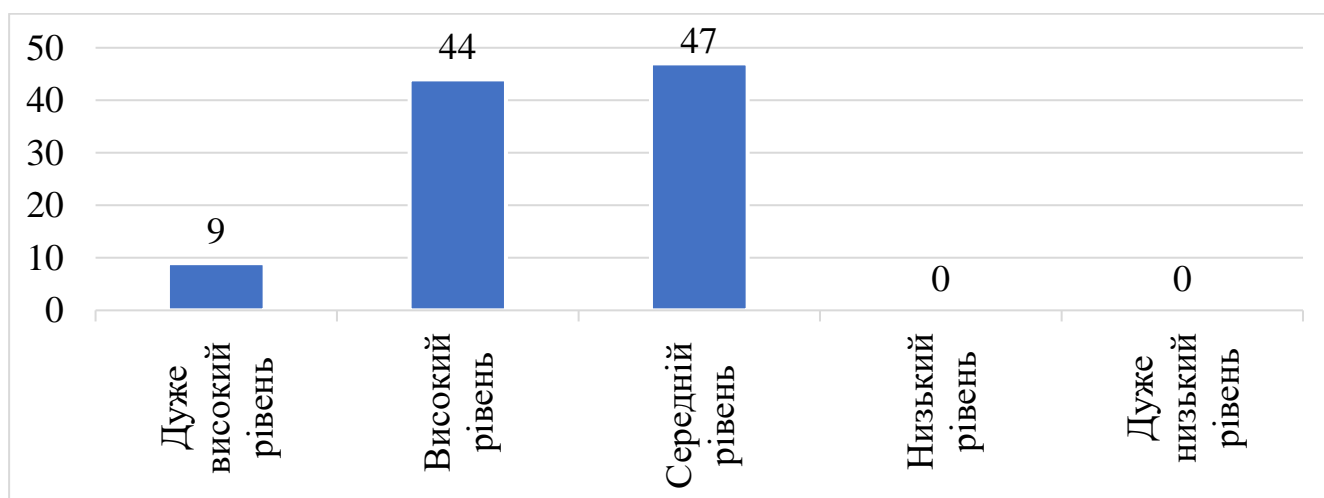


Рис. 2.2.15. Рівень сформованості пам'яті дітей молодшого шкільного віку з кохлеарними імплантами за методикою М. Корсі «Тест Корсі на відтворення послідовності блоків» (у %)

Дослідження особливостей розвитку пам'яті у дітей старшого дошкільного віку з нормотиповим розвитком показало, що більшість випробуваних (61%) мають високий рівень, 23% дітей продемонстрували середній рівень розвитку пам'яті, а 9% – дуже високий. Відсутність дітей з низькими та дуже низькими показниками (0%). Відсутність низьких показників може вказувати на ефективність освітніх та розвиткових програм, спрямованих на формування пам'яті у дошкільників. (Рис. 2.2.16.).

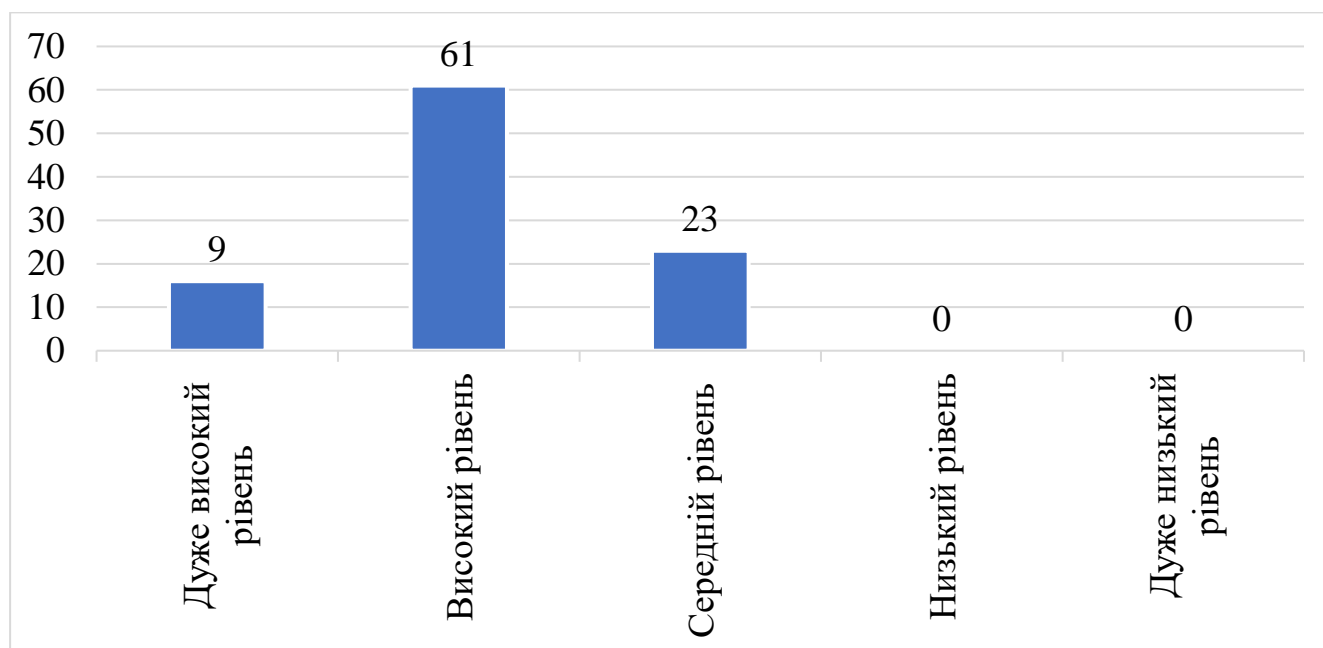


Рис. 2.2.16. Рівень сформованості пам'яті дітей старшого дошкільного віку з нормотиповим розвитком за методикою М. Корсі «Тест Корсі на відтворення послідовності блоків» (у %)

Для подальшого порівняння рівня пам'яті доцільно узагальненити дані в яких містяться результати оцінювання пам'яті у трьох групах: дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами, нормотипових дошкільників та дітей молодшого шкільного віку з кохлеарними імплантами. Проведення порівняльного аналізу результатів тесту Корсі у зазначених групах дітей сприятиме поглибленню розуміння особливостей розвитку когнітивних функцій у дітей з кохлеарними імплантами. Таблиця дозволяє виявити відмінності та подібності у рівнях розвитку

між цими категоріями за методикою М. Корсі «Тест Корсі на відтворення послідовності блоків» (табл. 2.2.5.)

Таблиця 2.2.5. Рівень пам'яті в дітей з КІ в порівнянні з їх нормотиповими однолітками та дітьми молодшого шкільного віку за результатами методики М. Корсі «Тест Корсі на відтворення послідовності блоків» (у%)

Рівні	Дуже високий рівень	Високий рівень	Середній рівень	Низький рівень	Дуже низький рівень
Категорії дітей					
Діти старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами	5	31	58	6	10
Діти молодшого шкільного віку з кохлеарними імплантами	9	44	47	0	0
Діти старшого дошкільного віку з нормотиповим розвитком	16	61	23	0	0

Проведене дослідження, спрямоване на аналіз когнітивної компоненти невербального інтелекту у дітей дошкільного віку з кохлеарними імплантами, дозволило виявити ряд важливих особливостей розвитку їхніх пізнавальних функцій. Було встановлено, що діти старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами демонструють певні відхилення у розвитку таких когнітивних функцій, як наочно-дійове мислення та зорове сприйняття, порівняно зі своїми однолітками з нормотиповим слухом. Проте, дослідження також показало, що з віком відбувається значний прогрес у розвитку когнітивних функцій у дітей з кохлеарними імплантами. Молодші школярі з кохлеарними імплантами демонструють більш високий рівень розвитку всіх досліджуваних компонентів невербального інтелекту. Цей значний

прогрес у розвитку когнітивних функцій у дітей з кохлеарними імплантами, особливо помітний у переході від дошкільного до молодшого шкільного віку, може бути частково пояснений використанням наочних методів навчання. Візуальна інформація, яка доповнює або замінює аудіальну, відіграє ключову роль у розвитку пізнавальних процесів у дітей з порушеннями слуху. Завдяки використанню яскравих картинок, схем, моделей та інших наочних матеріалів, діти з кохлеарними імплантами мають змогу краще розуміти абстрактні поняття, формувати узагальнення та встановлювати причинно-наслідкові зв'язки. Використання різноманітних візуальних стимулів допомагає утримувати увагу дітей на навчальному матеріалі, сприяє кращому його запам'ятовуванню та відтворенню. Крім того, наочні матеріали сприяють розвитку таких важливих когнітивних функцій, як сприйняття, увага, пам'ять, мислення.

Узагальнюючи отримані дані психологічної діагностики за когнітивною компонентою щодо особливостей сформованості структурних складових у дошкільників із кохлеарними імплантами було встановлено високі і середні рівні за низкою показників, як то оцінка рівня IQ, увага, наочно-дійове мислення, зорове сприйняття, пам'ять. Високими рівнями та якісно позитивними характеристиками варто відмітити результати діагностики зорового сприйняття, наочно-дійового та логічного мислення. Серед показників, які потребують уваги відмітимо оцінка рівня IQ, пам'ять та увагу, оскільки кохлеарна імплантація, хоча й значно покращує слухові можливості, може мати специфічний вплив на розвиток вищих психічних функцій. Діти з кохлеарними імплантами можуть відчувати труднощі з концентрацією уваги, переключенням з одного виду діяльності на інший, а також з утриманням уваги протягом тривалого часу, що в свою чергу впливає на загальний розвиток. Це може бути пов'язано з підвищеною навантаженням на слухову систему, необхідністю постійно зосереджуватися на звукових сигналах.

Таким чином, інтерпретація отриманих нами результатів у ході дослідження, дала змогу встановити переважно середній рівень сформованості когнітивної компоненти невербального інтелекту у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами (Табл. 2.2.6) та середній і високий

рівень у дітей молодшого шкільного віку з кохлеарними імплантатами (Табл. 2.2.7) та середній і високий рівень у дітей старшого дошкільного віку з нормотиповим розвитком (Табл. 2.2.8).

Таблиця 2.2.6. Порівняльний аналіз стану сформованості когнітивної компоненти дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами (у %)

Вік	5 років	6 років	7 років	Загальний
Рівень				
Низький	32	26	14	24
Середній	49	53	57	53
Високий	19	21	29	23

Таблиця 2.2.7. Порівняльний аналіз стану сформованості когнітивної компоненти дітей молодшого шкільного віку з кохлеарними імплантами (у %)

Вік	8 років	Загальний
Рівень		
Низький	5	5
Середній	53	53
Високий	42	42

Таблиця 2.2.8. Порівняльний аналіз стану сформованості когнітивної компоненти дітей старшого дошкільного віку з нормотиповим розвитком (у %)

Вік	5 років	6 років	7 років	Загальний
Рівень				
Низький	15	9	2	9
Середній	50	54	58	54
Високий	35	37	40	37

Відтак, когнітивний компонент невербального інтелекту у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами характеризується середнім рівнем і детермінується сформованістю таких показників: оцінка рівня IQ – середній рівень (65%), увага – рівень нижче середнього (52%), наочно-дійове мислення – середній рівень (41%), зорове сприйняття – рівень нижче середнього (42%), пам'ять – середній рівень (58%).

Отримані експериментальні результати дають можливість припустити, що послідовна робота над розвитком складових невербального інтелекту, зокрема зорового сприйняття, наочно-дійового мислення та уваги, у поєднанні з систематичним моніторингом когнітивних показників дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами, забезпечить у подальшому позитивну динаміку її когнітивного компоненту, як наслідок підвищення загального рівня її сформованості.

2.3. Психологічний аналіз особистісної компоненти невербального інтелекту

Особистісна компонента невербального інтелекту досліджувалася через вивчення стану сформованості таких складових як емоційна складова (емоційна обізнаність/емоційний інтелект), я-концепція дитини, мотивацію та інтерес.

Емоційна складова діагностувалася комплексною методикою М. Нгуен «Дослідження емоційного інтелекту», яка містить «Домальовування: світ речей, світ людей, світ емоцій» (допомагає встановити рівень та спрямованість емоційного інтелекту у дитини старшого дошкільного віку), «Три бажання», «Що-чому-як?» та додатково було використано проєктивну методику «Малюнок людини».

За результатами діагностики методикою «Домальовування: світ речей, світ людей, світ емоцій» було встановлено, що у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами емоційний інтелект характеризується орієнтацією на світ речей (47,7%), на світ людей (39,2%) та на світ емоцій (13,1%). Порівнюючи отримані результати, нами було проведено дослідження у молодших школярів з

кохлеарними імплантами (8 років) та у нормотипових дітей старшого дошкільного віку. Результати дали змогу встановити, що у шкільному віці діти з кохлеарними імплантами демонструють подібні результати, а у нормотипових дітей переважає орієнтація емоційного інтелекту на людей (Табл.2.3.1.).

Таблиця 2.3.1. Порівняння орієнтації емоційного інтелекту у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами, дітей молодшого шкільного віку з кохлеарними імплантами та дітей старшого дошкільного віку з нормотиповим розвитком (у%)

	Орієнтація на світ речей	Орієнтація на світ людей	Орієнтація на світ емоцій
Діти старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами	47,7	39,2	13,1
Діти молодшого шкільного віку (8 років) з кохлеарними імплантами	46,4	39,0	16,6
Діти старшого дошкільного віку з нормотиповим розвитком	26,5	47,2	26,3

Згідно результатів методики, варто відмітити емоційну готовність дитини орієнтуватися на іншу людину і враховувати її емоційний стан у своїй діяльності та спілкуванні. У нашому дослідженні – це фактор впливу на формування невербального інтелекту та можливість встановлювати контакт з «невербатором», психологом, корекційним терапевтом, які допомагають дитині адаптуватися у навколишньому середовищі, зважаючи на особливості дитини (освітні, поведінкові, ментальні). Найважливішим показником для цього сегменту діагностичної методики є високі показники за рубрикою «орієнтація на світ людей».

Орієнтація на людей дає змогу дитині з сформованим невербальним інтелектом ефективніше адаптуватися до соціального середовища, налагоджувати

міжособистісні зв'язки та взаємодіяти з оточенням. Високий рівень цього показника є індикатором емоційної готовності дитини до комунікації, що передбачає здатність розпізнавати, інтерпретувати та відповідати на невербальні сигнали інших людей, таких як міміка, жести та інтонації. Це, своєю чергою, сприяє розвитку навичок співпраці, емоційної емпатії та соціальної компетентності. Дитина, орієнтована на світ людей, демонструє більшу здатність до включення в інтерактивну діяльність, що позитивно впливає на її здатність до навчання, адаптації в групових контекстах і розвитку особистісної автономії. Така спрямованість також полегшує процес взаємодії з фахівцями, зокрема психологами, корекційними терапевтами та педагогами, які працюють над формуванням у дитини необхідних соціальних і когнітивних навичок.

Автор методики М. Нгуен вважає, що структура емоційного інтелекту дошкільників окрім трьох важливих компонентів (спрямованість уваги дитини на світ людей і світ емоцій, емоційна орієнтація на іншого, готовність дитини враховувати емоційний стан іншого у своїй діяльності), має досліджуватися через встановлення рівня емоційного інтелекту [201]. Це важливо, оскільки емоційний інтелект впливає на здатність дитини взаємодіяти з іншими людьми, формувати здорові соціальні зв'язки, а також адаптуватися до змінних умов навколишнього середовища [135]. Високий рівень емоційного інтелекту сприяє розвитку навичок регуляції емоцій, що є критичним для ефективної комунікації та вирішення конфліктів. Таким чином, дослідження рівня емоційного інтелекту дозволяє не лише оцінити наявність необхідних навичок у дітей, але й визначити шляхи для їх подальшого розвитку в освітньому процесі.

Врахування емоційного інтелекту є ключовим фактором у формуванні гармонійної особистості, здатної до конструктивної взаємодії з іншими людьми та ефективного самовираження. Високий рівень емоційного інтелекту визначається, якщо дитина набирає від 3-6 балів, середній – від 1-2 бали, низький – 0 балів (Табл.2.3.2.).

Таблиця 2.3.2. Порівняння рівнів емоційного інтелекту у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантатами, дітей молодшого шкільного віку з кохлеарними імплантами та дітей старшого дошкільного віку з нормотиповим розвитком (у%)

Рівень емоційного інтелекту	Високий	Середній	Низький
Категорія дітей			
Діти старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами	4,3	37,3	58,4
Діти молодшого шкільного віку (8 років) з кохлеарними імплантами	8,2	32,0	60,8
Діти старшого дошкільного віку з нормотиповим розвитком	17,1	48,4	35,5

Якісний аналіз результатів за цією методикою дає змогу констатувати, що більшість дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами зображували предмети, тварини, які наявні в їх побутовому оточенні, зустрічаються у життєвому досвіді, або які є в навичці малювання (тобто ті зображення, які навчають малювати у навчальному дошкільному закладі, малюють вдома з батьками тощо). Таких дітей у вибірці складає 58,4 % обстежених. Водночас 37,3% дошкільників з кохлеарними імплантами зобразили живу істоту (людину), її образ. І лише 4,3% обстежуваних дітей зобразили/домалювали обличчю, емоцію (посмішку та очі). Таким чином, отримані дані дозволяють констатувати, що на даному етапі розвитку у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами спостерігається недостатній рівень сформованості

уявлень про емоційні стани інших людей. Обмежена передача емоційних характеристик у зображеннях може бути зумовлена особливостями сенсорного сприйняття та комунікативного досвіду. (Рис. 2.3.1.).

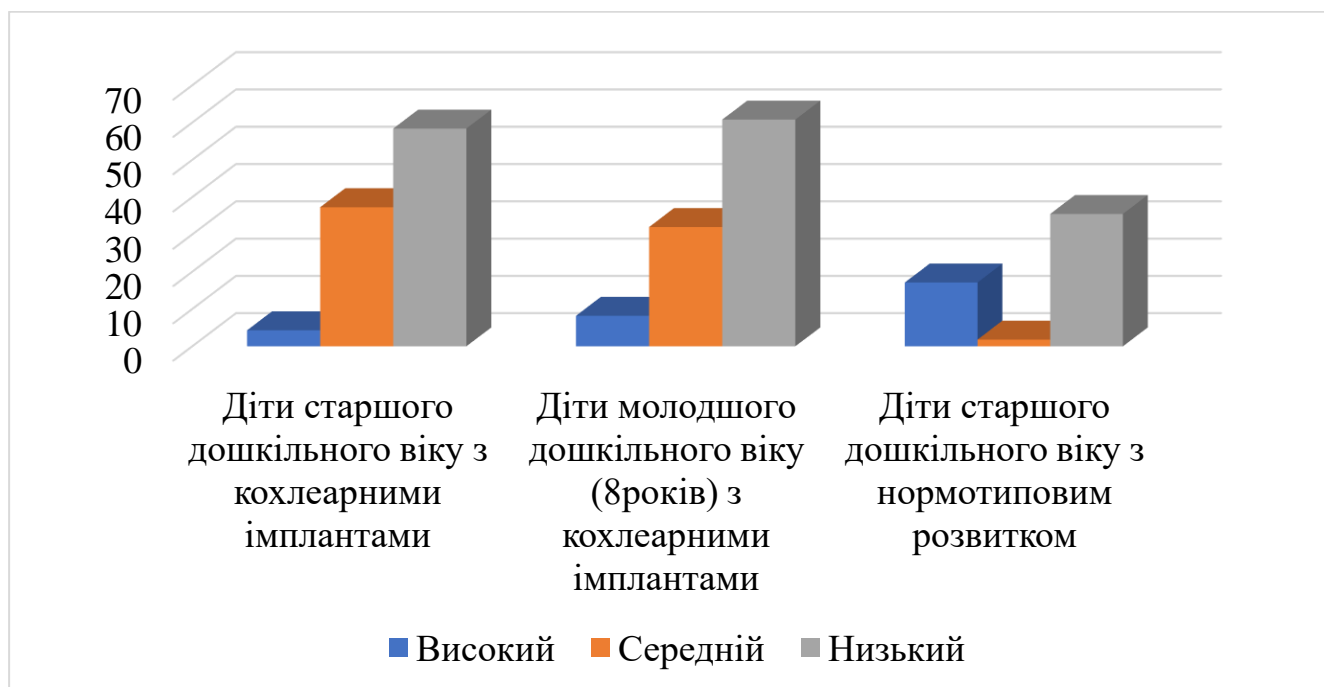


Рис. 2.3.1. Рівні емоційного інтелекту у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантатами, дітей молодшого шкільного віку з кохлеарними імплантами та дітей старшого дошкільного віку з нормотиповим розвитком (у%)

За результатами методики «Три бажання» було зафіксовано, що більшість дітей дошкільного віку, незалежно від особливих освітніх потреб мають низьку здатність до емоційної децентрації, переважають егоцентричні бажання, концентрація на власних бажаннях, переважно матеріального світу. Відмітимо, що для цього віку саме ці показники можна вважати нормальними, оскільки у дошкільному віці дитина ще емоційно не налаштована сприймати емоції інших, емпатувати та проявляти жертовність. Це підкреслює і характер бажань дітей, а саме: Хочу нову іграшку, хочу смаколики, що я спробував у Івана, хочу закачати нову гру на телефон, хочу нову сукню з блискітками і подібні бажання дітей. Досить рідко можна зустріти такі вислови, як «хочу, щоб тат повернувся додому», «хочу, щоб сестричка була жива», «хочу, щоб мама одужала». Був навіть такий

випадок, коли хлопчик забажав «хочу миру». На нашу думку – це соціально нав'язаний вислів, який дитина може часто зустрічати у своєму оточенні, тому і відтворює його, як звичний вислів про «бажаю навчатися», «хочу в школу» (Табл.2.3.3.).

Таблиця 2.3.3. Порівняння рівнів емоційного інтелекту у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантатами, дітей молодшого шкільного віку з кохлеарними імплантами та дітей старшого дошкільного віку з нормотиповим розвитком за результатами методики «Три бажання»(у%)

Рівень емоційного інтелекту	Високий	Середній	Низький
Категорія дітей			
Діти старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами	3,3	11,2	85,5
Діти молодшого шкільного віку (8років) з кохлеарними імплантами	3,7	18,5	77,8
Діти старшого дошкільного віку з нормотиповим розвитком	7,4	18,9	73,7

Варто згадати, що майже відсутніми були бажання «погуляти з батьками, поспілкуватися з друзями, відвідати бабусю», оскільки це пов'язано з емоційним станом інших людей, а дошкільники концентрувалися на своїх позитивних станах та на тому, що їм приносить задоволення. Знов зацентруємо на егоцентризму дітей у цьому віці.

Згідно третьої частини діагностичного комплексу «Що-чому-як?» було зафіксовано переважно низький рівень емоційного інтелекту у дошкільників з кохлеарними імплантами та середній у їх нормотипових однолітків (Табл.2.3.4.).

Таблиця 2.3.4. Порівняння рівнів емоційного інтелекту у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантатами, дітей молодшого шкільного віку з кохлеарними імплантами та дітей старшого дошкільного віку з нормотиповим розвитком за результатами методики «Що-чому-як?» (у%)

Рівень емоційного інтелекту	Високий	Середній	Низький
Категорія дітей			
Діти старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами	3,3	31,1	65,6
Діти молодшого шкільного віку (8років) з кохлеарними імплантами	3,9	34,3	61,8
Діти старшого дошкільного віку з нормотиповим розвитком	7,8	49,9	42,3

Означені рівні в таблиці вказують, переважно, на уміння і готовність дитини співпереживати, враховувати почуття іншої людини, піклуватися про близьких тощо. Показник, який характеризує емпатичність в особистості дитини. Інтерперуючи отримані дані, можемо порівняти рівні сформованості емоційного інтелекту (Табл. 2.3.5.), (Рис.2.3.2.)

Таблиця 2.3.5. Середнє значення сформованості емоційного інтелекту у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантатами, дітей молодшого шкільного віку з кохлеарними імплантами та дітей старшого дошкільного віку з нормотиповим розвитком за комплексом діагностичних методик М. Нгуена (у%)

Рівень емоційного інтелекту	Високий	Середній	Низький
Категорія дітей			
Діти старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами	3,6	26,6	69,8
Діти молодшого шкільного віку (8років) з кохлеарними імплантами	5,2	28,2	66,8
Діти старшого дошкільного віку з нормотиповим розвитком	10,7	39,0	50,5

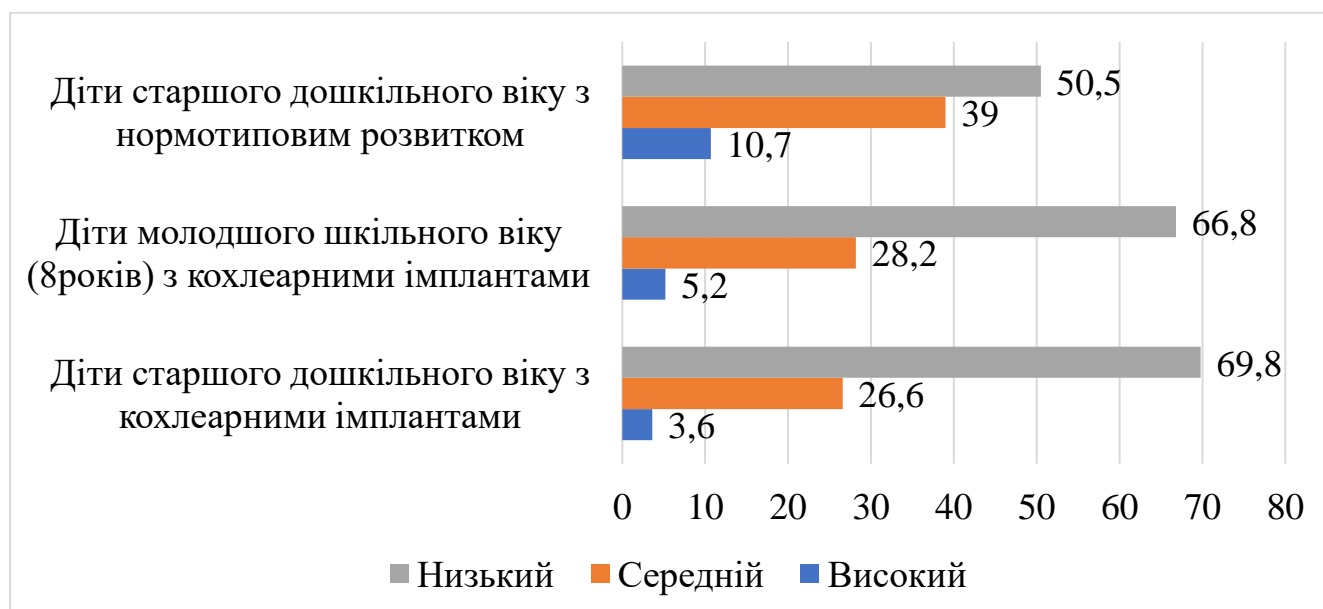


Рис. 2.3.2. Рівні сформованості емоційного інтелекту у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантатами, дітей молодшого шкільного віку з кохлеарними імплантами та дітей старшого дошкільного віку з нормотиповим розвитком за комплексом діагностичних методик М. Нгуена (у%)

Статистично значущих відмінностей за рівнями сформованості емоційного інтелекту дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантатами, дітей молодшого шкільного віку з кохлеарними імплантами та дітей старшого дошкільного віку з нормотиповим розвитком за показниками «орієнтаціями на світ людей, речей або емоцій», «три бажання» та «що-чому-як?» виявлено не було. На рівні основної тенденції формування емоційного інтелекту можемо зазначити переважання орієнтації на світ людей у нормотипових дошкільників та на світ речей у дошкільників з кохлеарними імплантами ($U=6,71$; $p=0,072$), що переважає у нормотипових дошкільників. Для оцінки відмінностей між означеними групами дітей за показниками трьох методик було використано *U-критерій Манна-Уїтні*.

Діагностика проективною методикою «Малюнок людини» дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами дала більше якісних характеристик щодо емоційної складової особистісного компоненту, як то егоцентризм, тривожність, демонстративність, агресивність, що часто є причинами низького рівня сформованості емоційного інтелекту та розвитку емоційної сфери, а також не вміння керувати власними афектами. нерозуміння власних емоцій, переживань.

Так, дитина могла зобразити фігуру, яка характеризувалася переважно великими або не пропорційними елементами, що свідчило про схильність до гіперболізації власних переживань, емоційного перебільшення. Наприклад, надмірно великі руки чи ноги могли вказувати на прояви егоцентризму, прагнення до надмірної уваги та потреби в зовнішньому схваленні. Риси обличчя, що виражали негативні емоції (наприклад, страх, сум, агресія), свідчили про високий рівень тривожності та внутрішнього напруження дитини, що є характерним для осіб з низьким рівнем емоційної саморегуляції.

Примітним також є відсутність або слабка виразність емоцій на малюнку, що може свідчити про недорозвиненість здатності до самовираження через емоції та труднощі в їх ідентифікації. Нерідко спостерігається порушення пропорцій і поз, що може бути індикатором внутрішніх конфліктів та неузгодженості між зовнішнім і внутрішнім світом дитини, як результат труднощів у соціалізації та

самооцінці. Такі особливості можуть бути вказівкою на те, що дитина стикається з проблемами в адаптації до соціальних умов, має труднощі в побудові здорових міжособистісних стосунків і демонструє дефіцит у розвитку емоційного інтелекту.

Я-концепція дитини з кохлеарними імплантами було досліджено нами через використання методик: «Шкали рівня сформованості «Я-концепції» (Модифікації методики вивчення самооцінки Т. Дембо-С.Рубінштейна та модифікацію цієї методики – Т. Габріял «Сходинок самооцінок») та проективна методика «Людина під дощем».

Методика Т. Габріял «Сходинок самооцінок» дозволяє зафіксувати у дитини з особливими освітніми потребами нестійку, низьку самооцінку, схильність до зміненого сприйняття оцінок оточуючих та спотвореним самосприйняттям (характерно для дітей з особливостями психофізичного розвитку та хворих на шизофренію). Відмітимо, що результати цієї методики потребують уточнюючих бесід та подібних діагностичних процедур уточнюючого характеру.

Шкала оцінювання – 7 балів, як сім сходинок. Найнижча сходинок оцінюється в один бал, середина драбини характеризується 4 балами, найвища верхня сходинок – це сім балів. Таким чином, дитину, яку діагностують може отримати від 1 до 7 балів. Переважно, для старших дошкільників, особливо тих, які вступають до першого класу є характерною висока самооцінка, навіть дещо завищена, позитивне самосприйняття. Співставляючи це з методикою, дитина може розмістити себе між 2 та 7 сходами. Високі бали характеризують позитивне соціальне становище дитини у родині, у дошкільному закладі, серед друзів.

За результатами дослідження було встановлено, що 13,0% дошкільників з кохлеарними імплантами розмістили себе у межах від 1 до 3 сходинок. Це вказує на неблагополуччя дитини в контексті соціального розвитку, а в першу чергу, є характеристикою несприятливого досвіду соціальних взаємодій. Така негативна оцінка себе може бути пов'язана з неблагополучними сімейними відносинами чи негативним ставленням батьків до самої дитини. Ще однією причиною таких результатів може бути негативне ставлення до дитини в іншому соціальному

оточенні, наприклад в освітньому закладі, негативний досвід спілкування серед однолітків, насмішки, неприйняття колективом тощо. Це був важливий аспект, на який було звернено увагу у процесі дослідження та під час розроблення корекційної програми, оскільки у нормотипових дітей зустрічалися високі оцінки себе, було зафіксовано лише дві відповіді, де діти обрали сходинку три. Переважна більшість обирали відповідь «7». Дуже рідко можна було зустріти відповідь «5» та «6». (Табл. 2.3.6.)

Таблиця 2.3.6. Частота відповідей, які обрано дітьми старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантатами, дітьми молодшого шкільного віку з кохлеарними імплантами та дітьми старшого дошкільного віку з нормотиповим розвитком за методикою «Сходинки самооцінок» (у %).

Сходинки	1	2	3	4	5	6	7
Категорія опитаних дітей							
Діти старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами	8	2	3	39	17	19	12
Діти молодшого шкільного віку (8років) з кохлеарними імплантами	11	0	8	44	0	16	21
Діти старшого дошкільного віку з нормотиповим розвитком	0	0	0	1	9	7	83

У ході дослідження було поставлено за мету з'ясувати причину таких показників у дітей дошкільного віку з кохлеарними імплантами. А саме зацікавив

вплив низької самооцінки, згідно результатів методики, на сформованість соціального компонента невербального інтелекту. Необхідно встановити конкретні причини (або вектори, які впливають на таке негативне утворення). На цій підставі можна прогнозувати успішність включення дитини в колектив класу, сформованість соціальної компоненти і розроблювати корекційну програму. Методику, яка допоможе з'ясувати потрібні аспекти, було обрано – проєктивна методика «Людина під дощем».

Проективна методика «Людина під дощем» дозволяє встановити, як діагностований реагує на стрес, труднощі у своєму житті, які захисні механізми використовує в негативних чи небезпечних ситуаціях.

Методика складається з двох послідовних малюнків, де спочатку досліджуваному пропонується намалювати людину, а потім ту ж саму людину під дощем, що дає можливість оцінити різницю між двома зображеннями та виявити особливості емоційного реагування особистості на стресові фактори. Аналіз малюнків здійснюється за низкою критеріїв, включаючи розміщення фігури на аркуші, її розмір, особливості зображення частин тіла, наявність та характер додаткових елементів, специфіку зображення дощу та захисних засобів від нього. Інтерпретація отриманих даних базується на припущенні, що несприятливі умови, символічно представлені у вигляді дощу, активізують захисні механізми особистості, які проявляються у змінах деталей малюнка та загальній композиції зображення.

Мотивацію досліджено методикою «Хто я?» за М. Куном (для визначення усвідомлення свого «Я» та мотиви дій дитини). Так, нами встановлено у дошкільників із кохлеарними імплантами низький рівень самоідентифікації та мотивації. За результатами діагностичної методики «Хто я?» діти повинні були сказати не більше п'яти означень про себе. Друга частина полягала у тому, щоб відповісти на питання «Що мені подобається робити і чому могли?» (Табл.2.3.7.). Зазначимо, що описи викликали великі труднощі, навіть завдання викликало багато непорозумінь. Припускаємо, що це пов'язано, в першу чергу, з низьким рівнем асоціативного та абстрактного мислення у дошкільників.

Переважно, нормотипові дошкільники асоціювали себе з іменем, яким називають їх батьки, з пестливим словами, які часто чують, деякі змогли сказати, що вони хлопчики/дівчинки. Завдання викликало великі труднощі саме у дошкільників із кохлеарними імплантами. Вони не знали як відповісти, як себе ідентифікувати, не могли визначитися із улюбленим завданням та чому саме полюбують це робити. Середня кількість відповідей варіювалась від 0 до 1, у нормотипових дошкільників від 1 до 2. Згідно з методикою, такий результат вважається низьким рівнем. Низький рівень констатується за умови написання 0-1 відповіді (для досліджуваного віку).

Таблиця 2.3.7. Порівняльний аналіз результатів самоопису дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантатами, дітей молодшого шкільного віку з кохлеарними імплантами та дітей старшого дошкільного віку з нормотиповим розвитком за методикою «Хто Я?» М. Куна

Досліджувані	Середня кількість відповідей
Діти старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами	0–1 (з підказкою)
Діти молодшого шкільного віку з кохлеарними імплантами	1–1,5 (з підказкою)
Діти старшого дошкільного віку з нормотиповим розвитком	1-2

Подібні труднощі викликали відповіді щодо улюблених занять. Так, діти могли згадати чим люблять займатися, але чому – не могли відповісти.

Так, нами було констатовано низький рівень самоідентифікації та мотиваційної діяльності. У 56% досліджуваних встановлено середній рівень самоідентифікації (1 самоопис), 44% – низький рівень (рис. 2.3.3). Діти молодшого

шкільного віку з КІ демонстрували також переважно середній рівень самоідентифікації 63%, 34% – низький та 3% високий. У дітей старшого дошкільного віку з нормотиповим розвитком самоідентифікація характеризується високим рівнем 75%, середнім (19%) та низьким рівнями (6%). (Рис. 2.3.3.)

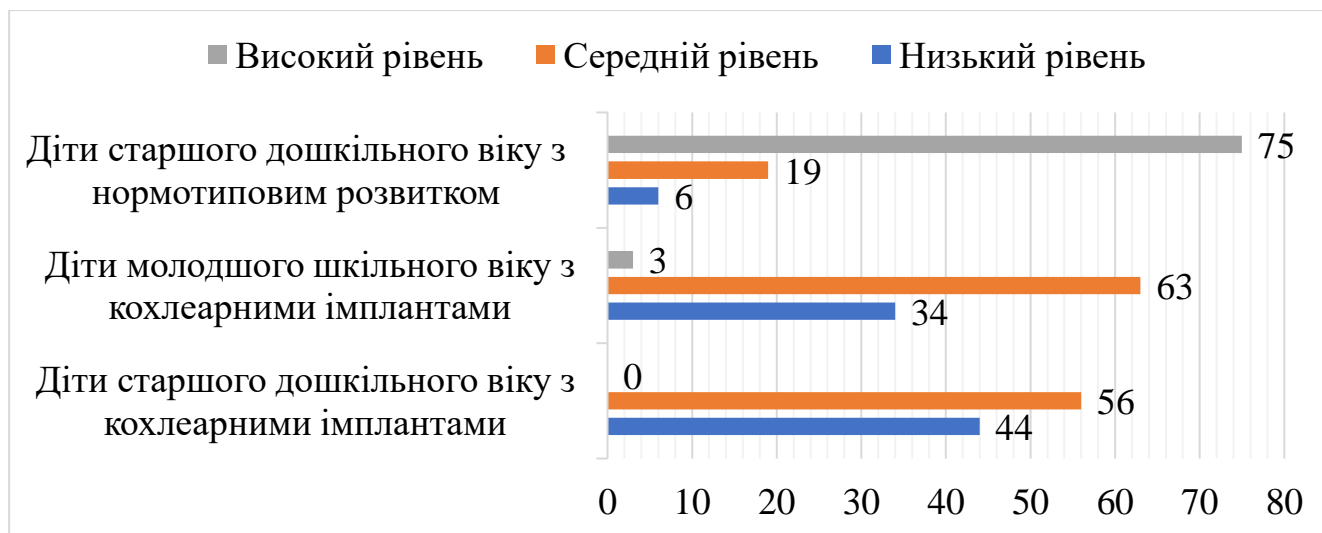


Рис. 2.3.3. Рівень самоідентифікації та мотиваційної діяльності дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантатами, дітей молодшого шкільного віку з кохлеарними імплантами та дітей старшого дошкільного віку з нормотиповим розвитком

У дослідженні виявлено, що на низький рівень самоідентифікації вказує низька здатність дітей адекватно оцінювати себе в контексті соціальних взаємодій та власних можливостей. Для учасників дослідження з низьким рівнем самоідентифікації характерні труднощі в усвідомленні своїх індивідуальних рис і якостей, а також визнанні власної цінності в групі однолітків. Такі діти мають обмежене розуміння власних досягнень, часто вони можуть відчувати себе менш успішними порівняно з іншими, що, у свою чергу, знижує їхнє бажання активно взаємодіяти з оточенням та долати труднощі. Низький рівень самоідентифікації може бути пов'язаний з недостатньою підтримкою з боку дорослих у процесі самопізнання та формування особистої ідентичності. Крім того, така самооцінка може стати результатом соціальних та емоційних труднощів, які виникають у взаємодії з однолітками, що знижує мотивацію до розвитку.

Діти з середнім рівнем самоідентифікації зазвичай мають більш об'єктивне уявлення про себе, однак їхня самооцінка може бути нестабільною. Вони здатні оцінити свої сильні та слабкі сторони, але їхнє усвідомлення себе як особистості не завжди є стабільним і впевненим. Такий рівень самоідентифікації проявляється у певних коливаннях у самооцінці в залежності від конкретних ситуацій, успіхів чи невдач у навчанні та спілкуванні з іншими. Водночас, діти з середнім рівнем самоідентифікації здатні долати труднощі та адаптуватися до змін, однак їхній рівень саморефлексії та впевненості в собі може бути недостатнім для активного самовираження та соціальної інтеграції. Вони часто потребують підтримки у формуванні більш чіткої самооцінки, а також у розвитку навичок саморегуляції та взаємодії з іншими людьми.

Таким чином, на основі отриманих результатів дослідження можна зробити висновок, що низький та середній рівень самоідентифікації у дітей є індикаторами потреби в цілеспрямованій психолого-педагогічній підтримці. Для дітей з низьким рівнем самоідентифікації важливо створювати умови для розвитку самоповаги, визнання власної цінності, а також для формування позитивного образу «Я». Для дітей середнього рівня самоідентифікації необхідні програми, які допоможуть стабілізувати їхню самооцінку, підтримати впевненість у собі та забезпечити ефективні стратегії соціалізації. Систематична робота з психологами, педагогами та батьками є важливою для подолання цих труднощів і сприяння розвитку гармонійної особистості.

Інтерес досліджено через методику Н. Пророк «Вибір навчальних завдань». Досліджуючи ігрову, навчальну, трудову та творчу складові було встановлено, що у дошкільників з кохлеарними імплантами домінуючою діяльністю є ігрова та творча (Рис. 2.3.4.). Ігрова діяльність характеризується на 67% високим рівнем, на 30% – середнім та на 3% низьким рівнями. Творча діяльність високим рівнем позначається у 53% дошкільників з КІ, у 39% – середнім рівнем та у 8% – низьким рівнем. Трудова діяльність переважно характеризується середнім (37%) та низьким рівнями (42%). Високий рівень складає лише у 21%.

Навчальна діяльність також характеризується переважно середнім (41%) та низьким (34%) рівнями. Високий рівень зафіксовано лише у 25%.

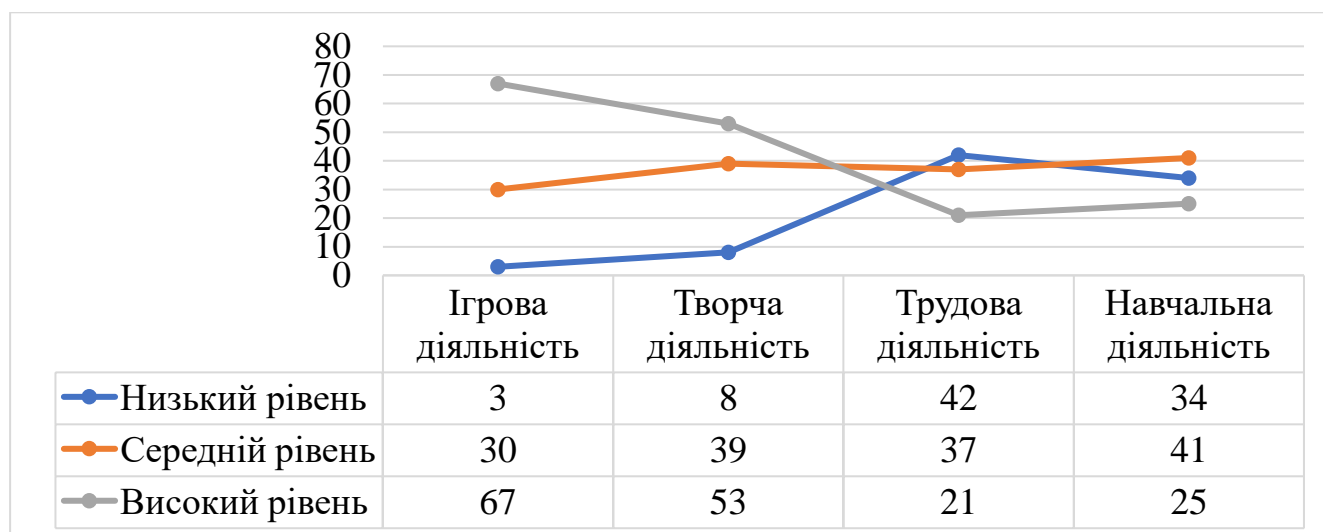


Рисунок 2.3.4. Рівень інтересу дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами дослідженого через методику Н. Пророк «Вибір навчальних завдань»

У дослідженні дітей молодшого шкільного віку з кохлеарними імплантами результати в ігровій діяльності показали високий рівень активності, який спостерігається у 60% дітей. Середній рівень зафіксовано у 30%, а низький – у 10%. Це вказує на значну залученість дітей до ігор, що є важливою складовою розвитку соціальних навичок та комунікації в цьому віці. Відзначено, що ігри з елементами спілкування та використанням звуків і жестів займають важливе місце в повсякденній діяльності дітей. Що стосується творчої діяльності, то вона виявилася також на високому рівні у 50% дітей молодшого шкільного віку з КІ, середній рівень спостерігається у 40%, а низький – у 10%. Творчість, зокрема, проявляється через малювання, конструювання та інші види активності, що сприяють розвитку уяви та самовираження. У дітей з КІ такі види діяльності часто стають важливими для компенсації слухових обмежень та розвитку мовлення. Трудова діяльність дітей з КІ має переважно середній рівень розвитку, який виявлений у 45% досліджуваних, у 35% – на низькому рівні та в 20% – на високому. Це свідчить

проте, що хоча діти можуть брати участь у трудових завданнях, рівень їх самостійності та здатності до організації праці ще не досяг оптимальних показників. Трудова діяльність для них часто вимагає додаткових зусиль і підтримки з боку дорослих. Навчальна діяльність дітей молодшого шкільного віку з КІ переважно на середньому рівні (40%), а також на низькому рівні (30%). Лише у 30% дітей цей рівень виявляється високим. Високий рівень у навчанні часто залежить від індивідуальних особливостей дитини та наявності додаткових методик для розвитку мовлення та слуху, що застосовуються в процесі навчання. Дані дослідження дітей молодшого шкільного віку з кохлеарними імплантами представлені на рисунку 2.3.5.

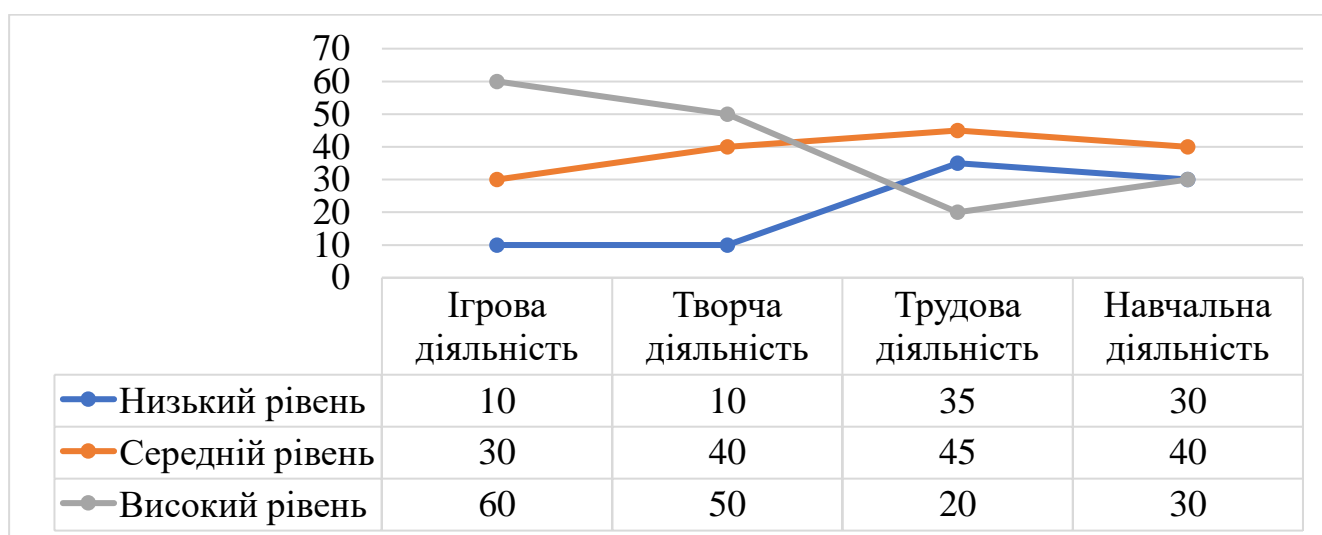


Рисунок 2.3.5. Рівень інтересу дітей молодшого шкільного віку з кохлеарними імплантами дослідженого через методику Н. Пророк «Вибір навчальних завдань»

У дослідженні дітей старшого дошкільного віку з нормотиповим розвитком результати дозволяють виявити характерні риси розвитку дітей цієї вікової категорії, а також визначити рівень їхньої активності в кожній з цих складових (Рис. 2.3.6.). Ігрова діяльність у дітей старшого дошкільного віку характеризується високим рівнем у 75% випадків, що свідчить про домінуючу роль гри в їхньому розвитку. Середній рівень виявлений у 20% дітей, а низький – у 5%. Ігри цього віку активно сприяють соціалізації, розвитку

комунікативних навичок, фантазії та уяви, тому вони займають важливе місце в повсякденному житті дітей. Творча діяльність також займає значне місце в розвитку дітей, зокрема на високому рівні вона виявляється у 60% дітей. Середній рівень творчої активності спостерігається у 30%, а низький у 10%. Творчість цього віку проявляється в різноманітних формах, таких як малювання, ліплення, конструювання, що стимулює розвиток емоційної та пізнавальної сфер дитини. Трудова діяльність у дітей старшого дошкільного віку здебільшого характеризується середнім рівнем, який спостерігається у 50% випадків. 40% дітей демонструють низький рівень активності в трудових завданнях, а високий рівень спостерігається у 10%. Трудова діяльність цього віку часто обмежена виконанням простих завдань, які сприяють розвитку відповідальності та самостійності. Щодо навчальної діяльності, то високий рівень спостерігається у 45% дітей, середній рівень у 40%, а низький у 15%. Діти старшого дошкільного віку з нормотиповим розвитком активно беруть участь у навчальних завданнях, проявляючи інтерес до нових знань та навичок.

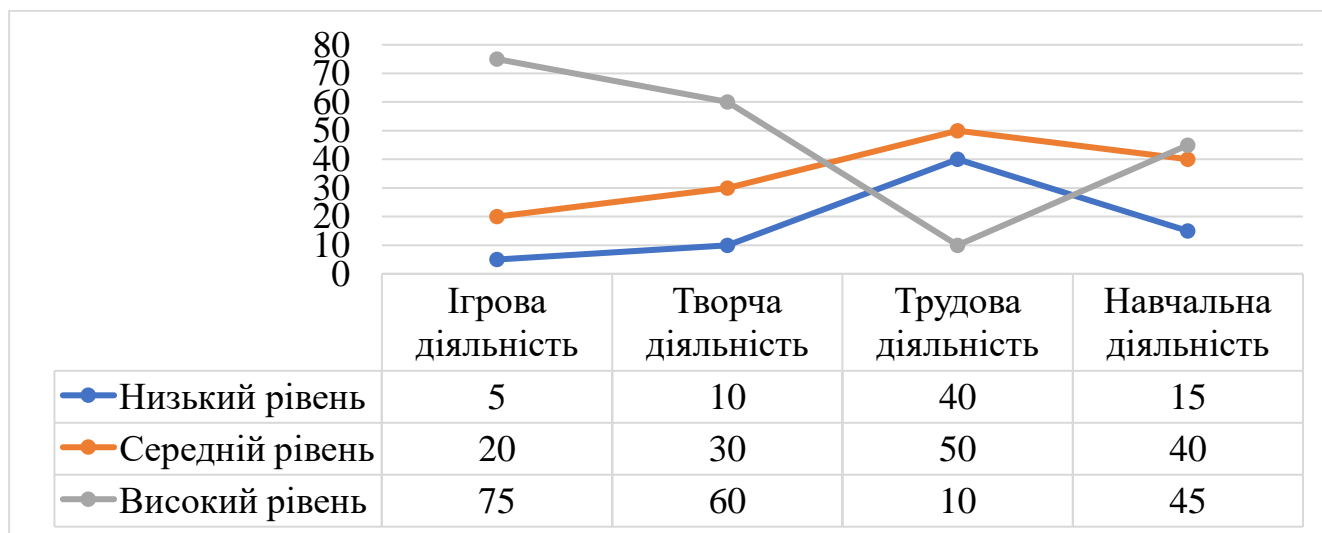


Рисунок 2.3.6. Рівень інтересу дітей старшого дошкільного віку з нормотиповим розвитком дослідженого через методику Н. Пророк «Вибір навчальних завдань»

Отже, інтерпретація результатів, отриманих експериментальним шляхом, дає змогу встановити середній рівень (51% досліджуваних) сформованості

особистісного компоненту невербального інтелекту дітей з кохлеарними імплантами, низького 39%, високого – 10% (табл. 2.3.8.).

Таблиця 2.3.8. Порівняльний аналіз стану сформованості особистісного компоненту невербального інтелекту дітей з кохлеарними імплантами (у %)

%	5 р.	6 р.	7 р.	Загальний
Високий	15	7	7	10
Середній	49	53	51	51
Низький	36	40	42	39

У дітей молодшого шкільного віку з кохлеарними імплантами невербальний інтелект також характеризується середнім рівнем (48%), низьким рівнем (32%) та високим (20%) (табл. 2.3.9.).

Таблиця 2.3.9. Порівняльний аналіз стану сформованості особистісного компоненту невербального інтелекту дітей шкільного віку з кохлеарними імплантами (у %)

%	8 р.	Загальний
Високий	20	20
Середній	48	48
Низький	32	32

У нормотипових дошкільників показники зафіксовано на іншому рівні. Особистісна складова невербального інтелекту, переважно, характеризується середнім (46%) та високим 52% рівнями (табл 2.3.10). Було зафіксовано також низький рівень у 2% дошкільників, що може вказувати на індивідуальні особливості розвитку когнітивної сфери або на певні тимчасові труднощі, пов'язані з адаптацією до умов дослідження. Такий результат може бути зумовлений низкою факторів, зокрема недостатньою мотивацією, емоційною напругою або впливом зовнішніх обставин.

Таблиця 2.3.10. Порівняльний аналіз стану сформованості особистісного компоненту невербального інтелекту дітей старшого дошкільного віку з нормотиповим розвитком (у %)

%	5 р.	6 р.	7 р.	Загальний
Високий	45	53	58	52
Середній	52	45	40	46
Низький	3	2	2	2

Відтак, особистісний компонент невербального інтелекту дошкільників з кохлеарними імплантами характеризується переважно середнім і низьким рівнями розвитку, що зумовлено специфічними особливостями формування ключових складових цього компоненту. Серед визначальних чинників є стан сформованості емоційної складової, зокрема емоційної обізнаності та емоційного інтелекту. У дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами емоційна складова може бути недостатньо розвинута через обмежені можливості сприйняття емоційних сигналів у ранньому віці. Це може проявлятися у труднощах розуміння невербальних проявів емоцій у соціальних взаємодіях, що знижує їхню здатність до ефективної емоційної регуляції та впливає на рівень емоційної компетентності.

Іншою вагомою детермінантою є стан розвитку я-концепції дитини. Діти старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами нерідко стикаються із ситуаціями, які можуть ускладнювати формування позитивного уявлення про себе. Обмеження у слуховому сприйнятті можуть позначатися на їхній впевненості у власних можливостях, а також на рівні соціальної адаптації, що є важливою складовою формування гармонійної я-концепції.

Також важливим чинником є рівень мотивації та інтересу до діяльності. У дошкільників з кохлеарними імплантами мотивація може бути менш вираженою, особливо в умовах, де завдання вимагають активного залучення невербальних навичок або міжособистісної взаємодії. Низький рівень інтересу до таких завдань

може бути зумовлений як когнітивними труднощами, так і у створенні сприятливого середовища, що стимулює цікавість та самостійність дитини.

Таким чином, низький і середній рівень розвитку особистісного компоненту невербального інтелекту у дошкільників з кохлеарними імплантами визначається недостатньою сформованістю емоційної складової, складнощами у формуванні позитивної я-концепції, а також наявністю низьких показників мотивації та інтересу до діяльності.

2.4. Психологічний аналіз соціальної компоненти невербального інтелекту

Соціальна компонента була досліджена через два напрями внутрішній та зовнішній. Внутрішній то самосприйняття дитини, самооцінка, визначення бачення дитиною свого соціального оточення. Зовнішній характеризувався через дослідження батьківського ставлення, родинних стосунків та через освітнє середовище (педагогів).

Важливою складовою вивчення соціальної взаємодії дитини є її здатність до самоідентифікації та розуміння власного місця в соціумі. Для комплексної оцінки цього складника, а також для виявлення особливостей емоційного стану дитини та її сприйняття навколишнього середовища, нами було обрано методику П. Вілсона «Дерево з чоловічками». Цей проєктивний тест передбачає аналіз самооцінки, емоційного стану та соціальної адаптації дитини через вибір певного персонажа-чоловічка, що знаходиться на дереві в різних позиціях і контекстах. Під час проведення методики інструкція для дітей подавалася з урахуванням їхнього віку, рівня розвитку та індивідуальних особливостей, зокрема мовленнєвих можливостей. Інструкція формулювалася у зрозумілій і доступній формі, забезпечуючи комфортну атмосферу для виконання завдання.

У роботі з дітьми старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами додатково враховувалися можливі труднощі у сприйнятті та розумінні завдання через мовленнєві порушення. Інструкція для цієї категорії дітей була максимально чіткою і

візуально підкріплювалася жестами, емоційною мімікою, а за потреби – повторенням або перефразуванням. Було забезпечено спокійний темп подачі завдання, щоб кожна дитина мала достатньо часу для розуміння і відповіді. Під час роботи з дітьми з КІ для детального аналізу кожної емоції, яку відтворює «чоловічок», використовувалися питання, що сприяли залученню уваги дитини до деталей зображення. Дітям пропонувалося уважно роздивитися кожного «чоловічка» на дереві та подумати, що він може відчувати. Ми запитували «Як ти думаєш, цей чоловічок радіє чи сумує? Чому він може бути таким? А цей чоловічок – чи виглядає він сміливим або, можливо, він боїться? Який з чоловічків зараз схожий на тебе? Як ти думаєш, який чоловічок хотів би піднятися вище, а хто, можливо, відпочиває?». Такі запитання допомагали дітям аналізувати зображення, ідентифікувати емоції «чоловічків» та співвідносити їх із власними почуттями й настроєм. Особлива увага приділялася створенню доброзичливої атмосфери, щоб знизити можливу тривожність дітей.

Для дітей молодшого шкільного віку з кохлеарними імплантами інструкція подавалася трохи більш структуровано, але також з урахуванням ігрової форми, щоб підтримувати їхню зацікавленість. Їм пропонувалося уявити, що дерево – це особливий світ, у якому кожен «чоловічок» живе власним життям, і вибрати того, хто найкраще відображає їхній нинішній настрій або бажання. Щоб стимулювати рефлексію, після виконання завдання задавали уточнюючі запитання, наприклад «Чому ти вибрав саме цього чоловічка? Як ти думаєш, що він зараз робить?».

Для дітей старшого дошкільного віку з нормотиповим розвитком інструкція була подана у формі гри, з використанням простих і доброзичливих пояснень. Дітям пропонувалося уважно розглянути зображення дерева з «чоловічками» і знайти такого персонажа, який найбільше схожий на них зараз або якого вони хотіли б собі уявити. Для полегшення виконання завдання використовувалися запитання-наведення, наприклад «Подивися, хто з чоловічків тобі подобається найбільше? А хто нагадує тебе? Як ти себе зараз відчуваєш на цьому дереві?». Дітям також пояснювалося, що всі «чоловічки» на зображенні різні, але кожен з них по-своєму важливий.

Усі діти зазначених категорій отримували можливість вільно висловлювати власні думки, і їхній вибір приймався без оцінювання, що сприяло створенню

довірливої атмосфери та щирому вираженню почуттів. Застосування методики серед дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами дозволило виявити труднощі, пов'язані із соціальними та емоційними проявами. Результати засвідчили, що в цієї категорії дітей домінують такі риси, як відстороненість, замкнутість, підвищена тривожність, стомлюваність, загальна слабкість, а також сором'язливість. Це вказує на певні труднощі у взаємодії з оточенням, обмежений ресурс та невпевненість у собі. Водночас спостерігалися окремі прояви позитивної установки на подолання перешкод, що демонструє потенціал до розвитку внутрішніх ресурсів та стійкості.

Діти молодшого шкільного віку з кохлеарними імплантами демонстрували більш різноманітні емоційно-поведінкові реакції, що свідчить про індивідуальну різноманітність і більший діапазон адаптаційних можливостей. У процесі діагностики вони обирали «чоловічків», які перебували в різних позиціях і ситуаціях: на верхівці дерева, на гілках, біля стовбура чи на землі. Деякі з них обирали «чоловічків», що радісно тримаються за гілки, інші — тих, що падають або вже лежать на землі, а також, які допомагають один одному підніматися чи, навпаки, зіштовхують когось вниз. Ці вибори вказували на їхню спробу відтворити власні переживання, досвід взаємодії з іншими та ставлення до складних чи позитивних подій. Відображення «чоловічків» у динамічних ситуаціях свідчить про більш гнучке уявлення дітей про емоційні стани, що могло бути зумовлено як їхнім особистим досвідом, так і унікальними соціальними умовами, в яких вони знаходяться через наявність кохлеарних імплантів.

Серед дітей старшого дошкільного віку з нормотиповим розвитком результати продемонстрували переважно позитивну самооцінку, активність і відкритість у соціальній взаємодії. Такі діти, як правило, вибирали персонажів-чоловічків у верхніх частинах дерева або в активних позиціях, що символізує впевненість у собі, високий рівень енергійності та готовність долати перешкоди. Спостерігалася схильність до взаємодії з іншими персонажами на зображенні, що свідчить про потребу у спілкуванні та здатність до командної роботи.

Порівняно з дітьми старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами, діти з нормотиповим розвитком виявляли меншу тривожність, більшу соціальну

ініціативність і стабільнішу емоційну саморегуляцію. Вони частіше ідентифікували себе з оптимістичними образами, що свідчить про їхню здатність впевнено долати труднощі. Натомість діти з кохлеарними імплантами частіше обирали персонажів, розташованих у нижній частині дерева, або таких, що перебувають у пасивних або ізольованих позиціях, що вказує на внутрішні переживання, тривогу та складнощі у соціальній адаптації.

Особливо помітними були відмінності в реакціях на образи, що символізували подолання перешкод. Діти з нормотиповим розвитком демонстрували більш активну установку на вирішення проблем, тоді як діти з кохлеарними імплантами лише частково ідентифікували себе з такими персонажами, що може бути пов'язано з особливостями їхнього фізичного та психологічного стану. Для більш детального порівняння частоти вибору різних позицій персонажів у методиці «Дерево з чоловічками», результати представлені у таблиці 2.4.1.

Таблиця 2.4.1. Порівняння частоти вибору різних позицій персонажів дітьми старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами, дітьми старшого дошкільного віку з нормотиповим розвитком та дітьми молодшого шкільного віку з кохлеарними імплантами за методикою П. Вілсона «Дерево з чоловічками»

Категорія дітей	Діти старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами	Діти старшого дошкільного віку з нормотиповим розвитком	Діти молодшого шкільного віку з кохлеарними імплантами
Позиція			
Позиція № 1, 3, 6, 7	Частково (переважно)	Дуже часто	Часто
Позиція № 2, 19, 18, 11, 12	Частково	Іноді	Часто
Позиція № 4	Іноді	Дуже часто	Часто
Позиція № 5	Дуже часто	Іноді	Часто
Позиція № 9	Іноді	Дуже часто	Часто

Продовження Таблиці 2.4.1

Позиція № 8	Дуже часто	Іноді	Часто
Позиція № 10, 15	Іноді	Дуже часто	Часто
Позиція № 13, 21	Дуже часто	Іноді	Часто
Позиція № 14	Дуже часто	Іноді	Часто
Позиція № 20	Іноді	Дуже часто	Часто

Представлені результати відображають, що діти старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами частково демонструють установку на подолання перешкод (позиції № 1, 3, 6, 7), що свідчить про їхній розвиток в напрямку до самостійності. Водночас переважають відстороненість і тривожність (позиції № 13, 21), що можна пояснити емоційною чутливістю та втомою, характерною для цієї групи. Діти часто вибирають позиції, які відображають стомлюваність, слабкість (позиція № 5) і відсторонення від навчального процесу (позиція № 8). Вони мають тенденцію до соціальної замкнутості, а також іноді демонструють кризовий стан (позиція № 14). Позиція № 20 (лідерство) рідко вибирається.

У дітей молодшого шкільного віку з кохлеарними імплантами спостерігається усереднене значення між обома групами, що свідчить про змішану картину емоційного стану та соціальної адаптації. Це пов'язано з тим, що в молодшому шкільному віці діти ще тільки починають розвивати власні соціальні навички та вміння долати труднощі, однак вони вже здатні більш активно взаємодіяти з оточенням і виражати себе в умовах більш структурованого навчання.

Згідно з результатами діагностики у дітей старшого дошкільного віку з нормотиповим розвитком переважають позитивні емоційні характеристики, такі як упевненість, стійкість, готовність до активних ігрових дій (позиції № 1, 3, 6, 7), що відображає їхню емоційну стабільність. Позиції, що свідчать про стомленість та відстороненість (позиції № 5, 13, 21) зустрічаються значно рідше. Їхня соціальна активність і прагнення до розваг також виражені на високому рівні (позиція № 9). Позиція № 20 теж була обрана, вказуючи на прояви лідерських якостей.

Таким чином, для більш детального і наочного аналізу отриманих результатів ми обрали представлення даних у вигляді рисунка з розподілом у відсотках. Така візуалізація забезпечує зручний та структурований спосіб для порівняння даних, що сприяє кращому розумінню відмінностей у емоційно-поведінкових реакціях дітей з кохлеарними імплантами та дітей з нормотиповим розвитком. Відображення результатів у відсотковому вигляді дозволяє підкреслити ключові тенденції, що виникають у процесі аналізу, і забезпечить точність при інтерпретації отриманих даних (Рис. 2.4.1.).

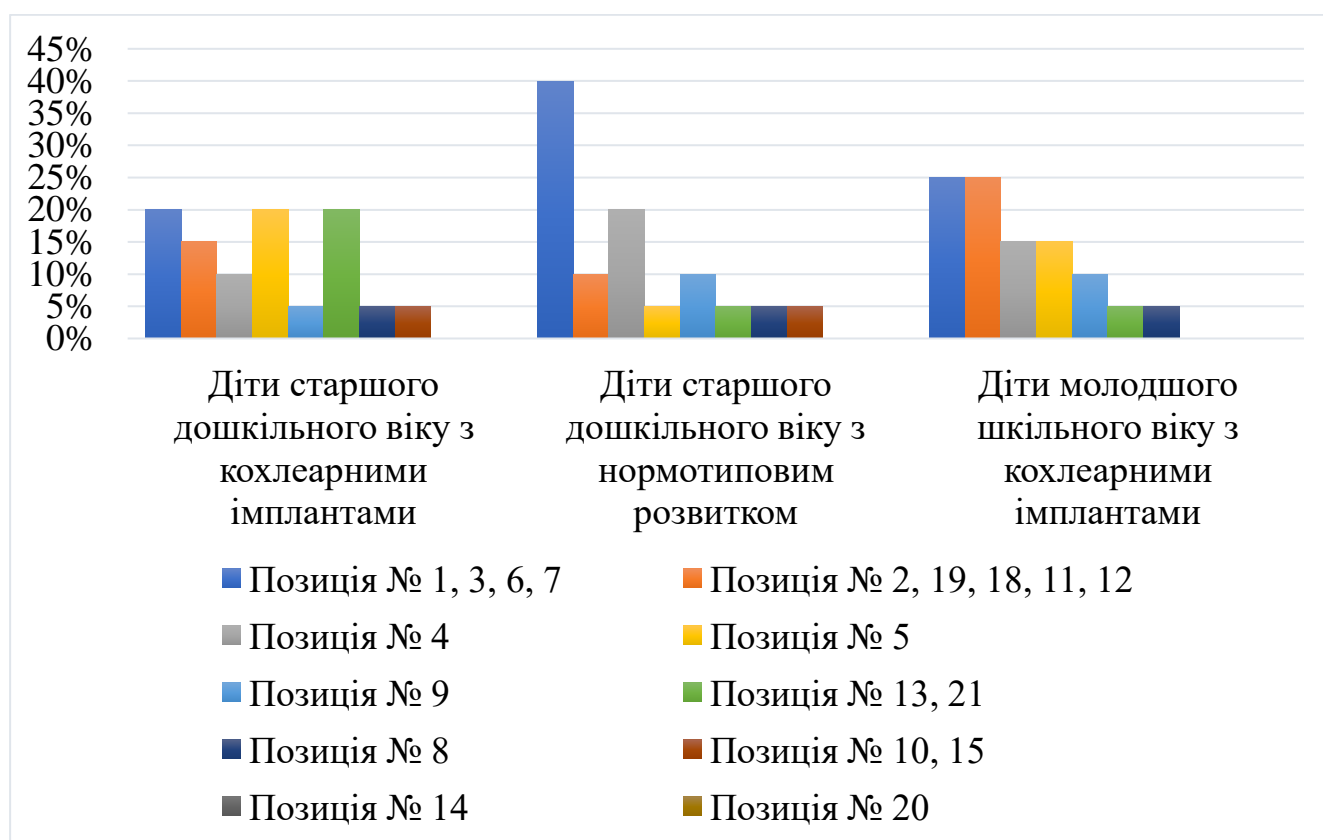


Рис. 2.4.1. Розподіл вибору позицій персонажів серед дітей з кохлеарними імплантами та нормотиповим розвитком за методикою П. Вілсона «Дерево з чоловічками» (у%)

З урахуванням розподілу результатів у відсотках, стає очевидним, як різні категорії дітей реагують на представлені образи, що дозволяє краще зрозуміти емоційно-поведінкові реакції кожної групи. Ці дані є важливими для подальшого аналізу, оскільки вони висвітлюють ключові особливості в соціальній взаємодії та

самоідентифікації дітей з кохлеарними імплантами порівняно з дітьми з нормотиповим розвитком. Зокрема, у групі дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами спостерігається частковий вибір позицій, що свідчить про прагнення до подолання перешкод (20% для позицій № 1, 3, 6, 7), але значна частина вибору припадає на позиції, які відображають відстороненість та тривожність (20% для позицій № 13, 21). Це може свідчити про психологічні труднощі та обмеження в соціальній адаптації. Інші позиції, які характеризують слабкість та стомленість, також отримали вагоме представлення (20% для позиції № 5).

Водночас, у дітей старшого дошкільного віку з нормотиповим розвитком спостерігається інша тенденція. Вони переважно вибирають позиції, що демонструють упевненість і стійкість (40% для позицій № 1, 3, 6, 7), що вказує на їхню активність і соціальну залученість. Позиції, пов'язані з товариськістю та підтримкою (10% для позицій № 2, 19, 18, 11, 12), а також бажанням до розваг (10% для позиції № 9), також мають значну вагу. При цьому, позиції, що свідчать про відстороненість і стомленість, не мають значної частки у виборі.

У дітей молодшого шкільного віку з кохлеарними імплантами відзначається більш рівномірний розподіл вибору, зокрема на позиціях, що пов'язані з подоланням перешкод та соціальною підтримкою (25% для позицій № 1, 3, 6, 7 та № 2, 19, 18, 11, 12). Позиції, що відображають слабкість чи відстороненість, не домінують, однак присутні певні тенденції до вибору позицій, пов'язаних із комфортом і нормальним адаптаційним процесом. Представлений розподіл відображає відмінності в емоційному та соціальному стані дітей залежно від віку та наявності кохлеарних імплантів, а також дає змогу побачити, як конкретні емоційні характеристики проявляються в різних групах.

У контексті даного дослідження соціальної компоненти невербального інтелекту, методика Б. Бернса та С. Кауфмана «Кінетичний малюнок сім'ї» виступає дієвим інструментом для вивчення особливостей емоційних взаємин у родині та внутрішнього світу дитини. Методика дозволяє оцінити рівень тривожності, особливості міжособистісних відносин і суб'єктивну значущість окремих членів родини для дитини. У дослідженні інструкція подавалась у формі завдання: «Намалюй

свою сім'ю так, як ви разом щось робите». Після завершення малюнка дітям ставили запитання, що уточнювали їхні уявлення про зображене: «Хто це?», «Що вони роблять?», «Чому ти намалював саме так?» Відповіді дітей були важливими для розуміння їхнього ставлення до членів родини, рівня емоційного комфорту в сімейному колі, а також особистісних переживань.

У цьому дослідженні використовувалась система інтерпретації малюнків Г. Хоментausкаса (литовський вчений), яка ґрунтується на аналізі просторового розташування, розмірів та деталей фігур, використання кольорів, а також взаємодії між зображеними персонажами. Ця система дозволяє більш ґрунтовно зрозуміти структуру емоційного світу дитини, розкриваючи приховані аспекти її переживань. Основними критеріями аналізу були такі показники, як пропорційність зображених фігур, їхня відстань одна від одної, ступінь деталізації частин тіла, домінуючі кольори та їх психологічне значення. Використання цієї системи у роботі було зумовлено її здатністю враховувати як вербальні, так і невербальні аспекти самовираження дитини, що є особливо важливим у роботі з дітьми з кохлеарними імплантами, які мають комунікативні та емоційні труднощі.

Інтерпретуючи малюнки у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами малюнки, було виявлено, що діти часто відображали емоційну залежність від матері або іншого значущого дорослого. Домінувала фігура матері, яка зображалась найбільшою або центральною на малюнку, тоді як інші члени родини займали периферійні позиції або були менше деталізовані. У багатьох випадках використовувались яскраві кольори, як-от червоний, жовтий і помаранчевий, які, незважаючи на символіку емоційної напруги та тривоги, також свідчили про позитивні очікування і потребу в підтримці. Відповідаючи на запитання, діти часто підкреслювали важливість матері як основного джерела підтримки та турботи, виражаючи сумніви щодо власної здатності до самостійності.

У дітей молодшого шкільного віку з кохлеарними імплантами малюнки демонстрували схожу тенденцію до акцентування уваги на одній ключовій фігурі, проте часто спостерігалось більше структурованості у зображенні сімейних взаємин. Діти використовували темніші кольори, зокрема синій та чорний, які асоціюються з

внутрішнім неспокоєм та переживаннями. Також, діти зображали себе ближче до одного з батьків, що свідчило про потребу у безпосередній підтримці. Після виконання завдання вони часто відповідали, що відчують себе більш захищеними у присутності конкретного члена родини, підкреслюючи значущість емоційного зв'язку.

Малюнки дітей старшого дошкільного віку з нормотиповим розвитком характеризувались більшою гармонійністю. Фігури членів родини зазвичай розташовувались на однаковій відстані одна від одної, зображались у пропорційних розмірах, з чітко деталізованими частинами тіла. Діти активно використовували яскраві кольори (зелений, жовтий та синій), що свідчило про їхню емоційну стабільність і позитивний світогляд. У відповідях діти часто розповідали про спільні сімейні традиції та улюблені заняття, що вказувало на доброзичливу атмосферу в родині. У порівняльній таблиці (Таблиця 2.4.2.) ми хочемо деталізувати розбіжності в розташуванні фігур на малюнках.

Таблиця 2.4.2. Порівняльний аналіз малюнків дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами, дітей старшого дошкільного віку з нормотиповим розвитком та дітей молодшого шкільного віку з кохлеарними імплантами за методикою Б. Бернса та С. Кауфмана «Кінетичний малюнок сім'ї»*

Категорії дітей	Діти старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами	Діти молодшого шкільного віку з кохлеарними імплантами	Діти старшого дошкільного віку з нормотиповим розвитком
Параметри аналізу			
Розташування фігур	Фігура матері або бабусі зазвичай домінує, розташована в центрі або ближче до дитини; інші члени родини часто на другому плані.	Центральна позиція дитини ближче до одного з батьків; менша увага до інших членів родини.	Рівномірний розподіл фігур; всі члени родини розташовані на однаковій відстані, символізуючи гармонійні стосунки.

Продовження Таблиці 2.4.2.

Розмір фігур	Дитина та мати малюються більшими за інших, підкреслюючи їхню значущість; інші фігури менш помітні або зменшені.	Фігури дитини та одного з батьків (частіше матері) більші, що вказує на прив'язаність; інші члени родини менш виражені.	Фігури мають пропорційні розміри, що відображає збалансоване ставлення до членів родини.
Деталізація фігур	Частини тіла часто неповні (пропущені руки, ноги), що вказує на тривожність та невпевненість у собі.	Пропущення окремих деталей, особливо у менш значущих членів родини, що свідчить про зосередженість на емоційно важливих для дитини фігурах.	Фігури детально промальовані, з урахуванням всіх частин тіла, що свідчить про стабільний емоційний стан.
Використання кольорів	Яскраві кольори (червоний, жовтий, помаранчевий), що вказують на емоційну напругу, але водночас символізують позитивні очікування.	Темніші кольори (синій, чорний), які відображають внутрішню тривожність та переживання; іноді з'являються яскраві елементи, що свідчать про надію.	Світлі, гармонійні кольори (зелений, жовтий, синій), що вказують на позитивний емоційний фон і комфортні сімейні стосунки.
Відстань між фігурами	Дитина малює себе дуже близько до матері або бабусі; відстань до інших членів родини більша, що символізує емоційну залежність.	Менша дистанція між дитиною та ключовою фігурою (зазвичай матір'ю); інші члени родини розташовані далі.	Відстань між фігурами рівномірна, що свідчить про гармонійні взаємини у сім'ї.

Продовження Таблиці 2.4.2.

Взаємодія фігур	Активна взаємодія дитини з одним із членів родини, найчастіше з матір'ю; інші члени родини залишаються поза емоційним контактом.	Основна взаємодія з ключовою фігурою (матір'ю або батьком), решта членів родини відображаються пасивно.	Всі члени родини взаємодіють, часто зображені під час спільної діяльності, що вказує на відчуття приналежності до групи.
Емоційний фон	Відображення тривоги, залежності та невпевненості; потреба у захисті та підтримці; поєднання яскравих кольорів із переживаннями.	Емоційний фон характеризується підвищеною тривожністю, зосередженістю на одному значущому члені родини; водночас присутні нотки надії.	Загалом позитивний емоційний фон, що свідчить про стабільні та гармонійні відносини в родині.
Вербальні відповіді	Діти часто говорять про роль матері як головного захисника; висловлюють невпевненість у собі та страх перед майбутнім.	У відповідях акцентується на необхідності підтримки з боку ключової фігури; діти часто говорять про потребу в безпеці та розумінні.	Відповіді свідчать про позитивне ставлення до сім'ї, емоційну комфортність та впевненість у собі.

* система інтерпретації Г. Хоментausкаса

У результаті проведеного дослідження за методикою Б. Бернса та С. Кауфмана «Кінетичний малюнок сім'ї» було виявлено значні відмінності у соціальних компонентах у трьох категоріях дітей, що свідчить про різні рівні емоційної залученості, тривожності та взаємодії з членами родини. У наступному етапі аналізу результатів дослідження буде доцільно подати ці відмінності у вигляді відсоткових

показників, що забезпечить більш точну оцінку частоти виявлення різних емоційних патернів серед дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами, дітей молодшого шкільного віку з кохлеарними імплантами та дітей старшого дошкільного віку з нормотиповим розвитком (Рис. 2.4.1.).

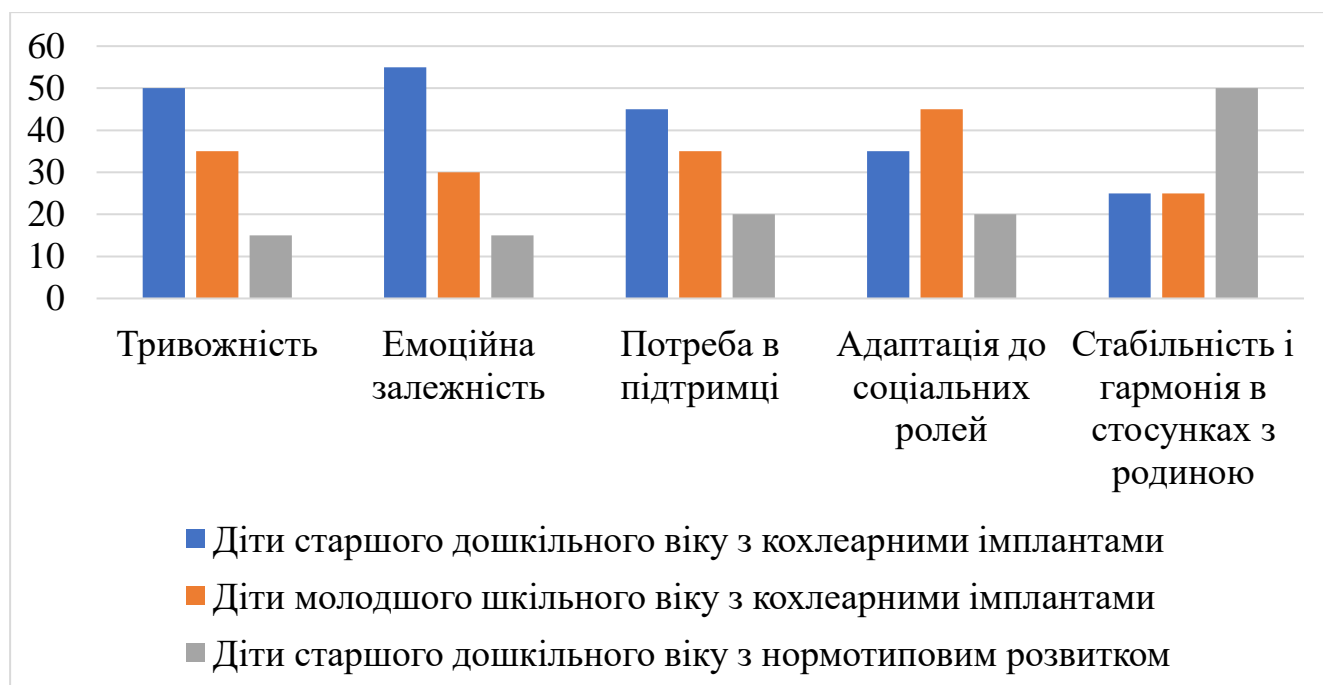


Рис. 2.4.2. Порівняльний аналіз соціальної компоненти невербального інтелекту у дітей з кохлеарними імплантами та нормотиповим розвитком за методикою Б. Бернса та С. Кауфмана «Кінетичний малюнок сім'ї» (у%)

Таким чином, наше дослідження показало, що діти з кохлеарними імплантами, незважаючи на подібність у загальних характеристиках малюнків, мають емоційні потреби, які виражаються через їхні соціальні взаємини з сім'єю. Вищий рівень емоційної залежності, тривожності та потреби в підтримці відзначався у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами, в той час як діти молодшого шкільного віку з цією ж особливістю розвитку проявляли більш зріле сприйняття та адаптацію до власних соціальних ролей. Водночас діти з нормотиповим розвитком демонстрували більш стабільні та гармонійні стосунки з родиною, що свідчить про позитивний емоційний фон і безпечне соціальне середовище.

У рамках нашого дослідження соціальної компоненти невербального інтелекту дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами, було

використано авторську анкету для освітян «Вивчення соціальної компоненти невербального інтелекту дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами». Анкета дозволяє оцінити соціальну взаємодію дітей з дорослими та однолітками через ряд запитань, що дозволяють педагогам визначити, як дитина проявляє себе в соціальних ситуаціях та взаємодіє з іншими людьми.

Шкала оцінювання в анкеті ґрунтується на п'яти бальній системі Лайкерта [171], де респонденти (педагоги) повинні оцінити, наскільки характерна для дитини певна поведінка, із зазначенням таких рівнів: 1 – зовсім не характерно, 2 – рідко характерно, 3 – іноді характерно, 4 – часто характерно, 5 – завжди характерно.

Анкета включає три основні частини: взаємодія з дорослими, взаємодія з однолітками та загальні питання, що охоплюють широкий спектр соціальних навичок. Кожен із цих розділів дозволяє оцінити, наскільки успішно дитина взаємодіє в різних соціальних контекстах.

У дослідженні соціальної компоненти невербального інтелекту серед дітей з різними типами розвитку (з кохлеарними імплантами та нормотиповим розвитком) було виявлено значні варіації в рівнях соціальної взаємодії, що відображає здатність дітей до ефективної комунікації та взаємодії з однолітками та дорослими. Визначення рівня соціальної взаємодії базувалося на інтерпретації шкали оцінки, що включала такі категорії, як ініціативність, здатність до адаптації в нових соціальних контекстах, емпатія та здатність до вирішення конфліктів.

Діти старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами продемонстрували значний розподіл у результатах: більшість дітей отримала 21–30 балів (низький рівень), що свідчить про труднощі у соціалізації, низьку активність у групових іграх, обмежену здатність до встановлення контактів з іншими дітьми та дорослими. Зокрема, педагоги зазначали (коментарі педагогів – *«діти часто переживають через невдачі»*), а також мають труднощі з мирним вирішенням конфліктів *«не завжди можуть вирішити конфлікти з однолітками мирно»*), що в цій групі значна частина дітей проявляє тривожність, що впливає на їх соціальні взаємодії. Проте, деякі діти отримали 31–40 балів (середній рівень), що вказує на кращу адаптацію та взаємодію, хоча вони все ще

потребують підтримки в складних соціальних ситуаціях (коментар педагога *«іноді діти проявляють ініціативу, але намагаються уникати агресії»*).

Діти молодшого шкільного віку з кохлеарними імплантами здебільшого набрали 31–40 балів (середній рівень), що свідчить про успішну адаптацію до соціальних умов, хоча й зазначалися деякі труднощі в нових або стресових ситуаціях. Педагоги відзначали, що діти *«іноді потребують підтримки при адаптації до нових соціальних ситуацій»* і *«часто переживають за негативну реакцію з боку однолітків»*. Лише деякі діти набрали 21–30 балів (низький рівень), що вказує на значні труднощі у соціалізації і потребу в додатковій підтримці (коментар педагога – *«діти часто виявляють боязкість і невпевненість у спілкуванні»*). Водночас, лише незначна частина дітей отримала 41 бал і більше (високий рівень), що вказує на рідкісні випадки високої соціальної активності та ініціативності (коментар педагога – *«діти здатні до ініціативи та активного включення в спільні дії, але таких дітей мало»*).

Діти старшого дошкільного віку з нормотиповим розвитком продемонстрували більш високі результати в порівнянні з дітьми з кохлеарними імплантами. Більшість дітей цієї категорії отримала 31–40 балів (середній рівень), що свідчить про здатність до позитивних соціальних взаємодій, хоча в окремих випадках відзначалися труднощі в адаптації (коментар педагога – *«діти активно включаються в групові ігри, але іноді потребують підтримки в складних ситуаціях»*). Деякі діти отримали 41 бал і більше (високий рівень), що свідчить про дуже високий рівень соціальної активності та емпатії (коментар педагога – *«діти чудово взаємодіють з іншими, проявляють ініціативу та лідерські якості»*). У той же час, троє дітей набрали 21–30 балів (низький рівень), що вказує на наявність невеликих труднощів у соціалізації, які потребують додаткової уваги (коментар педагога – *«діти часто стикаються з труднощами в адаптації до нових колективів, проявляють замкнутість»*).

Для наочного порівняння результатів дослідження соціальної компоненти невербального інтелекту дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами, за допомогою авторської анкети для освітян «Вивчення соціальної компоненти невербального інтелекту дітей старшого дошкільного віку з

кохлеарними імплантами», проведемо порівняльний аналіз у формі рисунка (Рис. 2.4.3.).

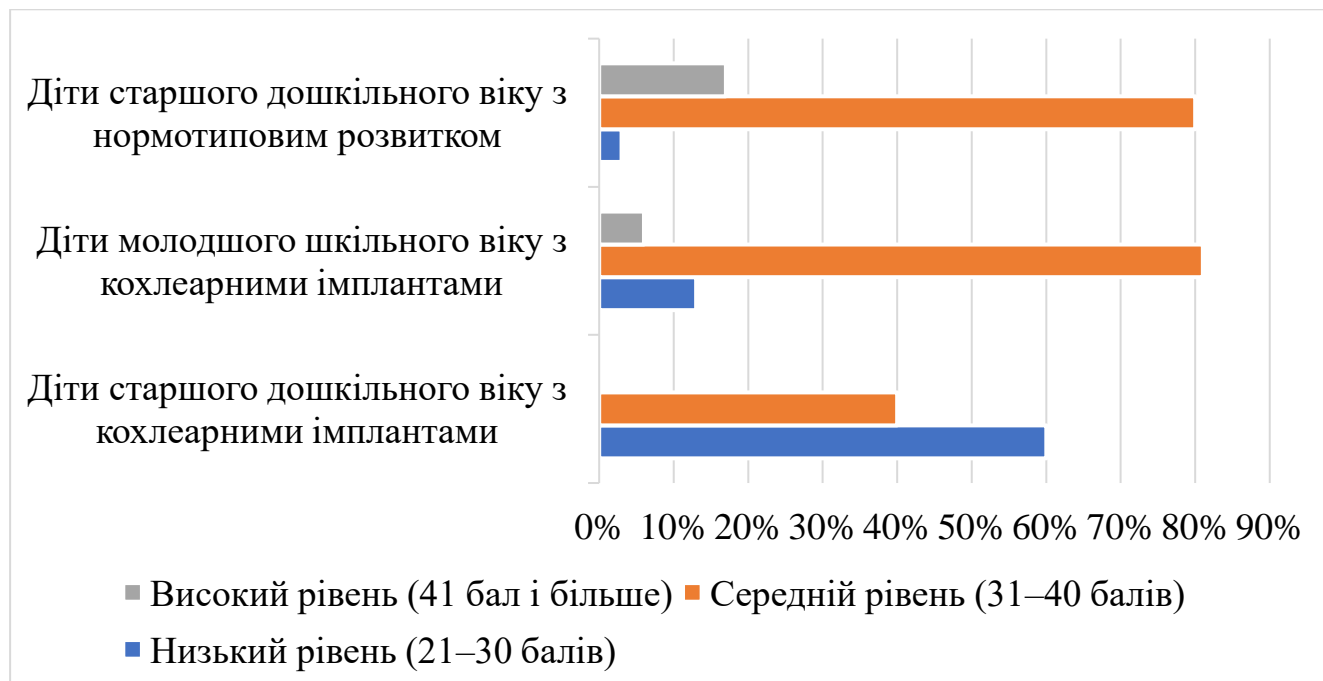


Рис. 2.4.3. Порівняння рівнів дослідження соціальної компоненти невербального інтелекту у дітей з КІ та нормотиповим розвитком за допомогою авторської анкети для освітян «Вивчення соціальної компоненти невербального інтелекту дітей старшого дошкільного віку з КІ» (у %)

У дітей старшого дошкільного віку з КІ 60% отримали низький рівень соціальної взаємодії (21–30 балів), що вказує на значні труднощі в соціалізації; 40% дітей показали середній рівень (31–40 балів), що свідчить про можливість соціальної адаптації, але із необхідністю додаткової підтримки. Серед дітей молодшого шкільного віку з КІ 13% виявили низький рівень (21–30 балів), 81% показали середній рівень (31–40 балів), що говорить про добру адаптацію, хоча й з деякими труднощами, а 6% досягли високого рівня (41 бал і більше), що є незначним відсотком. У дітей старшого дошкільного віку з нормотиповим розвитком лише 3% отримали низький рівень (21–30 балів), що свідчить про обмежену кількість дітей з труднощами в соціалізації, 80% показали середній рівень (31–40 балів), що є основним для цієї групи, а 17% досягли високого рівня (41 бал і більше), що вказує на лідерські якості та високу соціальну активність.

Загалом, результати дослідження показують, що рівень соціальної взаємодії серед дітей з КІ виявляється значно нижчим порівняно з дітьми з нормотиповим розвитком. У дітей КІ більшість показала середній рівень, що вказує на певну здатність до соціальної адаптації, але з необхідністю підтримки в нових ситуаціях. Водночас, діти з нормотиповим розвитком продемонстрували більший рівень соціальної активності, з помітним відсотком дітей, що отримали високий рівень соціальної взаємодії.

Отже, інтерпретація результатів, отриманих експериментальним шляхом, дає змогу встановити середній (47%) та низький рівні (49% досліджуваних) сформованості соціального компоненту невербального інтелекту дітей старшого дошкільного віку з КІ, високого – 4% (Табл. 2.4.3.).

Таблиця 2.4.3. Порівняльний аналіз стану сформованості соціального компоненту невербального інтелекту дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами (у %)

%	5 р.	6 р.	7 р.	Загальний
Високий	2	5	6	4
Середній	34	47	58	47
Низький	64	48	36	49

У дітей молодшого шкільного віку з КІ (8р.) невербальний інтелект також характеризується середнім рівнем (42%), низьким рівнем (39%) та високим (19%). (Табл. 2.4.4.)

Таблиця 2.4.4. Порівняльний аналіз стану сформованості соціального компоненту невербального інтелекту дітей молодшого шкільного віку з кохлеарними імплантами (у %)

%	8 р.	Загальний
Високий	19	19
Середній	42	42
Низький	39	39

У дітей старшого дошкільного віку з нормотиповим розвитком показники зафіксовано на іншому рівні. Соціальна складова невербального інтелекту, переважно, характеризується середнім (33%) та високим 43% рівнями (Табл. 2.4.5.). Було зафіксовано також низький рівень у 24% дошкільників, що може вказувати на недостатньо розвинену здатність до соціальної взаємодії, що в свою чергу може бути пов'язано з особливостями емоційної сфери, комунікаційних навичок або відсутністю достатнього соціального досвіду. Це також може свідчити про потребу в додаткових заходах щодо розвитку соціальних умінь та емоційного інтелекту у дітей цієї вікової категорії.

Таблиця 2.4.5. Порівняльний аналіз стану сформованості соціального компоненту невербального інтелекту дітей з нормотиповим розвитком (у %)

%	5 р.	6 р.	7 р.	Загальний
Високий	36	38	54	43
Середній	44	38	17	33
Низький	20	24	29	24

На основі проведеного аналізу можна зробити висновок, що дослідження соціальної компоненти невербального інтелекту дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами виявило певні особливості їх емоційного стану та соціальної адаптації. За допомогою методики «Дерево з чоловічками» виявлено, що діти старшого дошкільного віку з КІ частіше обирають позиції, що відображають відстороненість, тривожність, стомлюваність та невпевненість у собі, що може бути пов'язано з особливостями їх розвитку та комунікативними труднощами. Водночас, діти з нормотиповим розвитком демонструють більш активну позицію, обираючи «чоловічків» на верхівці дерева, що символізує впевненість, ініціативність та готовність до подолання перешкод. Ці дані підтверджуються результатами методики «Кінетичний малюнок сім'ї», де діти з кохлеарними імплантами акцентують увагу на фігурі матері, тоді як діти з нормотиповим розвитком зображують більш гармонійні сімейні стосунки.

Важливим аспектом є результати авторської анкети для педагогів, які свідчать про нижчий рівень соціальної взаємодії у дітей з кохлеарними імплантами. Вони мають труднощі у встановленні контактів, менш активні у групових іграх та частіше проявляють тривожність у соціальних ситуаціях. Діти з нормотиповим розвитком, навпаки, демонструють високу соціальну активність, ініціативність та емпатію. Порівняльний аналіз результатів дослідження дозволяє зробити висновок про те, що діти з кохлеарними імплантами мають певні труднощі у розвитку соціальної компоненти невербального інтелекту. Це може бути пов'язано з обмеженим соціальним досвідом, труднощами у сприйнятті невербальних сигналів та емоційною чутливістю. Водночас, у дітей молодшого шкільного віку з кохлеарними імплантами спостерігається позитивна динаміка у розвитку соціальних навичок, що може бути результатом більш структурованого навчання та цілеспрямованої педагогічної підтримки.

Висновки до другого розділу

У дослідженні було розроблено та проаналізовано структуру невербального інтелекту у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами. За результатами дослідження було розроблено практичну модель невербального інтелекту, яка включає когнітивну, особистісну та соціальну компоненти. Метою констатувального дослідження було виявлення стану розвитку та експериментальне дослідження рівня сформованості невербального інтелекту у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами.

Деталізована модель невербального інтелекту включає три рівні сформованості (високий, середній та низький), а також всі три компоненти та їх складові. Психологічна діагностика з встановлення компонентів невербального інтелекту та їх рівнів проходила за трьома напрямками: когнітивна компонента (оцінка рівня IQ, увага, наочно-дійове мислення, зорове сприйняття, пам'ять); особистісна компонента (емоції, Я-концепція, мотивація та інтерес); соціальна

компонента (самоідентифікація дитини, батьківське ставлення та освітнє середовище).

Психологічний аналіз когнітивної компоненти невербального інтелекту дозволив виявити, що діти старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами мають нижчий рівень розвитку зорового сприйняття, наочно-дійового мислення та уваги порівняно з нормотиповими дітьми. Це може бути зумовлено кількома факторами, зокрема, особливостями сенсорної інтеграції, впливом слухової депривації на когнітивний розвиток.

Аналіз особистісної компоненти невербального інтелекту показав, що діти старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами мають труднощі у розвитку емоційної сфери, самооцінки та мотивації. Ці особливості, ймовірно, є наслідком комплексної взаємодії біологічних, психологічних та соціальних факторів. Зокрема, обмеження в сприйнятті звукової інформації, навіть за умови використання кохлеарних імплантів, може ускладнювати процес розпізнавання та інтерпретації емоційних сигналів, що передаються через інтонацію та інші просодичні характеристики мовлення. Це може призводити до труднощів у розвитку емоційної компетентності, зокрема в розпізнаванні та вираженні власних емоцій, а також у розумінні емоційних станів інших людей.

Аналіз соціальної компоненти невербального інтелекту виявив, що діти старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами мають труднощі у соціальній адаптації та взаємодії з однолітками. Недостатня сенсорна інтеграція та затримка у формуванні комунікативних навичок можуть ускладнювати розуміння невербальних сигналів, інтерпретацію емоційного стану інших осіб та встановлення ефективної міжособистісної взаємодії.

Порівняльний аналіз показав, що діти старшого дошкільного віку з нормотиповим розвитком демонструють вищий рівень невербального інтелекту в усіх його компонентах, зокрема когнітивній, особистісній та соціальній, порівняно з дітьми, які використовують кохлеарні імпланти. Це пояснюється природним формуванням слухового сприйняття, що сприяє розвитку когнітивних процесів,

зокрема уваги, пам'яті та мислення, а також ефективнішому оволодінню соціальними та емоційними навичками.

Аналіз дітей молодшого шкільного віку з кохлеарними імплантами свідчить про певне покращення їхніх когнітивних та соціально-емоційних показників у порівнянні з дітьми старшого дошкільного віку з такими ж слуховими порушеннями. Це може бути наслідком більш тривалого досвіду використання імпланта, що дозволяє компенсувати деякі труднощі, пов'язані з слуховою депривацією.

Отримані результати дослідження дозволяють зробити висновок про те, що діти старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами мають певні труднощі у розвитку невербального інтелекту. Результати дослідження підкреслюють важливість цілеспрямованої корекційно-розвиткової роботи з дітьми старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами, спрямованої на розвиток невербальних здібностей, емоційної саморегуляції та соціальної адаптації.

Матеріали другого розділу висвітлено у публікаціях авторки: «Невербальний інтелект як засіб формування основних компетентностей дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантатами»; «Особливості використання технологій невербального інтелекту у спеціальній психології»; «Соціальна компонента як основа формування структури невербального інтелекту дошкільників з кохлеарними імплантатами»; «Особливості формування невербального інтелекту у дітей з особливими освітніми потребами»; «Вплив соціальної ситуації розвитку невербального інтелекту у дітей з кохлеарними імплантатами»; «Особливості психодіагностики когнітивної сфери дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантатами»; «Структурність моделі невербального інтелекту дітей дошкільного віку з кохлеарними імплантатами»; «Методика дослідження невербального інтелекту у дітей з особливими освітніми потребами»; «Валідативні методики діагностування невербального інтелекту у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами»; «Особливості проведення Leiter-3 з дітьми з кохлеарними імплантами в інклюзивно-ресурсному центрі».

РОЗДІЛ 3. ТЕХНОЛОГІЇ ФОРМУВАННЯ НЕВЕРБАЛЬНОГО ІНТЕЛЕКТУ ДІТЕЙ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З КОХЛЕАРНИМИ ІМПЛАНТАМИ

3.1. Теоретико-методичне обґрунтування психологічної технології формування невербального інтелекту дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами

Невербальний інтелект визначається нами через стани сформованості когнітивної, особистісної та соціальної компоненти. Беручи до уваги результати психологічної діагностики, було розроблено програму психологічної допомоги та програму психологічного супроводу «Метаігрова психотерапія у роботі з формування невербального інтелекту у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами». Структура програми представлена метою, завданнями, принципами, методами та формами психокорекційних впливів на особистість дошкільника.

У ході розробки формувальної методики нами врахована досліджувана специфіка й потенційні можливості формування невербального інтелекту дошкільників окресленої категорії і розроблено модель програми психологічної корекції з формування компонент та складових невербального інтелекту.

Основною **метою** була розробка корекційної програми формування невербального інтелекту з урахуванням стану сформованості компонент та перевірка її ефективності.

Для досягнення мети було поставлено такі **завдання**:

1. Визначити теоретичні та організаційно-методичні основи ігрової психокорекції, метафоричних асоціативних карт та артопсихотерапії, упередження порушень формування компонент невербального інтелекту у дошкільників з кохлеарними імплантами.

2. Розробити та апробувати програму формування компонент (когнітивної, особистісної, соціальної) невербального інтелекту дошкільників з кохлеарними імплантами.
3. Встановити динаміку та виокремити особливості формування невербального інтелекту, можливі причини виникнення труднощів у функціонуванні складових.
4. Виявити ефективність програми формування невербального інтелекту методами артотерапії, ігрової психотерапії та роботи з метафоричними асоціативними картами у досліджуваних дітей.

Вирішення завдань формувального експерименту здійснювалося шляхом моделювання психологічного впливу на дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами та формування в них компонент невербального інтелекту. Нами було розроблено модель психокорекційної роботи з розвитку та упередження порушень компонент невербального інтелекту. Основу моделі склали принципи та умови психологічного впливу, технології впливу на особистість дошкільника, форми психологічної корекції. Моделювання психологічного впливу було покладено в основу програми «Метаігрова психотерапія у роботі з формування невербального інтелекту у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами».

Метою програми є розроблення та реалізація психологічних технологій з формування невербального інтелекту та корекції можливих труднощів у дошкільників з кохлеарними імплантами. Згідно з поставленою метою було уточнено такі завдання:

1. Створення теоретико-методичної основи для розробки програми.
2. Розроблення технологій формування компонентів невербального інтелекту старших дошкільників, що були охоплені дослідженням.
3. Адаптація артотерапевтичних, метафоричних та ігрових технологій у практичній роботі психолога з дошкільниками з кохлеарними імплантами.

Теоретико-методичним підґрунтям програми виступали положення особистісно орієнтованого та системного підходів.

1. Відповідно до особистісно зорієнтованого підходу, ефективне формування невербального інтелекту чи іншого типу інтелекту у дітей з особливими освітніми потребами пов'язана із мотивацією та поведінковою, емоційною реакціями особистості і виявляється: по-перше, у способах організації дошкільником сприйнятої інформації; по-друге, у виборі способу реакції на події навколишньої дійсності.
2. Із позиції системного підходу формування компонентів невербального інтелекту потребує систематичних і комплексних занять, що передбачатимуть формування мотивації до спілкування та позитивних установок у процесі спілкування.

Розробляючи зміст формувального експерименту, ми спиралися на відомі дидактичні *принципи* спеціальної психології, зокрема принципи гуманізму, дитиноцентризму, орієнтованості дитини на інноваційність в психокорекційній роботі. Окрім основних принципів, нами було застосовано допоміжні: принцип інтересу, принцип єдності з життям, принцип наступності й доступності. Принцип інтересу забезпечувався задоволенням природної потреби дошкільників у різноманітних враженнях і стимулював збагачення життєво-емоційного досвіду дитини під час корекційних занять (індивідуальних або групових). Принцип єдності з життям передбачав усвідомлення дошкільників спектра власних переживань, емоцій, почуттів під час вправ із програми як специфічного віддзеркалення явищ навколишньої дійсності, підготовки до майбутнього «дорослого» життя засобами ігрових технік. Принцип доступності полягав у відповідності певних вправ віковим і пізнавальним можливостям дошкільників. Принцип наступності давав змогу, на підставі врахування вікових особливостей старших дошкільників, здійснювати поступове збагачення їх особистості. Він забезпечувався за принципом ускладнення завдань, матеріалів і видів діяльності.

На підставі зазначених теоретичних положень і психолого-корекційних умов було розроблено зміст методики, спрямованої на формування, розвиток і корекцію невербального інтелекту дітей старшого дошкільного віку з КІ в процесі спеціально організованих психокорекційних занять (Табл. 3.1.1.). Програма структурно передбачала реалізацію 4 блоків. Кожне індивідуальне заняття розраховано на 20-25 хвилин, групове становить 35-40 хвилин, згідно вікових норм проведення корекційно-розвиткових занять [108]. Зустрічі із дітьми, що входили до модулів, були побудовані в формі тренінгових вправ, ігор з інтеграцією індивідуальної та групової роботи, психотехнологічної та просвітницької діяльності.

Таблиця 3.1.1. Структура програми «Метаігрова психотерапія у роботі з формування невербального інтелекту у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами»

Змістові блоки програми	Теми корекційних занять	Технології змістових блоків програми
1. Формування когнітивної компоненти	Заняття 1. «Світлофор уваги» – розвиток концентрації та стійкості уваги	Артотерапевтичні: створення колажів, малюнків «Відчуваю світ очима». Метафоричні: асоціативні карти із зображеннями природи, предметів. Ігрові: використання пазлів, інтерактивних завдань.
	Заняття 2. «Скарбниця пам'яті» – розвиток короткотривалої та довготривалої пам'яті	Артотерапевтичні: створення «Дерева пам'яті» із символами важливих подій; розвиток пам'яті через дотик. Метафоричні: історії за картинками. Ігрові: вправи на запам'ятовування предметів (впізнавання й відтворення).
	Заняття 3. «Маленький художник» – розвиток зорового сприйняття через творчі завдання.	Артотерапевтичні: малювання картин за готовими контурами. Метафоричні: розповіді за сюжетами асоціативних карт. Ігрові: використання інтерактивних дощок (створення візуальних композицій).

Продовження Таблиці 3.1.1.

	Заняття 4. «Чарівні форми і кольори» – робота з кольорами та формами у творчій грі.	Артотерапевтичні: створення абстрактних колажів; робота з кольоровим піском. Метафоричні: вибір асоціативних карт за кольорами. Ігрові: вправи з блоками З. Дьєнєша (складання фігур).
	Заняття 5. «Тіньові історії» – розвиток просторового уявлення через тіньові інсталяції та казки.	Артотерапевтичні: створення тіньових малюнків. Метафоричні: історії з тіньових картинок. Ігрові: використання лялькового театру (постановки за участю тіньових фігур).
	Заняття 6. «Запам'ятай і знайди» – вправи на зорову пам'ять за допомогою яскравих об'єктів.	Артотерапевтичні: створення «Карт пам'яті». Метафоричні: вибір карток для складання історій. Ігрові: вправи на впізнавання «Знайди зайве»; картки із завданнями «Пошук відповідності».
	Заняття 7. «Калейдоскоп фантазій» – стимуляція асоціативного мислення через зображення.	Артотерапевтичні: малювання асоціацій. Метафоричні: пошук спільного в асоціативних картах. Ігрові: головоломки (аналіз зображень); творчі композиції (створення історій за абстракціями).
	Заняття 8. «Створи свою історію» – розвиток наочно-дійового мислення за допомогою послідовних картинок.	Артотерапевтичні: створення «Книги історій». Метафоричні: складання послідовностей. Ігрові: вправи з картками (створення логічних ланцюжків); розповіді за малюнками (обговорення сюжетів).

Продовження Таблиці 3.1.1.

2. Формування особистісної компоненти	Заняття 1. «Кольорові емоції» – дослідження базових емоцій через кольорові асоціації.	Артотерапевтичні: малювання емоцій кольорами, створення «емоційного щоденника». Метафоричні: асоціативні карти із зображеннями людей, тварин. Ігрові: розповіді за картинками (створення історій); колективний колаж (спільний малюнок).
	Заняття 2. «Веселковий настрій» – вираження власного стану через малювання та гру.	Артотерапевтичні: створення «Веселкової картини»; вибір мелодій для настрою. Метафоричні: вибір карток за настроєм. Ігрові: вправи із дзеркалами (відображення емоцій).
	Заняття 3. «Моя чарівна карта» – формування позитивного образу «Я» через візуалізацію.	Артотерапевтичні: малювання власного образу. Метафоричні: асоціативні карти з позитивними асоціаціями; колаж «Мій світ» (створення особистого простору); робота з піском (відображення емоцій через малюнки).
	Заняття 4. «Дерево бажань» – мотивація до досягнення цілей за допомогою символічного малюнка.	Артотерапевтичні: створення «Дерева бажань». Метафоричні: створення макетів (символічне зображення мрій та цілей).
	Заняття 5. «Хмаринки радості» – робота з емоційними станами через кольорові асоціації.	Артотерапевтичні: створення малюнків «Радісне небо». Метафоричні: вибір різноманітних карток для відображення емоцій. Ігрові: вправи з пісочницею (символіка емоцій).

Продовження Таблиці 3.1.1.

	Заняття 6. «Я і природа» – усвідомлення власної унікальності через зображення природи.	Артотерапевтичні: малювання природи; робота з природними матеріалами. Метафоричні: вибір асоціативних карт із природними пейзажами.
	Заняття 7. «Глибини мрій» – рефлексивні вправи через абстрактні малюнки.	Артотерапевтичні: створення абстракцій. Метафоричні: асоціативні карти для вираження емоцій. Ігрові: вправи на асоціації (пошук сенсу у картинах); творчі бесіди (обговорення уявлень).
	Заняття 8. «Мої маленькі радощі» – стимулювання інтересу до різних сфер життя через творчі завдання.	Артотерапевтичні: створення «Карти радощів». Метафоричні: вибір асоціативних карт із символами радості. Ігрові: вправи з музикою (відображення емоцій у звуках); розповіді «Що приносить радість?».
3. Формування соціальної компонента	Заняття 1. «Веселе коло друзів» – розвиток співпраці у групових іграх та вправах.	Артотерапевтичні: створення спільних артопроектів, як-от «Місто друзів»; сценки про сім'ю, друзів. Метафоричні: асоціативні карти із соціальними сюжетами.
	Заняття 2. «Мій сімейний дім» – усвідомлення власної ролі в сім'ї через творчість та спільні розповіді.	Артотерапевтичні: малювання «Сімейного дерева»; колективний колаж - створення «Будинку мрій». Метафоричні: асоціативні карти із сімейними ситуаціями; обговорення ролей (хто ким є у сім'ї).
	Заняття 3. «Чарівний сад дружби» – розвиток навичок взаємодії через спільне малювання.	Артотерапевтичні: створення «Саду дружби». Метафоричні: асоціативні карти з соціальними сюжетами. Ігрові: вправи у парах (складання історій); групова робота: створення великого малюнка.

Продовження Таблиці 3.1.1.

	Заняття 4. «Доріжка дружби» – побудова комунікації через рольові ігри.	Артотерапевтичні: створення символів дружби. Метафоричні: вибір карт для діалогу. Ігрові: рольові ігри (сценки на тему дружби); вправи з піском (створення спільних об'єктів).
	Заняття 5. «Подарунок від серця» – розвиток емпатії через створення подарунків власними руками.	Артотерапевтичні: виготовлення подарунків (створення листівок). Метафоричні: асоціативні карти з позитивними емоціями.
	Заняття 6. «Освітній майданчик» – адаптація до освітнього середовища через рольові ситуації.	Артотерапевтичні: малювання «Моя група мрії». Метафоричні: вибір сюжетів для садочка. Ігрові: вправи на адаптацію (обігрування різноманітних ситуацій).
	Заняття 7. «Світло доброти» – усвідомлення значення позитивного спілкування через художні образи.	Артотерапевтичні: малювання «Променів доброти». Метафоричні: асоціативні карти про добрі вчинки. Ігрові: колективні ігрові вправи (створення ситуацій доброти); обговорення «Як проявляється доброта у житті?».
	Заняття 8. «Моя дружна сім'я» – вивчення ролей у соціумі через малювання і спільні розмови.	Артотерапевтичні: малювання родинного портрету. Метафоричні: асоціативні карти із сімейними сюжетами. Ігрові: групова дискусія (ролі у соціумі); колективна гра (побудова соціальних зв'язків через творчість).

Продовження Таблиці 3.1.1.

4. Підсумковий блок	Заняття 1. «Калейдоскоп відкриттів» – інтеграція способів розвитку уваги та пам'яті.	Артотерапевтичні: створення великих проектів (картини, інсталяції); перегляд фото із занять. Метафоричні: асоціативні карти для аналізу досягнень. Ігрові: використання інтерактивних завдань.
	Заняття 2. «Емоційний ключ» – закріплення роботи з емоціями через колективні малюнки.	Артотерапевтичні: створення «Ключа емоцій»; малюнки-рефлексії (зображення власних емоцій). Метафоричні: аналіз емоцій через асоціативні карти. Ігрові: групові ігрові вправи (розповіді про емоції).
	Заняття 3. «Скарбничка думок» – інтеграція когнітивних, емоційних та соціальних навичок у творчих завданнях.	Артотерапевтичні: створення «Скарбнички досягнень». Метафоричні: аналіз асоціативних карт з досягненнями. Ігрові: вправи на розвиток мислення (інтерактивні завдання); групові вправи (обговорення важливого).
	Заняття 4. «Подорож до мрії» – формування мотивації через створення візуального маршруту.	Артотерапевтичні: малювання «Шляху до мрії». Метафоричні: вибір асоціативних карт з метафорами досягнення. Ігрові: симуляції (обігрування шляху до мети); групові бесіди (обговорення перешкод і підтримки).
	Заняття 5. «Барви спілкування» – вирішення соціальних завдань через спільну творчість.	Артотерапевтичні: створення «Дзеркальних образів». Метафоричні: асоціативні карти для самопізнання. Ігрові: вправи на рефлексію (аналіз занять); обговорення у колі «Що вдалося досягти?».

Продовження Таблиці 3.1.1.

	Заняття 6. «Будуємо разом» – розвиток співпраці у груповій творчій роботі.	Артотерапевтичні: створення спільних інсталяцій. Метафоричні: асоціативні карти із соціальними сюжетами. Ігрові: вправи на спільне вирішення задач та обговорення ролей у команді.
	Заняття 7. «Сяйво спогадів» – узагальнення отриманих знань через створення спільних артоб'єктів.	Артотерапевтичні: створення «Картини спогадів». Метафоричні: асоціативні карти для аналізу успіхів. Ігрові: вправи на обговорення результатів; вправи на пам'ять (згадування важливих моментів).
	Заняття 8. «Пригоди у країні мрій» – підсумкова робота (виставка, колаж, театральна постановка)	Артотерапевтичні: створення фінальної інсталяції. Метафоричні: вибір асоціативних карт для узагальнення отриманих знань. Ігрові: вправи на обговорення результатів.

Блок перший спрямований на формування та корекцію когнітивної компоненти та її складових. Блок другий – на розвиток і формування особистісної компоненти. Блок третій – на формування соціальної компоненти невербального інтелекту. Заняття проходили упродовж 2022-2024 років на базі Комунального закладу «Інклюзивно-ресурсний центр» Вишгородської міської ради Київської області; Навчально-реабілітаційного центру «Надія» Вишгородської міської ради Київської області; Одеську спеціальну школу № 75, місто Одеса, Одеська область; «Інклюзивно-ресурсний центр» Романівської селищної ради Житомирського району Житомирської області; Хмельницьку спеціальну загальноосвітню школу № 33, міста Хмельницький, Хмельницька область; Вишгородського міського комунального дошкільного навчального закладу (ясла-садок) «Чебурашка», місто Вишгород, Київська область; Інклюзивно-ресурсний центр № 10 Шевченківського району міста Києва.

Корекційний вплив здійснено виключно по відношенню до експериментальної групи, яка склала 11 осіб, решта 10 дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами – це контрольна група (на неї не здійснено психологічного та корекційного впливу, лише діагностичні зрізи). Для отримання надійних результатів означена вибірка була сформована для перевірки дієвості розробленої програми, що базувалася на використанні методів артотерапії, ігрової психотерапії та роботи з метафоричними асоціативними картами.

Крім основної програми, було розроблено супроводжувальну додаткову програму для педагогів/освітян і батьків, яка використовувалася в експериментальній групі з метою комплексного впливу на формування невербального інтелекту особистості дошкільника з кохлеарними імплантами та уникнення психологічних труднощів у дошкільників, що були охоплені дослідженням.

Методологічним підґрунтям для розробки програм психологічної корекції невербального інтелекту у дітей дошкільного віку з кохлеарними імплантами була інтеграція сучасних інноваційних методик артотерапевтичного підходу (пісочна психотерапія, ігрова психотерапія, музична психотерапія, кіно- та фототерапія, робота з метафоричними асоціативними картами, танцювально-рухова психотерапія, казкотерапія, лялькотерапія, кольоротерапія тощо).

Необхідно зупинитись і на основних засобах реалізації зазначених теоретичних положень. Під час проведення експерименту нами активно застосовувалися різні види зображень людини, її обличчя: піктограми та фотокартки із зображенням основних емоційних станів, жестів на окремих картках і сюжетних малюнках; звукові записи, відеозаписи; музичні, музично-ритмічні вправи; рухливі ігри; мімічна гімнастика; психогімнастика; дидактичні ігри; ігри-драматизації; читання казок; робота з інтерактивними технологіями, тощо.

Робота за цією програмою передбачає дотримання дорослими (педагогами, психологами) таких **принципів проведення**: поважне ставлення до дитини; похвала за найменші успіхи; відсутність порівняння дітей між собою; безоціночне

ставлення до дітей та відсутність порівнянь дітей перед батьками – навчити, а не оцінити; сприяння зміцненню стосунків між дітьми в групі; заохочення менш активних дошкільників; підкреслення цінності кожного як особистості.

Під час корекційно-терапевтичної роботи доречно застосовувати такі *види допомоги*: заохочення – спонукання до діяльності; *демонстрація* прикладу; *повторення* інструкції; *натяк* – непряма підказка; *підказка* – часткове називання відповіді; *відповідь із поясненням* – надання відповіді з роз'ясненням принципу її побудови; *виконання разом з дитиною* – керування її рухами, коментар дій; *супроводжувальні інструкції*. Отже, допомогу дорослі надають за принципом – від мінімальної до максимальної.

Окрім основної програми для дошкільників, нами було розроблено супроводжувальну **додаткову програму для педагогів/освітян і батьків**, що в комплексній взаємодії впливатиме на формування компонентів невербального інтелекту у дітей з кохлеарними імплантами, шляхом сприяння гармонізації впливу зовнішнього соціального середовища розвитку дитини засобами групової та індивідуальної просвітницької роботи з найближчим оточенням дитини, батьками та педагогами/освітянами. Ця програма спрямована на забезпечення сприятливого соціального середовища для дошкільників, як забезпечення зовнішніх передумов формування невербального інтелекту.

Додаткову програму для педагогів/освітян і батьків зосереджено на розв'язанні таких завдань:

- 1) ознайомлення дорослих з віковими, психофізичними та індивідуальними особливостями дошкільників з кохлеарними імплантами та дошкільників нормотиповим розвитком;
- 2) ознайомлення зі способами взаємодії з категорією імплантованих дошкільників;
- 3) сприяння формуванню позитивного ставлення дорослого до дитини, що ґрунтується на безумовному прийнятті;
- 4) формування адекватного ставлення дорослих до порушення когнітивної, емоційної та поведінкової сфер дошкільника;

- 5) сприяння усвідомленню дорослими власної ролі в формуванні невербального інтелекту та особистості дошкільника з кохлеарними імплантами.

Додаткова програма складалася з двох напрямів роботи:

1. Консультативна робота з педагогами проходила в двох формах: по-перше, індивідуальне консультування педагогів, психологів, соціальних працівників, які працюють із дошкільниками експериментальної групи в навчальній установі; по-друге, навчальні заняття з сучасних інноваційних артотерапевтичних, метафоричних та ігрових технологій у роботі з зазначеною категорією дошкільників. Навчальні заняття проходили в формі лекцій-консультацій, психологічних тренінгів тощо.
2. Консультативна робота з батьками, що мала дві форми (індивідуальну та групову) та полягала у проведенні семінарів-тренінгів батьківської ефективності та наданні індивідуальних консультацій.

I. Робота з педагогами полягала в індивідуальному консультуванні освітян із питань підвищення ефективності освітнього процесу, психологічного супроводу як опосередкованого засобу сприяння формуванню невербального інтелекту особистості та консультаціях-тренінгах із сучасних інноваційних технологій у роботі з дошкільниками з кохлеарними імплантами. Такий напрям роботи спрямовано на роботу з вихователями груп, педагогами, соціальними працівниками спеціальних загальноосвітніх закладів, реабілітаційних центрів, які безпосередньо взаємодіють із дошкільниками, а також це може проводитися з корекційними педагогами, психологами, що працюють в групах підготовки до школи, в інклюзивних дошкільних установах тощо, з якими проводиться робота з формування та корекції невербального інтелекту, усунення вже існуючих труднощів із даним типом інтелекту. Кількість наданих індивідуальних консультацій не фіксована.

II. Робота з батьками полягала в проведенні семінарів-тренінгів батьківської ефективності та наданні індивідуальних консультацій із питань гармонізації стосунків батьків із дитиною з кохлеарною імплантацією.

Роботу з батьками проводилась у двох формах: *індивідуальній і груповій*. Індивідуальна робота з батьками полягала в індивідуальному консультуванні батьків. *Групова робота з батьками* полягала також в проведенні семінару-тренінгу батьківської ефективності щодо вирішення проблем особистісного розвитку дитини:

- тривоги та невизначеності (нові звуки можуть викликати відчуття перевантаження, тривоги або навіть страху; дитина може не розуміти, як правильно реагувати на звуки, які раніше були для неї недоступними);
- фрустрації (навчання мови за допомогою кохлеарного імпланту – це тривалий і трудомісткий процес, не завжди все виходить з першого разу, що може призводити до відчуття розчарування та зневіри);
- соціальної ізоляції (діти з кохлеарною імплантацією можуть відчувати себе відмінними від своїх однолітків, що може призводити до труднощів у спілкуванні та соціальній адаптації);
- низької самооцінки (постійні труднощі у спілкуванні, а також порівняння себе з іншими дітьми можуть негативно впливати на самооцінку дитини);
- проблем з концентрацією уваги (постійне намагання розпізнати і зрозуміти звуки може виснажувати нервову систему дитини, що призводить до труднощів з концентрацією уваги);
- емоційної нестабільності (часті зміни настрою, дратівливість, плаксивість – все це може бути проявом емоційної нестабільності, яка часто супроводжує процес адаптації до кохлеарного імпланту).

В основу розробки такого семінару-тренінгу покладено ідеї та принципи метафоричних асоціативних карт. Призначення розробки семінару-тренінгу батьківської ефективності – сприяти гармонізації стосунків батьків з дитиною як опосередкованого впливу на формування невербального інтелекту.

Запропонована нами групова робота з батьками спрямована на розв'язання таких завдань:

1. Ознайомлення з віковими та психофізичними особливостями дошкільників з кохлеарними імплантами.

2. Усвідомлення внутрішнього світу емоцій і почуттів дитини та власного ставлення до нього.
3. Формування позитивного ставлення до дитини та адекватного ставлення до особливостей дошкільника, його потреб.
4. Усвідомлення власної позиції щодо виховання дошкільника й навчання ефективним способам взаємодії з ним.
5. Ознайомлення батьків з їх роллю в формуванні невербального інтелекту та його значенням для подальшого життя зростаючої дитини в соціумі.

Під час проведення семінару-тренінгу батькам пропонують корисну інформацію про вікові, психофізичні особливості дітей з кохлеарними імплантами, про методи та стилі виховання дітей; тести на пізнання себе; терапевтичні вправи; ігри; дискусії. Учасників семінару-тренінгу забезпечують роздатковим матеріалом у вигляді інформаційних аркушів для кращого осмислення інформації, отриманої в груповій роботі, та її подальшого використання в повсякденному житті.

Підсумовуючи, зазначимо, що виявлено психолого-педагогічні умови ефективної побудови психологічного впливу на формування невербального інтелекту у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами; розроблено програму «Метаігрова психотерапія у роботі з формування невербального інтелекту у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами», що передбачала реалізацію за двома напрямками – основним і додатковим. Основний напрям передбачав безпосередній вплив на особистість дошкільника, додатковий – опосередкований, тобто через вплив на його найближче оточення: батьків і педагогів, психологів. Зміст програми реалізувався засобами інтеграції індивідуальних і групових форм у поєднанні з елементами тренінгової роботи, ігрової, розвивальної, психокорекційної, психотерапевтичної (інтеграція сучасних інноваційних методик артотерапевтичного підходу (піскова, ігрова, музична, кіно- та фототерапія, робота з метафоричними асоціативними картами, тілесно-рухова та ігрова психотерапія тощо) та просвітницької діяльності. Основу програми складала психологічна технологія розвивального, психокорекційного та психотерапевтичного впливу на формування невербального інтелекту. До

структури програми увійшов також напрям супроводу та консультування освітян і батьків. Змістовно цей напрям реалізовувався в: індивідуальному консультуванні педагогів, психологів, соціальних працівників; просвітницькій діяльності з пропагування сучасних інноваційних технологій у роботі із зазначеною категорією дошкільників; індивідуальній та груповій роботі з батьками щодо підвищення їхньої компетентності у вихованні старших дошкільників із кохлеарними імплантами.

3.2. Організація і методика корекційно-розвиткової роботи з формування компонент невербального інтелекту як основного інструментарію системи психологічної допомоги

Сучасні психологічні дослідження підтверджують значущість невербального інтелекту в процесі пізнання та соціальної адаптації. Він охоплює здатність до просторового мислення, візуального аналізу та синтезу, розуміння та інтерпретації невербальної інформації. Ефективність корекційно-розвиткової роботи з формування компонентів невербального інтелекту визначається розумінням його структури та функцій, а також врахуванням індивідуальних особливостей кожної особистості. У сучасних умовах зростання психоемоційних навантажень, особливої актуальності набуває проблема надання своєчасної та ефективної психологічної допомоги. Психологічна допомога передбачає корекційно-розвиткову роботу, спрямовану на формування та розвиток невербального інтелекту, який відіграє важливу роль у процесах адаптації, соціалізації та самореалізації особистості. Невербальний інтелект, що лежить в основі здатності до сприйняття та обробки невербальної інформації, є необхідним інструментом для ефективної комунікації, розуміння емоцій, встановлення міжособистісних контактів та вирішення різноманітних життєвих задач. Розвиток невербального інтелекту має надзвичайно важливе значення у дошкільному віці, оскільки саме тоді закладаються основи когнітивних процесів, емоційного інтелекту та соціальної компетентності [95].

З метою формування невербального інтелекту у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами нами була розроблена програма «Метаігрова психотерапія у роботі з формування невербального інтелекту у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами». Важливим компонентом програми стало моделювання психологічного впливу, яке ґрунтувалося на інтеграції артотерапевтичних, ігрових технік та метафоричних асоціативних карт. Особлива увага приділялася формуванню когнітивної (уваги, наочно-дійового мислення, зорового сприйняття, пам'яті), особистісної (емоції, Я-концепція, мотивації та інтересу), соціальної компоненти (батьків, освітнього процесу). Методологічною основою корекційно-розвиткової роботи є інтеграція особистісно орієнтованого та системного підходів, які забезпечують комплексний вплив на формування компонент невербального інтелекту.

Особистісно орієнтований підхід фокусується на індивідуальності кожної дитини, враховуючи її емоційні, когнітивні та соціальні особливості. Основний акцент зроблено на мотивації дитини старшого дошкільного віку з КІ, її поведінкових та емоційних реакціях. Згідно з цим підходом:

- формування невербального інтелекту передбачає розвиток здатності організовувати сприйняття та обробку інформації з навколишнього середовища;
- важливим є вибір оптимальних способів реагування дитини на соціальні та когнітивні виклики;
- психокорекційна робота будується на принципах гуманізму, дитиноцентризму, врахування вікових особливостей та спрямованості на розвиток внутрішнього потенціалу дитини.

Системний підхід забезпечує цілісність процесу корекційної роботи шляхом впровадження систематичних і комплексних занять. Основні положення цього підходу включають:

- формування взаємопов’язаних компонент невербального інтелекту (когнітивної, емоційної, соціальної) у контексті загального розвитку дитини старшого дошкільного віку з КІ;
- інтеграцію методів, які сприяють створенню позитивних установок і мотивації до спілкування, соціальної адаптації та емоційної стабільності;
- систематичність занять, що забезпечує послідовний розвиток дитини старшого дошкільного віку з КІ через поступове ускладнення завдань та активізацію її творчого потенціалу.

У реалізації цих підходів нами використовувалися інноваційні технології, зокрема **артотерапія, робота з метафоричними асоціативними картами та ігрова психотерапія**, які сприяли розвитку емоційного стану, когнітивних процесів, навичок соціальної взаємодії дитини старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами.

Наукові витoki **артотерапії** сягають початку ХХ століття, коли психоаналіз та інші психологічні течії почали звертати увагу на символічну та емоційну виразність творчості. Відомо, що термін «арт-терапія» вперше використав британський художник А. Хілл у 1942 році, визначаючи її як метод, що сприяє емоційному відновленню та зняттю психологічної напруги [166].

Артотерапія, як напрям психологічної практики, виникла на перетині мистецтва та науки. Одним із перших, хто помітив терапевтичний потенціал мистецтва, був З. Фрейд, який аналізував малюнки своїх пацієнтів для розуміння їхнього несвідомого. К. Юнг розвинув цю ідею, використовуючи малювання та інші види мистецтва для самопізнання та інтеграції особистості. Він вважав, що творчість дозволяє людям виразити та опрацювати власні внутрішні конфлікти, страхи та бажання. Також початки артотерапії можна знайти у працях А. Адлера, який акцентував увагу на важливості творчості для розвитку особистості [149], [154], [161], [2].

У середині ХХ століття артотерапія почала формуватися як самостійна дисципліна. Американська психологиня М. Наумбург, вважається однією з

засновниць сучасної артотерапії. Вона розробила метод «динамічно орієнтованої арт-терапії», який зосереджується на спонтанному творчому самовираженні та його інтерпретації [17], [167].

Сучасні дослідження зарубіжних науковців Л. Босграаф, М. Шпрен, К. Паттіселанно, М. Коссак, Б. Мун, Е. Нолан та інші [147], [177], [190], підтверджують ефективність артотерапії в роботі з дітьми старшого дошкільного віку. Зокрема, вони виявили позитивний вплив артотерапевтичних методів на розвиток емоційної саморегуляції, соціальних навичок та креативності у дітей цієї вікової групи.

Артотерапія, як метод психотерапевтичної підтримки та психологічної допомоги, почала активно формуватися і розвиватися в Україні наприкінці ХХ – на початку ХХІ століття. Цей період характеризується інтенсивним впровадженням нових підходів у сферу психології, педагогіки та психотерапії. У цей час українські фахівці почали активно переймати досвід зарубіжних колег, інтегруючи вітчизняні традиції мистецтва із сучасними методами психокорекції.

Щодо історії формування та розвитку артотерапії в Україні, слід зазначити, що її витоки можна прослідкувати в наукових працях О. Вовченко, О. Вознесенська, І. Ільченко, О. Наконечна, Т. Сидоренко, О. Романовська, Л. Стреж, О. Тараріна, З. Ленів, Ю. Рібцун, Л. Шаповал, А. Ковтун, Я. Кандзюба, Е. Мозолюк та інші [15], [42], [98], [117], [130]. Ці дослідники зробили вагомий внесок у вивчення та адаптацію артотерапевтичних методів до українського контексту, розробку та впровадження програм артотерапевтичної корекції для різних категорій населення, зокрема дітей з особливими освітніми потребами. Застосування артотерапії в роботі з дітьми з особливими освітніми потребами має низку переваг. По-перше, вона дозволяє дітям виразити себе невербально, що особливо важливо для тих, хто має труднощі з мовленням. По-друге, артотерапія створює безпечне та комфортне середовище, де діти можуть вільно експериментувати та проявляти свою індивідуальність. По-третє, вона сприяє розвитку позитивного образу «Я» та підвищенню самооцінки.

Враховуючи дієвий досвід роботи зарубіжних та українських колег, у нашій корекційно-розвитковій програмі «Метаігрова психотерапія у роботі з формування невербального інтелекту у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами» було використано низку артотерапевтичних технологій. Програма реалізується за трьома основними блоками – формування когнітивної, особистісної та соціальної компонент. У рамках кожного блоку використовуються різноманітні артотерапевтичні методи адаптовані до потреб дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами, зокрема:

- малювання: створення колажів, малюнків «Відчуваю світ очима», «Дерева пам'яті», картин за готовими контурами, абстрактних колажів, тіньових малюнків, «Карти пам'яті», асоціацій, «Книги історій», «емоційного щоденника», «Веселкової картини», власного образу, «Дерева бажань», малюнків «Радісне небо», зображення природи, абстракцій, «Карти радощів», спільних артопроектів «Місто друзів», «Сімейного дерева», «Саду дружби», символів дружби, подарунків, листівок, малюнка «Моя група мрії», «Променів доброти», родинного портрету, великих проєктів, картин, інсталяцій, «Ключа емоцій», малюнків-рефлексій, «Скарбнички досягнень», «Шляху до мрії», «Дзеркальних образів», спільних інсталяцій, «Картини спогадів», фінальної інсталяції;
- робота з кольором: дослідження кольорових асоціацій, вираження настрою через колір, робота з кольоровим піском;
- робота з тінями: створення тіньових інсталяцій та казок, тіньових малюнків, історій з тіньових картинок;
- робота з природними матеріалами: створення малюнків з природних матеріалів;
- музикотерапія: вибір мелодій для настрою, відображення емоцій у звуках;
- кіно- та фототерапія: перегляд фото із занять;
- тілесно-рухова психотерапія: танцювально-рухова психотерапія, психогімнастика.

Наведені вище методи артотерапії інтегрувалися в програму з метою сприяння формування невербального інтелекту у дітей з кохлеарними імплантами, а також для корекції можливих труднощів у їхньому емоційному та соціальному розвитку.

Доповнюючи артотерапевтичні методи, важливим інструментом у нашій корекційно-розвитковій програмі стала робота з **метафоричними асоціативними картами** (далі МАК).

У своїх наукових працях О. Блінов зазначає, що метафоричні асоціативні карти «це універсальний психологічний інструмент, який базується на метафорі, що звертається до підсвідомості людини і використовується для діагностики, корекції, розвитку, розкриття творчих здібностей та коучингу» [3]. Дане визначення підкреслює багатогранність застосування МАК, охоплюючи широкий спектр психологічних потреб. Звернення до метафори як основного принципу роботи з картами дозволяє активізувати асоціативне мислення та сприяє глибшому розумінню власних емоцій, переконань та мотивацій. Використання МАК в діагностичній роботі надає можливість виявити приховані конфлікти, внутрішні протиріччя та неусвідомлювані потреби. Корекційний аспект роботи з МАК передбачає використання їх як інструменту для трансформації негативного мислення та поведінки, формування нових стратегій подолання труднощів. Розвивальний потенціал МАК полягає в стимулюванні самопізнання, розширенні усвідомлення власних ресурсів та можливостей. Застосування МАК в коучингу сприяє постановці цілей, пошуку ефективних рішень та розвитку особистісного потенціалу.

Перші роботи з використанням метафоричних карт пов'язуються з зарубіжними дослідниками. Одним з перших, хто почав активно впроваджувати ці методи був Е. Раман, який у 1975 році створив першу колоду «Oh-карти» [1]. Разом з видавцем М. Егетмейером вони популяризували використання цих карт у психотерапевтичній практиці [50].

Зарубіжні науковці активно досліджують вплив МАК на різні аспекти психологічного стану людини. Наприклад А. Гросс, Н. Коган, К. Коннор,

досліджували вплив метафоричних асоціативних карт на розвиток емоційної стабільності у дітей та підлітків. У своїх роботах вони акцентували увагу на використанні карт як засобу самовираження та емоційного саморегулювання [175].

У сучасних дослідженнях з використанням МАК велика увага приділяється дітям з особливими освітніми потребами. У дослідженнях американських вчених А. Касіер, Н. Машал [182], [183], Дж. Міллс, Р. Кроулі [189], розкрито терапевтичний потенціал МАК для підвищення самосвідомості та розвитку комунікативних навичок у дітей з аутизмом. У своїх наукових працях вони зазначають, що метафоричні карти сприяють створенню безпечного середовища для вираження емоцій та переживань.

В Україні використання метафоричних асоціативних карт також набуває популярності як у наукових дослідженнях, так і в практичній психології. Серед українських вчених можна виділити роботи Т. Бушанова, С. Волошина, О. Войтовська, О. Тараріна, А. Каракай, які досліджують вплив МАК на емоційний розвиток дітей дошкільного віку [44], [8]. У своїх дослідженнях вони доводять, що використання МАК сприяє формуванню позитивного емоційного середовища та стимулює розвиток уяви.

Окремої уваги заслуговує використання МАК для роботи з дітьми з особливими освітніми потребами в українському контексті. У дослідженнях В. Федорчук [123], З. Мацюк, М. Фенко [91], І. Марціновська [88], зазначається, що використання МАК у роботі з дітьми з особливими потребами сприяє розвитку емоційного інтелекту, допомагає у встановленні емоційного контакту та підвищує мотивацію до навчання.

Загалом, метафоричні асоціативні карти стають важливим інструментом у різних сферах психотерапії та освіти, сприяючи розвитку емоційних та когнітивних навичок у різних категорій дітей. Вони допомагають глибше усвідомлювати власні почуття, розвивати креативне мислення та покращувати міжособистісну комунікацію. Завдяки своїй універсальності та доступності, МАК активно використовуються як інструмент для індивідуальної та групової роботи, створюючи сприятливе середовище для особистісного зростання та навчання.

З огляду на вищезазначене, у першому змістовому блоку програми «формування когнітивної компоненти» нами було застосовано такі технології:

- асоціативні карти із зображеннями природи, предметів: використовувалися для розвитку уваги, сприйняття, пам'яті та мислення (дітям пропонувалося розглядати карти, знаходити схожі та відмінні елементи, групувати їх за певними ознаками, складати оповідання за зображеннями);
- історії за картинками: застосовувалися для розвитку мовлення, уяви та творчого мислення (діти розглядали карти та складали історії за їх сюжетами, доповнюючи їх власними фантазіями та переживаннями);
- вибір асоціативних карт за кольорами: сприяв розвитку зорового сприйняття, уваги та вміння розрізняти кольори;
- історії з тіньових картинок: використовувалися для розвитку просторового мислення, уяви та творчих здібностей;
- вибір карток для складання історій: допомагав розвивати логічне мислення, послідовність та зв'язність мовлення (діти обирали карти, які відповідали заданій темі або сюжету, та складали за ними оповідання);
- пошук спільного в асоціативних картах: сприяв розвитку аналітичного мислення, вміння знаходити закономірності та встановлювати зв'язки між різними об'єктами та явищами;
- складання послідовностей: розвивало логічне мислення, вміння планувати та організовувати власну діяльність (діти складали послідовності з картинок, дотримуючись певної логіки або правил).

У другому блоці «формування особистісної компоненти» особлива увага приділялася розвитку емоційної самосвідомості, самовираження та формування позитивного образу «Я» у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами:

- асоціативні карти із зображеннями людей, тварин: використовувалися для дослідження емоцій, почуттів та внутрішнього світу дитини (діти обирали

карти, які відображали їх настрій або переживання, та розповідали про них);

- вибір карт за настроєм: допомагав дітям усвідомлювати та виражати власні емоції;
- асоціативні карти з позитивними асоціаціями: використовувалися для формування позитивного образу «Я» та підвищення самооцінки;
- вибір різноманітних карт для відображення емоцій: розширював емоційний словник дітей та допомагав їм розрізняти деталі емоційних станів;
- вибір асоціативних карт із природними пейзажами: сприяв розвитку естетичного сприйняття, уяви та творчого мислення;
- асоціативні карти для вираження емоцій: допомагали дітям глибше усвідомлювати та виражати власні почуття;
- вибір асоціативних карт із символами радості: формували позитивне ставлення до життя та вміння знаходити радість у дрібницях.

Третій блок «формування соціальної компоненти» був спрямований на розвиток комунікативних навичок, емпатії та вміння ефективно взаємодіяти з оточуючими через застосування різноманітних технік роботи з метафоричними асоціативними картами, спрямованих на моделювання соціальних ситуацій та опрацювання конструктивних моделей поведінки:

- асоціативні карти із соціальними сюжетами: використовувалися для розвитку комунікативних навичок, вміння співпрацювати та розуміти інших людей (діти обговорювали ситуації, зображені на картах, пропонували різні варіанти поведінки героїв, вчилися вирішувати конфлікти мирним шляхом);
- асоціативні карти із сімейними ситуаціями: допомагали дітям краще розуміти родинні стосунки, свою роль у сім'ї, вчилися виражати власні потреби та почуття в конструктивний спосіб;

- вибір карт для діалогу: розвивав вміння вести діалог, слухати співрозмовника, аргументувати власну думку;
- асоціативні карти з позитивними емоціями: використовувалися для розвитку емпатії, вміння співпереживати та радіти за інших;
- вибір сюжетів для садка: допомагав дітям адаптуватися до соціального середовища дитячого садка, вчитися взаємодіяти з однолітками та дорослими;
- асоціативні карти про добрі вчинки: формували уявлення про моральні цінності, доброту, взаємодопомогу;
- асоціативні карти з сімейними сюжетами: допомагали дітям усвідомлювати різні соціальні ролі та вчитися будувати гармонійні стосунки з оточуючими.

Четвертий підсумковий блок програми передбачав інтеграцію та закріплення набутих дітьми знань, умінь та навичок за допомогою технік метафоричних асоціативних карт, що сприяли розвитку самостійності, впевненості в собі та мотивації до подальшого розвитку:

- асоціативні карти для аналізу досягнень: використовувалися для рефлексії, аналізу успіхів та підвищення мотивації;
- аналіз емоцій через асоціативні карти: допомагав дітям закріпити знання про емоції, розвивав емоційну самосвідомість, вміння розпізнавати та виражати емоції, розуміти емоції інших людей;
- аналіз асоціативних карт з досягненнями: сприяв розвитку пізнавальних процесів, вміння аналізувати, узагальнювати, робити висновки, а також комунікативних навичок та соціальної компетентності;
- вибір асоціативних карт з метафорами досягнення: розвивав уяву, творче мислення, комунікативні навички, вміння планувати, ставити цілі, долати труднощі, співпрацювати, надавати та отримувати підтримку;

- асоціативні карти для самопізнання: розвивали рефлексивні здібності, вміння аналізувати власний досвід, досягнення, труднощі, планувати подальший розвиток;
- асоціативні карти із соціальними сюжетами: розвивали комунікативні навички, вміння співпрацювати, домовлятися, розподіляти ролі, працювати в команді, вирішувати конфлікти;
- асоціативні карти для аналізу успіхів: розвивали пам'ять, рефлексивні здібності, вміння аналізувати та оцінювати результати, закріплювати отримані знання та досвід;
- вибір асоціативних карт для узагальнення отриманих знань: допомагав дітям усвідомити свої досягнення, закріпити позитивний досвід, підвищити самооцінку та мотивацію до подальшого розвитку.

У процесі впровадження зазначених вище підходів нами застосовувались інноваційні техніки. Водночас особливу увагу ми приділили **ігровій психотерапії**, оскільки ігрова діяльність є провідною у старшому дошкільному віці.

Виникнення ігрової психотерапії як самостійного напрямку психотерапевтичної роботи з дітьми припадає на початок ХХ століття, коли провідні фахівці в галузі психології та психоаналізу, серед яких З. Фройд та А. Фройд, почали активно використовувати гру як засіб доступу до внутрішнього світу дитини, діагностики її емоційного стану та корекції поведінкових проблем. У цей період було закладено теоретичні основи ігрової психотерапії, які підкреслювали її роль у розвитку особистості, емоційній регуляції та соціальній адаптації дитини. У своїй праці З. Фройд «Вступ до психоаналізу» підкреслював важливість гри для дитячого розвитку, зазначаючи, що «дитина у грі відтворює враження від навколишнього світу та опрацьовує їх» [125].

Подальший розвиток ігрової психотерапії пов'язаний з М. Кляйн, яка розробила метод «ігрового аналізу», що базується на спостереженні за символічною грою дитини та інтерпретації її дій [76]. Вона вважала, що гра є

«символічною мовою», яка дозволяє дитині виразити власні несвідомі почуття та переживання.

Психотерапевтка В. Екслайн у розвитку ігрової психотерапії, зосередилася на створенні безпечного та приймаючого середовища для дитини, де вона може вільно виражати себе через гру [124]. Її підхід, відомий як «недирективна ігрова психотерапія», надає дитині можливість самостійно обирати іграшки та сценарії гри, а терапевт виступає в ролі спостерігача та фасилітатора.

Сучасні дослідження ігрової психотерапії продовжують розширювати її застосування, зокрема у роботі з дітьми з особливими освітніми потребами. Науковець Г. Лендрет у своїх дослідженнях наводить численні приклади використання ігрової психотерапії для допомоги дітям з аутизмом, синдромом дефіциту уваги та гіперактивністю, тривогою та іншими труднощами [178].

В Україні ігрова психотерапія також знаходить своє застосування у роботі з дітьми. О. Вовченко, С. Гарбар, В. Жук, Т. Ілляшенко, Т. Каменчук, Г. Кукуруза, А. Обухівська, Г. Якимчук та інші українські науковці досліджують та впроваджують різні методи ігрової психотерапії у практику роботи з дітьми з особливими освітніми потребами [18]. Сучасні дослідження продовжують розширювати розуміння можливостей ігрової психотерапії та сприяють її подальшому розвитку. Таким чином, ґрунтуючися на зарубіжних та українських дослідженнях, ігрова психотерапія є ефективним методом психологічної допомоги дітям, що має глибоке теоретичне підґрунтя та підтверджену практичну ефективність.

З огляду на те, що в старшому дошкільному віці гра є провідним видом діяльності та має значний вплив на розвиток дитини, ігрові технології були обрані як основний інструмент корекційно-розвиткової роботи в рамках нашої програми. Перший блок «формування когнітивної компоненти» був спрямований на активізацію та оптимізацію пізнавальних процесів, формування базових когнітивних здібностей, необхідних для ефективної переробки інформації та успішного навчання. У рамках цього блоку застосовувався широкий спектр ігрових

технологій, адаптованих до особливостей сприйняття та пізнавальної діяльності дітей з кохлеарними імплантами, а саме:

- використання пазлів: сприяло розвитку зорово-моторної координації, просторового мислення, логіки та аналітичних здібностей (діти вчилися знаходити відповідності між елементами, аналізувати форму та колір, розв'язувати задачі на комбінування та конструювання);
- інтерактивні завдання: за допомогою інтерактивних дошок, планшетів та комп'ютерних програм розвивали увагу, пам'ять, мислення та уяву. діти виконували завдання на пошук предметів, запам'ятовування послідовностей, розв'язування логічних задач, створення власних історій та малюнків;
- вправи на запам'ятовування предметів (впізнавання й відтворення): розвивали зорову пам'ять, увагу та концентрацію (діти вчилися запам'ятовувати та відтворювати послідовності предметів, їх розташування, колір, форму);
- вправи з блоками З. Дьєнеша (складання фігур): розвивали логічне мислення, просторову уяву, вміння класифікувати та аналізувати (діти вчилися знаходити блоки за певними ознаками (колір, форма, розмір, товщина), групувати їх, складати фігури за зразком та власним задумом);
- використання лялькового театру (постановки за участю тіньових фігур): розвивало уяву, творче мислення, мовлення та емоційну виразність (діти брали участь у створенні вистав, озвучували персонажів, імпровізували, передавали емоції та почуття);
- вправи на впізнавання «Знайди зайве»; картки із завданнями «Пошук відповідності»: розвивали увагу, спостережливість, логічне мислення та аналітичні здібності (діти вчилися знаходити закономірності, порівнювати предмети, виділяти спільні та відмінні ознаки);
- головоломки (аналіз зображень); творчі композиції (створення історій за абстракціями): розвивали логічне мислення, уяву, творчі здібності та

вміння інтерпретувати інформацію (діти вчилися знаходити рішення, аналізувати зображення, складати історії, використовуючи абстрактні символи та форми);

- вправи з картками (створення логічних ланцюжків); розповіді за малюнками (обговорення сюжетів): розвивали логічне мислення, послідовність, зв'язність мовлення та уяву (діти вчилися встановлювати причинно-наслідкові зв'язки, будувати логічні ланцюжки, складати розповіді за картинками, доповнюючи їх власними деталями та емоціями).

Другий блок «формування особистісної компоненти» програми був спрямований на розвиток емоційної сфери дітей, формування позитивного образу «Я», підвищення самооцінки та впевненості в собі. Для досягнення цих цілей використовувалися такі ігрові техніки:

- розповіді за картинками (створення історій); колективний колаж (спільний малюнок): розвивали уяву, творче мислення, комунікативні навички та емоційну виразність (діти вчилися вигадувати історії, ділитися ідеями, співпрацювати, виражати свої емоції та почуття через малюнки та розповіді);
- вправи із дзеркалами (відображення емоцій): розвивали емоційну самосвідомість, вміння розпізнавати та виражати емоції (діти вчилися спостерігати за собою, імітувати міміку, передавати різні емоційні стани);
- вправи з пісочницею (символіка емоцій): розвивали емоційну виразність, уяву, творче мислення та здатність до символізації (діти виражали власні емоції та почуття через гру з піском, створювали символи, будували «світи», що відображали їх внутрішній стан;
- вправи на асоціації (пошук сенсу у картинах); творчі бесіди (обговорення уявлень): розвивали асоціативне мислення, уяву, здатність до інтерпретації та аналізу (діти вчилися знаходити асоціації, пов'язувати їх з власним досвідом, ділитися власними думками та почуттями);

- розповіді «Що приносить радість?»: розвивали емоційну самосвідомість, вміння усвідомлювати та цінувати позитивні емоції (діти вчилися ділитися власними радіщами, знаходити позитивні моменти у житті, висловлювати вдячність).

Успішна соціалізація дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами є важливим етапом їх розвитку та інтеграції в суспільство. Блок третій «формування соціальної компоненти» нашої програми був присвячений саме цьому аспекту. Він передбачав формування у дітей необхідних соціальних навичок та вмінь, які дозволять їм ефективно взаємодіяти з оточуючими, будувати гармонійні стосунки та комфортно почуватися в соціальному середовищі. Для досягнення цих цілей використовувався цілий ряд ігрових технік, які дозволяли дітям в ігровій формі освоювати та закріплювати важливі соціальні навички:

- вправи у парах (складання історій); групова робота: створення великого малюнка (розвивали комунікативні навички, вміння співпрацювати, домовлятися, ділитися ідеями, працювати в команді);
- рольові ігри (сценки на тему дружби); вправи з піском (створення спільних об'єктів): розвивали соціальні навички, емпатію, вміння взаємодіяти, вирішувати конфлікти, будувати стосунки;
- вправи на адаптацію (обігрування різноманітних ситуацій): допомагали дітям адаптуватися до соціального середовища, вчилися поводитися в різних ситуаціях, знаходити рішення, взаємодіяти з однолітками та дорослими;
- колективні ігрові вправи (створення ситуацій доброти); обговорення «Як проявляється доброта у житті?»: розвивали емпатію, соціальну відповідальність, моральні цінності, вміння співпереживати, допомагати іншим, проявляти доброту;
- групова дискусія (ролі у соціумі); колективна гра (побудова соціальних зв'язків через творчість): розвивали соціальну компетентність, вміння розуміти різні соціальні ролі, будувати стосунки, взаємодіяти в соціумі.

Підсумковий четвертий блок був покликаний узагальнити та закріпити отримані дітьми знання, вміння та навички, сформувані цілісне уявлення про власні можливості та ресурси, а також підтримати їх мотивацію до подальшого розвитку. Для цього використовувалися різноманітні ігрові техніки, спрямовані на:

- використання інтерактивних завдань: за допомогою інтерактивних ігор та вправ діти закріплювали отримані знання та навички, розвивали увагу, пам'ять, мислення, уяву, творчі здібності;
- групові ігрові вправи (розповіді про емоції): допомагали дітям закріпити знання про емоції, розвивали емоційну самосвідомість, вміння розпізнавати та виражати емоції, розуміти емоції інших людей;
- вправи на розвиток мислення (інтерактивні завдання); групові вправи (обговорення важливого): розвивали пізнавальні процеси, вміння аналізувати, узагальнювати, робити висновки, а також комунікативні навички та соціальну компетентність;
- симуляції (обігрування шляху до мети); групові бесіди (обговорення перешкод і підтримки): розвивали уяву, творче мислення, комунікативні навички, вміння планувати, ставити цілі, долати труднощі, співпрацювати, надавати та отримувати підтримку;
- вправи на рефлексію (аналіз занять); обговорення у колі «Що вдалося досягти?»: діти розвивали рефлексивні здібності, вміння аналізувати власний досвід, досягнення, труднощі, планувати подальший розвиток;
- вправи на спільне вирішення задач та обговорення ролей у команді: розвивали комунікативні навички, вміння співпрацювати, домовлятися, розподіляти ролі, працювати в команді, вирішувати конфлікти;
- вправи на обговорення результатів; вправи на пам'ять (згадування важливих моментів): розвивали пам'ять, рефлексивні здібності, вміння аналізувати та оцінювати результати, закріплювати отримані знання та досвід;

- вправи на обговорення результатів: допомагали дітям усвідомити власні досягнення, закріпити позитивний досвід, підвищити самооцінку та мотивацію до подальшого розвитку.

Таким чином, застосування ігрових технологій в нашій програмі сприяли всебічному розвитку дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами, формуванню невербального інтелекту, а також їх емоційному, соціальному та когнітивному розвитку. Ігрові техніки дозволили створити позитивну атмосферу, підвищити зацікавленість дітей у заняттях та досягти значних результатів у розвитку їх особистості.

Окрім основної програми для дітей старшого дошкільного віку, було розроблено супроводжувальну додаткову програму для педагогів/освітян і батьків, що в комплексній взаємодії впливає на формування компонентів невербального інтелекту у дітей з кохлеарними імплантами, шляхом сприяння зовнішнього соціального середовища розвитку дитини засобами групової та індивідуальної просвітницької роботи з найближчим оточенням дитини, батьками та педагогами/освітянами. Програма реалізовувалася за двома напрямками: робота з педагогами та робота з батьками. Робота з педагогами включала індивідуальні консультації з питань ефективності освітнього процесу та психологічного супроводу, а також групові консультації-тренінги з використання інноваційних технологій, таких як артотерапія, метафоричні асоціативні карти та ігрові методи. Робота з батьками передбачала проведення семінарів-тренінгів батьківської ефективності з використанням метафоричних асоціативних карт та індивідуальні консультації з питань стосунків з дитиною.

Впровадження програми мало позитивний вплив на рівень обізнаності педагогів та батьків про особливості розвитку дітей з кохлеарними імплантами, а також сприяло опануванню ними ефективних методів взаємодії, що позитивно позначилося на емоційному стані в групах та сім'ях. У процесі роботи використовувалися різноманітні методи та інструменти, включаючи сучасні методики артотерапевтичного підходу, тренінгові вправи, ігрові методи, психокорекційні та психотерапевтичні методи, а також просвітницька діяльність.

Зокрема, авторська розробка метафоричних асоціативних карт «Велич волі» використовувалися для актуалізації та усвідомлення власних ресурсів, розвитку емоційного інтелекту, формування позитивного ставлення до себе та дитини, а також підвищення мотивації до саморозвитку та розвитку дитини. Тому, впровадження супроводжувальної програми для педагогів/освітян і батьків стало важливим інструментом у системі психологічної допомоги дітям з кохлеарними імплантами, сприяючи ефективному формуванню їхнього невербального інтелекту та розвитку в цілому.

Відтак, нами було розглянуто теоретичні та практичні аспекти формування невербального інтелекту, його структуру, функції та значення для розвитку дитини. Обґрунтовано впровадження корекційно-розвиткової програми з формування невербального інтелекту у дітей з кохлеарними імплантами, яка інтегрує інноваційні методи артотерапії, метафоричні асоціативні карти та ігрову терапію. Детально описано методику проведення корекційно-розвиткової роботи, включаючи різноманітні техніки та вправи, враховуючи індивідуальні можливості дітей з кохлеарними імплантами. Підкреслено важливість комплексного підходу до формування невербального інтелекту, який враховує когнітивні, емоційні та соціальні компоненти. Охарактеризовано дієвість супроводжувальної програми для педагогів та батьків, спрямовану на підвищення їх компетентності в питаннях формування невербального інтелекту у дітей з кохлеарними імплантами. Таке невід'ємною складовою стала інтеграція авторської колоди метафоричних асоціативних карт «Велич волі» в програму, що розширює її методичні можливості та сприяє підвищенню ефективності формування невербального інтелекту у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами. Загалом, результати дослідження підтверджують ефективність запропонованої програми у формуванні невербального інтелекту та розвитку дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами.

3.3. Аналітичне узагальнення результатів формувального експерименту.

Після впровадження програми «Метаігрова психотерапія у роботі з формування невербального інтелекту у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами» було проведено повторну психологічну діагностику дітей старшого дошкільного віку з КІ з метою виявлення динаміки рівня сформованості невербального інтелекту за трьома компонентами: когнітивним, особистісним та соціальним.

Когнітивний компонента було досліджено через оцінка рівня IQ, увагу, наочно-дійове мислення, зорове сприйняття, пам'ять. За результатами діагностики IQ методики Дж. Равена «Прогресивні матриці Равена» було встановлено у 24,7% дітей старшого дошкільного віку ЕГ з КІ рівень вище середнього, який характеризується оцінками у діапазоні від 75 до 94 балів, у 72,1% – рівень середній (результат 25-74%), у 3,2% – рівень нижче середнього (результат від 5-24%). Відмітимо, що не було зафіксовано низьких та високих показників. У дітей старшого дошкільного віку КГ з КІ показники мають такі характеристики: вище середнього рівня – 16,4%, у 66,8% – рівень середній у 16,8% – рівень нижче середнього (Табл.3.3.1.).

Таблиця 3.3.1. Рівень інтелекту дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами ЕГ та КГ за результатами методики Дж. Равена «Прогресивні матриці Равена» (у%)

Рівні	Високий рівень	Вище середнього рівень	Середній рівень	Нижче середнього рівень	Низький рівень
Категорії дітей	інтелекту	інтелекту	інтелекту	інтелекту	інтелект
Діти старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами ЕГ	0	24,7%	72,1%	3,2%	0

Продовження Таблиці 3.3.1.

Діти дошкільного віку з кохлеарними імплантами КГ	0	16,4%	66,8%	16,8%	0
---	---	-------	-------	-------	---

Результати засвідчують, що після проведення занять в експериментальній групі діти старшого дошкільного віку з КІ краще виконують завдання, що вимагають невербальних когнітивних здібностей, таких як просторове мислення, візуальна сприйняття, логічне мислення та аналіз візуальної інформації. Більш впевнено, спокійно та з вищим рівнем зацікавленості сприймають як гру завдання, що спрямовані на розвиток невербального інтелекту, демонструючи покращення в концентрації уваги, саморегуляції та емоційній стабільності.

Увагу було діагностовано методикою «Коректурна проба» (С. Коробко, О. Коробко). Згідно з даними, отриманими за допомогою методики, рівень сформованості уваги у дітей старшого дошкільного віку ЕГ з КІ встановлено покращення рівня уваги від початкових результатів, але достатньо подібний до результатів КГ (табл.3.3.2.). Можемо припустити, що це пов'язано з педагогічним впливом та постійними заняттями дитини з корекційним педагогом, психологом. Крім того, покращення рівня уваги може бути зумовлене адаптацією дитини до умов соціальної взаємодії, які створюють умови для розвитку когнітивних функцій, зокрема уваги, у процесі навчання та комунікації.

Таблиця 3.3.2. Порівняння загальних середніх показників уваги дошкільниками з кохлеарними імплантами КГ та ЕГ (у %)

%	До ф. е.*	ЕГ	КГ
Дуже високий рівень	0	0	0
Високий рівень	0	8,7	0
Середній рівень	18	19,1	21,0
Низький рівень	52	54,3	57,2
Дуже низький рівень	30	17,9	21,8

*Примітка: * до ф.е. – до формувального експерименту.*

Згідно з результатами дослідження, дуже високий рівень уваги був відсутній як у контрольній, так і в експериментальній групах як до, так і після експерименту. Високий рівень уваги до початку експерименту також не спостерігався, проте після його завершення в експериментальній групі цей показник становив 8,7%, тоді як у контрольній групі залишався на рівні 0%.

Середній рівень уваги до проведення експерименту мали 18% дітей. Після експерименту в експериментальній групі цей показник зріс до 19,1%, а в контрольній групі досягнув 21%, що вказує на незначне підвищення в обох групах. Низький рівень уваги демонстрували 52% дітей до початку експерименту, причому після його проведення в експериментальній групі частка таких дітей зросла до 54,3%, а в контрольній групі до 57,2%, що свідчить про зростання кількості дітей з цим рівнем уваги.

Дуже низький рівень уваги до початку експерименту спостерігався у 30% дітей, однак після формувального експерименту цей показник в експериментальній групі знизився до 17,9%, тоді як у контрольній групі становив 21,8%. Отже, експериментальна група демонструє більш помітне покращення уваги, що проявляється у зменшенні частки дітей з дуже низьким рівнем уваги та появі дітей з високим рівнем уваги. Це свідчить про позитивний вплив застосованих методик під час формувального експерименту, які сприяли розвитку уваги у дітей, підвищуючи їх когнітивні можливості.

У процесі дослідження когнітивної компоненти, а саме наочно-дійового мислення дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами ми застосували методику С. Кооса «Кубики Кооса». Діагностика цього виду мислення дозволяє виявити, наскільки успішно діти опановують практичні завдання та орієнтуються в ситуаціях, що вимагають активного використання сенсорного досвіду. Для більш детального аналізу були зіставлені середні показники наочно-дійового мислення в контрольній та експериментальній групах дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантатами (Табл. 3.3.3.). Порівняння цих показників дає змогу оцінити динаміку змін у рівнях наочно-дійового мислення та

визначити, чи сприяли застосовані методики покращенню здатності дітей до розв'язання практичних завдань.

Таблиця 3.3.3. Порівняння загальних середніх показників наочно-дійового мислення дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами КГ та ЕГ (у %)

%	До ф. е.*	ЕГ	КГ
Дуже високий рівень	0	0	0
Високий рівень	0	2	0
Середній рівень	41	45,7	42,1
Низький рівень	37	42,3	40,5
Дуже низький рівень	22	10	17,4

*Примітка: * до ф.е. – до формувального експерименту.*

До початку формувального експерименту жодна з груп не виявляла дуже високого чи високого рівня наочно-дійового мислення. Після втручання в експериментальній групі спостерігалось невелике підвищення кількості дітей з високим рівнем, яке досягло 2%, тоді як у контрольній групі цей показник залишався відсутнім. Середній рівень наочно-дійового мислення на початковому етапі демонстрували 41% дітей. Після завершення експерименту цей показник зріс до 45,7% в експериментальній групі, тоді як у контрольній групі також відбулося підвищення до 42,1%. Це свідчить про певний позитивний вплив заходів на розвиток когнітивних здібностей дітей. Низький рівень наочно-дійового мислення на початку дослідження був характерний для 37% дітей, і хоча після впливу в експериментальній групі цей показник підвищився до 42,3%, у контрольній групі він досягнув 40,5%, що вказує на незначне зростання кількості дітей з цим рівнем мислення. Дуже низький рівень наочно-дійового мислення до проведення експерименту спостерігався у 22% дітей, але після корекції в експериментальній групі він знизився до 10%, що свідчить про суттєве покращення. У контрольній групі цей показник також зменшився, але лише до 17,4%. Отже застосована

методика під час формувального експерименту сприяла розвитку даного типу наочно-дійового мислення, що проявилось у покращенні показників в експериментальній групі порівняно з контрольною.

У процесі дослідження було наведено результати, що відображають середні значення показників, виражені у відсотках, які дозволяють визначити зорове сприйняття за методикою Е. Сегена «Дошки Сегена» дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантатами (Табл. 3.3.4.).

Таблиця 3.3.4. Порівняння загальних середніх показників зорового сприйняття дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами КГ та ЕГ (у %)

%	До ф. е.*	ЕГ	КГ
Дуже високий рівень	0	1	0
Високий рівень	20	22,5	21
Середній рівень	28	45,8	37,5
Низький рівень	42	24,6	44,5
Дуже низький рівень	10	6,1	7

*Примітка: * до ф.е. – до формувального експерименту.*

До початку експерименту обидві групи демонстрували переважно середній та низький рівні розвитку зорового сприйняття. Так, 28% дітей у контрольній групі та 45,8% в експериментальній групі мали середній рівень, а 42% та 24,6% відповідно – низький. Лише незначна частина дітей, близько 20% у контрольній групі та 22,5% в експериментальній, мала високий рівень. Це свідчить про те, що діти старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами, незалежно від корекційно-розвиткових програм, мають певні труднощі зі зоровим сприйняттям.

Після проведення формувального експерименту ситуація в експериментальній групі значно змінилася. Так, кількість дітей старшого дошкільного віку з високим та середнім рівнем зорового сприйняття зросла до 22,5% та 45,8% відповідно. Одночасно знизилася кількість дітей з низьким та дуже

низьким рівнем – до 24,6% та 6,1%. Порівняно з початковими показниками, це свідчить про ефективність корекційно-розвиткової програми, яка враховує розвиток зорового сприйняття.

Тест Корсі на відтворення послідовності блоків (Corsi Block Tapping Test) дав змогу дослідити ще одну складову когнітивної компоненти – пам'ять, яка має важливе значення для успішного навчання та соціальної адаптації дітей старшого дошкільного віку з кохлеарною імплантацією, оскільки візуальна пам'ять є основою для багатьох когнітивних процесів.

Таблиця 3.3.5. Порівняння загальних середніх показників пам'яті дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами КГ та ЕГ (у %)

%	До ф. е.*	ЕГ	КГ
Дуже високий рівень	5	17,5	10,1
Високий рівень	31	44,7	39,9
Середній рівень	58	20,8	46
Низький рівень	6	17	2
Дуже низький рівень	10	0	2

*Примітка: * до ф.е. – до формувального експерименту.*

До формувального експерименту переважав середній рівень розвитку пам'яті (58%). Після експерименту в експериментальній групі відсоток дітей з високим рівнем розвитку пам'яті зріс з 31% до 44,7%, з дуже високим – з 5% до 17,5%, а з низьким та дуже низьким рівнем пам'яті значно зменшилась. У контрольній групі також відбулися позитивні зміни: дітей з високим рівнем розвитку пам'яті збільшилося 39,9%, з дуже високим 10,1%, з низьким рівнем пам'яті зменшилась з 6% до 2%, а з дуже низьким – з 10% до 2%. Такі результати пояснюються позитивним впливом формувального експерименту на розвиток пам'яті, особливо в експериментальній групі, де застосовані методики виявились більш ефективними для розвитку когнітивних функцій.

Беручи до уваги результати сформованості показників когнітивної компоненти, було встановлено покращення результатів оцінка рівня IQ, уваги, наочно-дійове мислення, зорове сприйняття, пам'ять у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами експериментальної групи (табл. 3.3.6.), (табл. 3.3.7.).

Таблиця 3.3.6. Порівняльний аналіз стану сформованості когнітивної компоненти у дошкільників з кохлеарними імплантами (ЕГ) (у%)

%	5 років	6 років	7 років	Загальний результат
Високий	45	8	30	28
Середній	46	71	52	56
Низький	9	21	18	16

Таблиця 3.3.7. Порівняльний аналіз стану сформованості когнітивної компоненти у дошкільників з кохлеарними імплантами (КГ) (у%)

%	5 років	6 років	7 років	Загальний результат
Високий	32	16	30	19
Середній	42	56	52	54
Низький	26	28	18	27

Встановлено покращення когнітивної компоненти у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами в результаті впровадження програми, а саме:

- зростання рівня IQ, особливо в експериментальній групі, де 24,7% дітей досягли рівня вище середнього;
- відзначено позитивний вплив програми на розвиток уваги, наочно-дійового мислення, зорового сприйняття та пам'яті;
- експериментальна група продемонструвала зменшення кількості дітей з низьким рівнем уваги та появу дітей з високим рівнем;

- у складовій наочно-дійового мислення в експериментальній групі з'явилися діти з високим рівнем, а кількість дітей з дуже низьким рівнем суттєво скоротилася;
- зорове сприйняття дітей з експериментальної групи також покращилося, про що свідчить збільшення кількості дітей з високим та середнім рівнями;
- помічено значний прогрес у розвитку пам'яті в експериментальній групі: збільшилася кількість дітей з високим та дуже високим рівнями, тоді як кількість дітей з низьким та дуже низьким рівнями істотно зменшилася.

Стан сформованості *особистісного компонента* досліджено через показники емоційного інтелекту, «Я-концепція», мотивацію та інтерес, що дозволяє оцінити рівень самосвідомості, здатність до самооцінки та рівень емоційної зрілості у дітей.

Діагностика методиками М. Нгуен «Діагностика рівня емоційного інтелекту старших дошкільників» та проєктивна методика «Малюнок людини» надали більш детально встановити показники емоційного інтелекту (Табл. 3.3.8.).

Таблиця 3.3.8. Порівняння загальних середніх показників емоційного інтелекту дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами КГ та ЕГ (у %)

%	До ф. е.*	ЕГ	КГ
Високий рівень	3,6	8,1	10,1
Середній рівень	26,6	54,8	31,5
Низький рівень	69,8	37,1	58,4

*Примітка: * до ф.е. – до формувального експерименту.*

Нами наведено порівняння загальних середніх показників емоційного інтелекту дітей старшого дошкільного віку з КІ, що входять до складу контрольної групи та експериментальної групи. Виходячи з даних, можна простежити відмінності у рівнях розвитку емоційного інтелекту серед дітей обох груп до проведення формувального експерименту. Розподіл по рівнях емоційного

інтелекту свідчить про наступне: до формувального експерименту 69,8% дітей продемонстрували низький рівень емоційного інтелекту, тоді як в експериментальній групі цей показник становить 37,1%. Водночас, високий рівень емоційного інтелекту виявили лише 3,6% дітей, тоді як у експериментальній групі цей показник досяг 8,1%. Середній рівень в обох групах був значно вище: 54,8% дітей експериментальної групи показали середній рівень, порівняно з 26,6%. Ці дані можуть вказувати на початкову різницю в рівнях розвитку емоційного інтелекту між групами до початку експерименту, що може бути обумовлено різними факторами. Для контрольної групи з низьким рівнем емоційного інтелекту (69,8%), ймовірно, характерні певні труднощі в емоційній адаптації, що пов'язано з використанням КІ. Діти експериментальної групи, які мають більш високі показники (37,1% низького рівня та 8,1% високого), можуть бути в іншій ситуації завдяки особливостям навчальних і виховних методик, а також більшому розвитку емоційних навичок через різноманітні програми. Такий розподіл підтверджує необхідність подальшого дослідження й корекції підходів до розвитку емоційного інтелекту у дітей з КІ.

Для кращого розуміння особистісної компоненти у дітей старшого дошкільного віку з КІ, ми здійснили порівняння середніх показників «Я-концепції» за методикою «Шкали рівня сформованості «Я-концепції» (модифікації методики вивчення самооцінки Т. Дембо-С.Рубінштейна та модифікацію цієї методики – Т. Габрієл «Сходінки самооцінок») та проективною методикою «Людина під дощем». Аналіз цих показників дозволив виявити відмінності між групами, а також визначити вплив на формування самооцінки дітей (Табл. 3.3.9.).

Таблиця 3.3.9. Порівняння загальних середніх показників «Я-концепція» дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами КГ та ЕГ (у %)

%	До ф. е.*	ЕГ	КГ
Високий рівень	31	38	32
Середній рівень	56	59	58
Низький рівень	13	3	10

*Примітка: * до ф.е. – до формувального експерименту.*

У експериментальній групі 38% дітей мають високий рівень «Я-концепції», 59% – середній рівень, низький – лише у 3% дітей рівень. У контрольній групі високий рівень «Я-концепції» 38% дітей, середній – у 58%, а низький – 10%.

Ці показники свідчать про певні відмінності між групами. Так, у контрольній групі більша кількість дітей продемонструвала високий та середній рівень самооцінки, що можна пояснити більш стабільними умовами розвитку та відсутністю додаткових корекційних втручань, що характерно для дітей з типовим слуховим сприйняттям. Водночас в експериментальній групі з кохлеарними імплантами, де 59% дітей мають середній рівень, спостерігається більша частка дітей з низьким рівнем «Я-концепції» (3%). Це може бути зумовлено специфікою їхнього розвитку, зокрема, адаптацією до нових умов слухового сприйняття та необхідністю додаткової підтримки для формування позитивної самооцінки.

За методикою «Хто я?» за М. Куном порівняльний аналіз середніх показників мотивації дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами в контрольній та експериментальній групах дозволяє визначити, наскільки вплив різних методик або умов навчання сприяє формуванню мотивації в обох групах. Такий підхід дає змогу не лише виявити відмінності між дітьми з типовим розвитком і тими, хто має кохлеарні імпланти, але й оцінити, як різні умови, створені в до формувальному експерименті, можуть змінювати мотиваційні тенденції в дітей (Табл. 3.3.10.).

Таблиця 3.3.10. Порівняння загальних середніх показників мотивації дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами КГ та ЕГ (у %)

%	До ф. е.*	ЕГ	КГ
Високий рівень	0	4,1	1
Середній рівень	56	68,5	60,3
Низький рівень	44	27,5	38,7

*Примітка: * до ф.е. – до формувального експерименту.*

У дослідженні, присвяченому порівнянню рівнів мотивації дітей старшого дошкільного віку з КІ в контрольній та експериментальній групах, були зафіксовані значні відмінності у розподілі показників середнього рівня мотивації серед учасників. Під час початкового етапу дослідження (до формувального експерименту) у дітей обох груп спостерігалися різні пропорції за рівнями мотивації.

До формувального експерименту 56% дітей продемонстрували середній рівень мотивації, що свідчить про певну стабільність їхньої зацікавленості в навчальних діяльностях. Водночас, 44% дітей показали низький рівень мотивації, що вказує на потенційні труднощі в стимулюванні їх до активної участі в корекційно-розвитковій програмі.

У експериментальній групі ситуація виглядала дещо оптимістичніше: 68,5% дітей мали середній рівень мотивації, що є свідченням наявності більш сприятливих умов для розвитку зацікавленості до навчальної діяльності. Проте, 27,5% дітей експериментальної групи виявили низький рівень мотивації, що також вказує на існування певних обмежень у розвитку мотивації, навіть при застосуванні спеціалізованих методик. Порівняння середніх показників інтересу за методикою Н. Пророк «Вибір навчальних завдань» є важливим аспектом для розкриття закономірностей їхнього психоемоційного та соціального розвитку (Табл. 3.3.11.).

Таблиця 3.3.11. Порівняння загальних середніх показників інтересу дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами КГ та ЕГ (у %)

%	До ф. е.*	ЕГ	КГ
Високий рівень	41,5	28,6	25,9
Середній рівень	36,75	68,9	54,3
Низький рівень	21,75	2,5	19,8

*Примітка: * до ф.е. – до формувального експерименту.*

До формувального експерименту високий рівень інтересу мали 41,5% дітей. У контрольній групі після проведення експерименту цей показник

знизився до 25,9%, тоді як в експериментальній групі він становив 28,6%. Це свідчить про те, що втручання експериментальної методики змогло утримати вищий рівень інтересу порівняно з контрольними умовами, але все ж таки спостерігалось зниження порівняно з початковим рівнем.

Показник середнього рівня інтересу зріс значно після формувального експерименту. У контрольній групі він підвищився з 36,75% до 54,3%, а в експериментальній групі – до 68,9%. Ці результати свідчать про позитивний вплив експериментальної методики на розвиток інтересу у дітей, оскільки саме в ЕГ середній рівень інтересу демонстрував значно вищі показники, ніж у КГ.

До формувального експерименту низький рівень інтересу спостерігався у 21,75% дітей. Після експерименту в експериментальній групі цей показник знизився до 2,5%, тоді як у контрольній групі він залишався на рівні 19,8%. Такий суттєвий спад низького рівня інтересу в ЕГ підтверджує ефективність застосованих методик у підвищенні інтересу та зацікавленості дітей.

З урахуванням результатів формування показників особистісного компонента встановлено покращення емоційного інтелекту, «Я-концепції», мотивації та інтересу у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами, які належали до експериментальної групи. Так, високий рівень сформованості у ЕГ становить 23% порівняно з 9% у КГ (табл. 3.3.12.), (табл. 3.3.13.).

Таблиця 3.3.12. Порівняльний аналіз стану сформованості особистісного компонента у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами (ЕГ) (у%)

%	5 років	6 років	7 років	Загальний результат
Високий	39	17	13	23
Середній	56	74	76	69
Низький	5	9	11	8

Таблиця 3.3.13. Порівняльний аналіз стану сформованості особистісного компонента у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами (КТ) (у%)

%	5 років	6 років	7 років	Загальний результат
Високий	18	7	2	9
Середній	41	46	49	45
Низький	41	47	49	46

Встановлено покращення показників особистісної компоненти – емоційного інтелекту, «Я-концепції», мотивації та інтересу у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами, які належали до експериментальної групи, а саме:

- діти з експериментальної групи продемонстрували вищий рівень емоційного інтелекту в порівнянні з контрольною групою (це може свідчити про позитивний вплив корекційних занять на їхню здатність розуміти та керувати власними емоціями, а також емоціями інших);
- у дітей з експериментальної групи спостерігається більш позитивна «Я-концепція», що включає в себе уявлення про себе, самооцінку та ставлення до себе (це може бути пов'язано з тим, що корекційна робота сприяла формуванню впевненості в собі та позитивного образу «Я»);
- діти з експериментальної групи виявили вищий рівень мотивації до навчання та пізнавальної діяльності (може бути результатом використання різноманітних методів та прийомів, що стимулюють інтерес до навчання та сприяють розвитку внутрішньої мотивації);
- у дітей з експериментальної групи спостерігається підвищений інтерес до навчальних завдань та пізнавальної діяльності в цілому (це може бути пов'язано з тим, що корекційно-розвиткові заняття були

побудовані з урахуванням інтересів дітей та включали в себе різноманітні ігрові та творчі завдання).

Отримані результати свідчать про те, що корекційна робота з дітьми старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами позитивно впливає на формування їх особистісного компонента. Завдяки цілеспрямованій роботі можна досягти значних покращень в емоційній сфері, самооцінці, мотивації та інтересі до навчання.

Стан сформованості *соціального компонента* досліджено через складові – дитину, батьків, освітній простір. Особлива увага приділяється складовій, яка стосується дитини (діагностика за проективною методикою П. Вілсона «Дерево з чоловічками»). Аналіз цієї складової дозволяє оцінити її особистісні характеристики, поведінкові прояви, соціальні навички, а також рівень взаємодії з оточенням. Таке оцінювання є надзвичайно важливим для виявлення особливостей розвитку дітей як у контрольній групі, так і в експериментальній групі (Табл. 3.3.14.).

Таблиця 3.3.14. Порівняння загальних середніх показників складової компонента «Дитина» дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами КГ та ЕГ (у %)

%	До ф. е.*	ЕГ	КГ
Високий рівень	40	49	42
Середній рівень	15	44	22
Низький рівень	45	7	36

*Примітка: * до ф.е. – до формувального експерименту.*

До формувального експерименту в групі високий рівень був зафіксований на рівні 40%, в контрольній групі цей показник становив 42%. Після проведення експерименту у ЕГ спостерігалось зростання високого рівня на 9% (з 40% до 49%), що є значним покращенням, у порівнянні з лише 2% в КТ (з 40% до 42%). Це свідчить про ефективність проведеного експерименту в ЕГ. Що стосується середнього рівня, до експерименту в ЕГ він був лише на рівні 15%, у КТ – 22%. Після експерименту середній

рівень у ЕГ зріс на 29% (з 15% до 44%), що є суттєвим покращенням і свідчить про дієвість формувального експерименту. В КТ також спостерігається покращення, але воно значно менше – лише на 7%. Низький рівень до експерименту в ЕГ був на рівні 45%, а в КТ – 36%. Після експерименту у ЕГ цей рівень знизився до 7%, що є найбільш показовим результатом з усіх змін. В КТ також спостерігається зменшення низького рівня, але лише на 9% (з 45% до 36%).

Аналізуючи зміни, можна зробити підсумувати, що значне покращення результатів у ЕГ, особливо зростання високого рівня та зменшення низького рівня, може бути обумовлене застосуванням спеціальних технологій або методик, адаптованих до потреб дітей з кохлеарними імплантами. У контрольній групі зміни також спостерігалися, але вони були значно меншими, що може свідчити про природний розвиток дітей або вплив стандартного психологічного/педагогічного підходу без цілеспрямованих коригувальних впливів.

У дослідженні порівняння загальних середніх показників складової компонента «Батьки» дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами було використано методику Б. Бернс та С. Кауфман «Кінетичний малюнок сім'ї». Ця методика дозволяє досліджувати взаємодії та емоційні стосунки в сім'ї через образи, створені дітьми, що дає можливість зрозуміти сприйняття сімейної ролі та відносин в контексті розвитку (Табл. 3.3.15.).

Таблиця 3.3.15. Порівняння загальних середніх показників складової компонента «Батьки» дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами КГ та ЕГ (у %)

%	До ф. е.*	ЕГ	КТ
Високий рівень	25	27	25
Середній рівень	40	61	54
Низький рівень	35	12	29

*Примітка: * до ф.е. – до формувального експерименту.*

Згідно з даними таблиці, спостерігається значна різниця у рівнях розвитку сімейних стосунків між групами. В експериментальній групі 61% дітей продемонстрували середній рівень взаємодії та емоційних стосунків у родині, що значно перевищує 54% у контрольній групі. При цьому в КГ 35% дітей перебували на низькому рівні, тоді як в ЕГ лише 12%, що вказує на позитивний ефект програми втручання для дітей з КІ. Водночас, 25% дітей з обох груп до формувального експерименту продемонстрували високий рівень, що свідчить про деяку схожість у вихідних умовах дослідження. Різниця між групами на різних рівнях (високий, середній, низький) може бути пояснена наявністю різних умов і підходів, що використовуються в експериментальній групі, таких як спрямовані методи навчання та корекції, зокрема робота над емоційними зв'язками в родині, що сприяє поліпшенню взаєморозуміння і стосунків. У свою чергу, контрольна група, що не зазнала впливу, показала менше значних змін, а більша частина дітей залишалася на середньому або низькому рівні. Високий рівень у початкових даних може бути пояснений загальним розвитком дітей до проведення експерименту, але саме втручання в експериментальній групі дало помітний результат у підвищенні середнього рівня взаємодії в родині та зниженні низького рівня.

Для порівняння загальних середніх показників складової «Освітній простір» у контексті вивчення соціальної компоненти невербального інтелекту дітей старшого дошкільного віку з КІ було використано авторську розробку анкети для освітян «Вивчення соціальної компоненти невербального інтелекту дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами». Анкета дозволила здійснити об'єктивне оцінювання різних аспектів освітнього простору, взаємодії дітей з навчальним середовищем, а також рівня їхнього невербального інтелекту, що є важливим елементом для розвитку комунікативних та соціальних навичок дітей.

Таблиця 3.3.16. Порівняння загальних середніх показників складової компонента «Освітній простір» дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами КГ та ЕГ (у %)

%	До ф. е.*	ЕГ	КГ
Високий рівень	0	4	1

Продовження Таблиці 3.3.16.

Середній рівень	40	58	45
Низький рівень	60	38	54

*Примітка: * до ф.е. – до формувального експерименту.*

У групі до формувального експерименту 60% дітей знаходяться на низькому рівні, в той час як у експериментальній групі цей показник становить 38%. Це свідчить про те, що більша частина дітей в експериментальній групі демонструють кращі результати в порівнянні з групою, де спостерігається більш низький рівень розвитку освітнього простору. Відмінність у 22% може свідчити про певні особливості навчання чи розвитку дітей в ЕГ, де, можливо, були застосовані більш ефективні методи або умови для розвитку компонентів освітнього простору.

Середній рівень спостерігається у 45% дітей контрольної групи та 58% дітей експериментальної групи, що на 13% більше у ЕГ. Ця різниця також вказує на перевагу умов чи методик, які були застосовані в експериментальній групі, що може бути результатом вдосконаленої освітньої програми чи адаптаційних стратегій для дітей з кохлеарними імплантами.

Низький рівень в експериментальній групі на 16% менший (38% проти 54%), що є важливим показником покращення результатів дітей з кохлеарними імплантами. Ці дані вказують на ефективність використаних методів у розвитку освітнього простору, який, ймовірно, позитивно впливає на навички та взаємодії дітей з кохлеарними імплантами.

Беручи до уваги результати сформованості показників соціального компонента, було встановлено покращення результатів показників (дитину, батьків, освітній простір) у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами експериментальної групи. Так, високий рівень сформованості у ЕГ становить 9% порівняно з 2% у КГ (табл. 3.3.17.), (табл. 3.3.18.).

Таблиця 3.3.17. Порівняльний аналіз стану сформованості соціального компонента у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами (ЕГ) (у%)

%	5 років	6 років	7 років	Загальний результат
Високий	6	9	11	9
Середній	64	72	85	74
Низький	30	19	4	17

Таблиця 3.3.18. Порівняльний аналіз стану сформованості соціального компонента у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами (КГ) (у%)

%	5 років	6 років	7 років	Загальний результат
Високий	0	1	3	2
Середній	32	40	48	40
Низький	68	59	49	58

Встановлено, що у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами експериментальної групи спостерігається покращення показників соціального компонента невербального інтелекту після впровадження корекційно-розвиткової програми, а саме:

- зріс високий рівень сформованості соціальних навичок та взаємодії з оточенням, знизився низький рівень;
- покращилися показники взаємодії та емоційних стосунків у сім'ї;
- підвищився рівень розвитку освітнього простору, що позитивно вплинуло на комунікативні та соціальні навички дітей.

У ЕГ спостерігається значно більше покращення результатів у порівнянні з КГ, що свідчить про ефективність впроваджених методик. Результати дослідження підкреслюють важливість цілеспрямованих коригувальних впливів та адаптованих методик для розвитку соціального компонента невербального інтелекту у дітей з КІ.

Результати дослідження невербального інтелекту та його компонент у дошкільників з кохлеарними імплантами, що були охоплені експериментальною роботою свідчать про позитивні статистично достовірні зміни ($p < 0,01$). Результати достовірності фіксовані за критерієм Фішера. (Табл. 3.3.19.)

Таблиця 3.3.19. Порівняльний аналіз стану сформованості компонент невербального інтелекту ЕГ та КГ (за критерієм Фішера, у %)

%	Високий			Середній			Низький		
	ЕГ	КГ	φ-критерій	ЕГ	КГ	φ-критерій	ЕГ	КГ	φ-критерій
Когнітивний	6	3	1,0*	61	72	2,17***	33	25	1,51**
Особистісний	0,5	0,2	0,67*	13,5	12	1,03**	86	87,8	1,0*
Соціальний	16	13	1,62**	37	35	1,21**	47	52	2,06**

Примітка: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.

Результати проведеного дослідження підтверджують, що процес формування невербального інтелекту дітей старшого дошкільного віку з КІ побудований на основі врахування не лише когнітивного фактору (компоненти), а й особистісних та соціальних особливостей та складових досліджуваних, психокорекційний і психотерапевтичний вплив, описаний у пункті 3.1. та 3.2., що сприяло підвищенню сформованості досліджуваних компонентів (когнітивного, особистісного, соціального). (Табл. 3.3.20).

Таблиця 3.3.20. Порівняльний аналіз сформованості невербального інтелекту дошкільників з кохлеарними імплантами КГ та ЕГ (у%)

%	Високий рівень	Середній рівень	Низький рівень
ЕГ	20,1	66,3	13,6
КГ	10,1	46,3	43,6

Статистичний аналіз показав, що існує взаємозв'язок між показниками когнітивного та особистісного компонентів (табл. 3.3.21.).

Таблиця 3.3.21. Результати статистичного аналізу за показниками когнітивного та особистісного компонентів невербального інтелекту

Кореляційний аналіз	
Коефіцієнт кореляції К. Пірсона	0,652651723
Регресійна статистика	
Множинний R	0,652315077
R-квадрат	0,36679541
Нормований R-квадрат	0,362136829
Стандартна похибка	0,728839089
Спостереження	98

Як демонструють дані кореляційного та регресійного аналізу, взаємозв'язок між емоційним та когнітивним компонентами є значним. Він становить 0,6526 за К. Пірсоном та 0,6523 за даними регресійної статистики.

Коефіцієнт детермінації (R-квадрат), що показує долю дисперсії, дорівнює 0,3648. Отже, отримана модель приблизно на 37% пояснює зміну показників емоційного компоненту від зміни показників когнітивного компоненту. Це означає, що кореляційна модель містить значні фактори.

Отже, кореляційно-регресивний аналіз показав значний взаємозв'язок між когнітивним і особистісним компонентами невербального інтелекту (табл. 3.3.22.). Це вказує на те, що, впливаючи на формування складових особистісної складової невербального інтелекту, ми зможемо підвищити рівень когнітивних складових невербального інтелекту (табл. 3.3.22.).

Таблиця 3.3.22. Результати статистичного аналізу за показниками особистісної та соціальної компонент невербального інтелекту

Кореляційний аналіз	
Коефіцієнт кореляції К. Пірсона	0,728061619

Продовження Таблиці 3.3.22.

Регресійна статистика	
Множинний R	0,644331289
R-квадрат	0,390201735
Нормований R-квадрат	0,354717424
Стандартна похибка	0,517943029
Спостереження	98

Кореляція К. Пірсона вказує на наявність взаємозалежності між показниками особистісної та соціальної компоненти. Він становить 0,728, що свідчить про значний взаємозв'язок. Такі результати ми отримали за даними регресійної статистики. Коефіцієнт множинної кореляції (множинний R) становить 0,6443, що підтверджує значимість взаємозв'язку між змінними.

Коефіцієнт детермінації (R-квадрат), що показує долю дисперсії, дорівнює 0,3902. Отже, отримана модель приблизно на 39% пояснює зміну показників особистісної компоненти від зміни показників соціального. Це вказує, що кореляційна модель містить значні фактори.

Дані статистичного аналізу показали значний взаємозв'язок між показниками емоційного та вольового компонентів (табл. 3.3.23.).

Таблиця 3.3.23. Результати статистичного аналізу за показниками когнітивної та соціальної компонент неverbального інтелекту

Кореляційний аналіз	
Коефіцієнт кореляції К. Пірсона	0,867126468
Регресійна статистика	
Множинний R	0,864223067
R-квадрат	0,561485459
Нормований R-квадрат	0,050113542
Стандартна похибка	0,680587121
Спостереження	98

Результати кореляційного аналізу отриманих даних дозволили відзначити наявність взаємозв'язку між показниками емоційного та вольового компонентів. Його значення становить 0,8671, що свідчить про значний взаємозв'язок. Наявність значного взаємозв'язку показали й дані регресійної статистики. Коефіцієнт множинної кореляції (множинний R), що становить 0,8642, що підтверджує значимість між двома змінними.

Коефіцієнт детермінації (R-квадрат), що демонструє наскільки модель адекватна, дорівнює 0,5615. Це означає, що отримана модель приблизно на 56% пояснює зміну показників когнітивної компоненти від змін показників соціальної компоненти. Так, впливаючи на формування когнітивних процесів, соціальні фактори можуть бути суттєвим детермінантом розвитку когнітивних здібностей, що, в свою чергу, підтверджує існування взаємозалежності між соціальною активністю та інтелектуальними можливостями індивіда. Оскільки соціальні зв'язки, взаємодія з оточенням і участь у групових заходах сприяють розвитку когнітивних навичок, можна зробити висновок, що зміни в соціальній сфері можуть мати значущий вплив на когнітивний розвиток, зокрема через стимуляцію нових досвідів і взаємодій, які сприяють розвитку пізнавальних функцій.

Перевірка результатів експерименту за допомогою t-критерію розподілу Стьюдента підтвердила ефективність застосування визначених умов і розробленої моделі формування невербального інтелекту у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами (табл. 3.3.24).

Статистична значущість різниці між вихідними та підсумковими даними контрольної та експериментальної груп до і після формувального експерименту щодо рівня сформованості невербального інтелекту визначалася за допомогою застосування t-критерію Стьюдента.

Виходячи зі здобутих за допомогою розрахунків даних, можна зазначити, що отримане в контрольній групі значення критерію Стьюдента ($t_{\text{обчисл}}=0,391$) не перевищує критичне значення $t_{\text{табл}}=2,044$, отже, гіпотеза про випадковий характер коефіцієнта регресії не відхиляється, а вплив формуючого експерименту в контрольній групі вважається неістотним.

Значення критерію Стьюдента в експериментальній групі ($t_{\text{обчисл}}=2,382$) перевищує критичне значення $t_{\text{табл}}=2,025$, отже, гіпотеза про випадковий характер коефіцієнта регресії відхиляється, а вплив формуючого експерименту в експериментальній групі вважається істотним.

Таблиця 3.3.24. Статистичний аналіз даних формувального експерименту (аналіз значущості різниці в оцінках КГ та ЕГ дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантатами)

Рівень оцінки	Контрольна група		Експериментальна група	
	До експерименту	Після експерименту	До експерименту	Після експерименту
Середнє \bar{X}	13,5	13,8	13,5	16,3
Дисперсія G	3,1	3,9	3,1	3,48
Помилка m	0,46	0,44	0,46	0,58
Число ступенів свободи C	44		50	
Рівень вірогідності P	0,05		0,05	
Критерій Стьюдента (обчислюваний) $t_{0,05}$	0,391		2,382	
Критерій Стьюдента (табличний) $t_{0,05}$	2,044		2,025	

Отже, в результаті проведення аналізу даних формувального експерименту з використанням розробленої програми формувального експерименту відзначається прогресивна динаміка даних щодо рівня сформованості компонент невербального

інтелекту, що є причиною використання для практиків методів, спрямованих на розвиток когнітивних, особистісних та соціальних складових цього інтелекту. Результати дослідження підтверджують, що формування невербального інтелекту, зокрема через удосконалення наочно-дійового мислення, уваги, зорового сприйняття, пам'яті та емоцій, може значно сприяти покращенню розвитку дітей старшого дошкільного віку з КІ, а також формуванню їх «Я-концепції». Крім того, зростання мотивації та інтересу до навчання у дітей старшого дошкільного віку з КІ, свідчить про важливість включення елементів соціальної взаємодії та залучення батьків до освітнього процесу. Враховуючи це, результативність запропонованої моделі має значний потенціал у розвитку не тільки пізнавальних, але й соціальних та особистісних якостей дітей старшого дошкільного віку з КІ, що є важливою складовою формування їхнього невербального інтелекту.

3.4. Перспективи формування невербального інтелекту у дітей з кохлеарними імплантами в структурі безбар'єрного простору

Формування невербального інтелекту у дітей з кохлеарними імплантами є актуальним завданням сучасної спеціальної психології. На підставі проведеного нами дослідження та аналізу теоретичних засад, виявлено значний потенціал для розвитку невербальних здібностей у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами. Однак, для досягнення максимальних результатів необхідно створити сприятливі умови, які б забезпечували всебічний розвиток дитини. Одним із таких умов є формування безбар'єрного простору.

Національна стратегія створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року визначає безбар'єрність як системний та комплексний підхід до формування й реалізації державної політики, орієнтованої на забезпечення рівноправного доступу до всіх сфер суспільного життя. У межах цієї стратегії акцент зроблено на впровадженні інклюзивних принципів, що передбачають усунення фізичних, інформаційних, соціальних та інших бар'єрів, які обмежують можливості громадян [1], [99]. Особливого значення у цьому контексті набуває

питання забезпечення потреб осіб із різними формами інвалідності, зокрема дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами.

Науковий дискурс щодо реабілітації та соціалізації дітей з кохлеарними імплантами ґрунтується на багатовекторному аналізі, що охоплює аспекти спеціальної психології та педагогіки. Дослідження українських науковців, таких як О. Вовченко, В. Жук, Т. Ілляшенко, Т. Каменщук, О. Карасьова, Н. Компанець, С. Кульбіда, В. Литвинова, С. Литовченко, В. Литовченко, А. Обухівська, Г. Якимчук, Н. Ярмола [13], [14], [37], [63], [138] та зарубіжних Дж. Даммайер, Д. Гарріс, К. Гелвін, Л. Кутлу, М. Маршарк, М. Чепмен, Ю. Сарант [206], [188], [152] демонструють необхідність комплексного підходу до створення умов для гармонійного розвитку таких дітей.

Безбар'єрний простір забезпечує рівні можливості для всіх учасників освітнього процесу, незалежно від їхніх індивідуальних особливостей [111], [137]. Для дітей з кохлеарними імплантами безбар'єрний простір передбачає не лише фізичну доступність (наприклад, наявність звукопідсилюючих систем), але й соціальну та інформаційну доступність. Це означає, що дитина має мати можливість повноцінно взаємодіяти з оточуючими, розуміти невербальні сигнали та виражати власні емоції.

Розвиток невербального інтелекту є важливим компонентом соціальної адаптації дітей з кохлеарними імплантами. Як зазначають українські дослідники А. Матвієнко, О. Пінчук, С. Стеблюк, О. Холоденко, Н. Ярмола та інші, невербальні засоби комунікації відіграють значну роль у встановленні соціальних контактів та розумінні соціальних ситуацій [90], [106], [137]. Зарубіжні вчені А. Девіс, Д. Дорнан, Д. Ульріх, К. Ульріх, М. Мартен, А. Хоган у власних дослідженнях підкреслюють, що невербальний інтелект є важливим фактором успішного навчання та соціальної інтеграції дітей з порушеннями слуху [218], [151].

Формування невербального інтелекту у дітей з кохлеарними імплантами є багатогранним процесом, який вимагає комплексного підходу та створення сприятливого середовища. Результати попередніх розділів нашого дослідження

демонструють, що незважаючи на значні досягнення в галузі кохлеарної імплантації, розвиток невербальних компонентів інтелекту у дітей з порушеннями слуху потребує додаткової уваги. Створення безбар'єрного простору, тобто такого середовища, яке б забезпечувало рівні можливості для всіх учасників комунікації, є ключовим фактором у цьому процесі.

Теоретичні основи формування безбар'єрного простору для дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами базуються на розумінні того, що невербальна комунікація відіграє визначальну роль у соціальній інтеграції та успішній адаптації дитини в суспільстві. Як зазначає українська науковиця, докторка психологічних наук І. Біла у власній науковій праці [2], невербальні сигнали передають від 60 до 80 % інформації під час спілкування, тому їх розуміння і використання є життєво важливими для повноцінної взаємодії.

Теоретичні основи та перспективи розвитку невербального інтелекту у дітей з кохлеарними імплантами в контексті безбар'єрного простору вимагають деталізації та конкретизації. Зокрема, створення такого простору передбачає не лише опрацювання теоретичних положень, а й обґрунтування практичних інструментів та стратегій, здатних забезпечити ефективну інтеграцію цих дітей у соціальне середовище. У цьому контексті ключову роль відіграють методичні рекомендації щодо запровадження безбар'єрності освітніх послуг у закладах дошкільної освіти. Ці рекомендації, розроблені в рамках Національної стратегії безбар'єрного простору в Україні, що спрямовані на організацію безбар'єрного освітнього середовища в тому числі для дітей дошкільного віку з порушеннями слуху, зокрема зі зниженим слухом та з кохлеарними імплантами [74]. Важливим завданням у цьому процесі є розробка моделі формування безбар'єрного простору, яка забезпечить цілісність підходу до вирішення проблем інклюзивності та сприятиме подальшому вдосконаленню практик інтеграції дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами.

Окремо варто наголосити на перспективах формування невербального інтелекту у дітей з кохлеарними імплантами в структурі безбар'єрного простору. Успішна реалізація цих перспектив залежить від інтеграції теоретичних засад з

практичними підходами та впровадження моделі формування безбар'єрного простору. Запропонована нами модель (Рис. 3.4.1.), покликана забезпечити розвиток невербальних інтелектуальних здібностей і сприяти повноцінній соціалізації дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами у сучасному суспільстві.

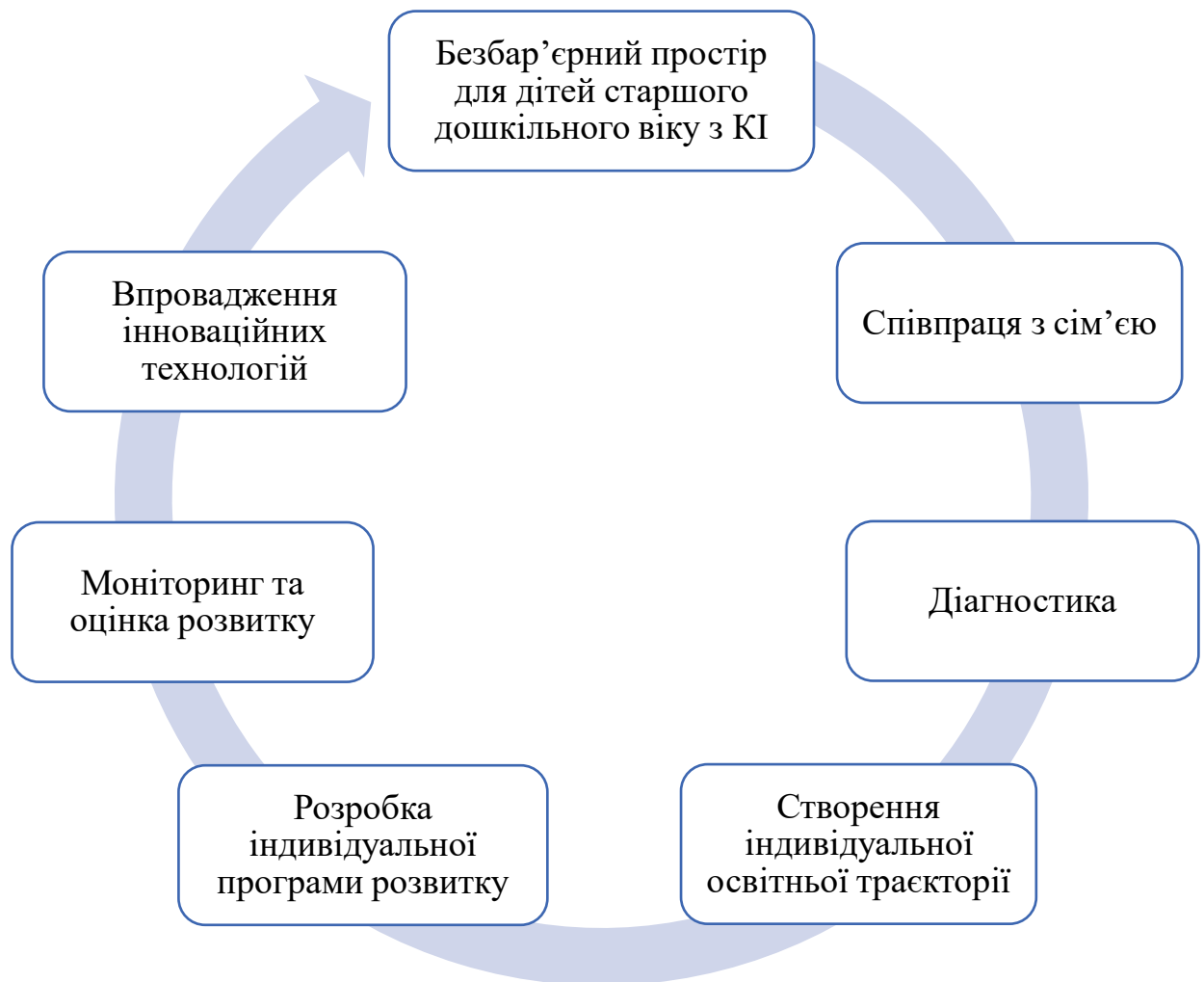


Рис. 3.4.1. Модель формування безбар'єрного простору для дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами.

Ефективне формування безбар'єрного простору для дітей з кохлеарними імплантами передбачає комплексну взаємодію різних учасників освітнього процесу. Це, перш за все, дитина з кохлеарним імплантом, її батьки, педагоги

(вчителі, логопеди, психологи), а також інші фахівці, які залучені до реабілітації та освіти таких дітей. Кожен з учасників відіграє важливу роль у створенні сприятливого середовища для розвитку невербальних навичок.

Модель формування безбар'єрного простору для дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами може включати такі етапи: *співпраця з сім'єю, діагностика, створення індивідуальної освітньої траєкторії, розробка індивідуальної програми розвитку, моніторинг та оцінка розвитку, впровадження інноваційних технологій*.

Першим етапом є встановлення ефективної *співпраці з сім'єю* дитини, що є важливим елементом у процесі її адаптації до безбар'єрного середовища. У науковій праці А. Колупасової та О. Таранченко [62], зазначається, що співпраця з батьками є основою формування інклюзивного середовища для дітей з особливими освітніми потребами, оскільки сім'я є першим середовищем, де дитина отримує соціалізацію і підтримку. Урахування особливостей сімейного виховання та їхнього впливу на поведінку і розвиток дітей допомагає коригувати стратегії навчання та розвитку, враховуючи індивідуальні особливості кожної дитини [121].

Другим етапом є проведення *діагностики* розвитку дитини з кохлеарним імплантом. Такий підхід дозволяє визначити рівень слухових, мовленнєвих, когнітивних та соціальних навичок дитини, а також виявити можливі проблеми на ранніх стадіях. Згідно з дослідженнями О. Шарковського [131], рання діагностика та виявлення порушень допомагають своєчасно коригувати методи навчання і розвивати відповідні стратегії інтервенції. При цьому важливо використовувати сучасні методи оцінки, такі як комплексна психолого-педагогічна оцінка розвитку дитини, що дозволяє сформулювати чітке розуміння можливих напрямків подальшої роботи.

Наступним етапом є *розробка індивідуальної освітньої траєкторії*, що є основою для забезпечення освітніх прав дитини з особливими потребами. О. Стадник зазначає, що індивідуальна траєкторія враховує як інтелектуальні, так і соціальні аспекти розвитку дитини, що дозволяє забезпечити її успішну адаптацію в освітньому середовищі [120]. Важливим є впровадження принципу

індивідуалізації, яке дозволяє адаптувати/модифікувати програми навчання, відповідно до потреб та можливостей кожної дитини. Ключовими елементами такого підходу є визначення найбільш ефективних методів і технік для дитини, моніторинг процесу навчання та корекція шляхів його вдосконалення.

Індивідуальна програма розвитку (далі ІПР) є результатом інтеграції діагностичних даних та освітньої траєкторії, що дозволяє створити чіткий план корекційно-розвиткового процесу. ІПР повинна включати конкретні очікувані цілі, адаптацію/модифікацію програми навчання, розвиток комунікативних навичок, адаптацію до соціального середовища та психоемоційну підтримку. Науковиця В. Жук підкреслює важливість застосування таких методів, як корекційно-розвиткові ігри, інтерактивні заняття та інші інноваційні підходи, що стимулюють розвиток мовленнєвих навичок у дітей з кохлеарними імплантами. Завдяки індивідуалізованому підходу, ІПР стає максимально адаптованою до потреб дитини, що забезпечує її ефективну інтеграцію в освітній процес [31].

Наступним етапом є постійний *моніторинг та оцінка* розвитку дитини. Моніторинг є необхідним для виявлення можливих труднощів і корекції освітнього процесу. Відповідно до досліджень С. Литовченко оцінка результатів розвитку дітей з кохлеарними імплантами має бути багатогранною і включати різноманітні методи, зокрема, педагогічне спостереження, анкетування батьків та вихователів, а також використання стандартизованих тестів розвитку [81]. Постійний моніторинг дозволяє коригувати індивідуальну програму розвитку та вибір навчальних стратегій, орієнтуючись на реальний рівень досягнень дитини.

Заключним етапом є *впровадження інноваційних технологій*, які сприяють розвитку невербальних та вербальних комунікативних навичок у дітей з кохлеарними імплантами. За даними досліджень В. Шевченка, використання сучасних аудіовізуальних технологій, мобільних додатків та спеціалізованих програм дозволяє значно підвищити ефективність корекційно-розвиткових занять [134]. Важливою є роль інтерактивних методів навчання, що забезпечують активну взаємодію дитини з навчальним матеріалом, підвищуючи її мотивацію до навчання. У свою чергу, І. Глазкова та С. Хатунцева підкреслюють, що технологічні інновації

дозволяють створити безбар'єрне середовище для дітей з особливими освітніми потребами, надаючи їм доступ до широкого спектру ресурсів і можливостей для розвитку [20].

Таким чином, модель формування безбар'єрного простору для дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами охоплює комплексний підхід, що включає співпрацю з сім'єю, діагностику, індивідуальну освітню траєкторію, розробку індивідуальної програми розвитку, постійний моніторинг та використання інноваційних технологій. Безбар'єрне освітнє середовище, що будується на основі цих етапів, сприяє успішній інтеграції дітей з кохлеарними імплантами в суспільство, надаючи їм рівні можливості для розвитку.

З огляду на вищезазначене, оптимізація процесу формування безбар'єрного простору для дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами неможлива без деталізації кожного з його етапів, що передбачає розробку конкретних рекомендацій для ключових учасників цього процесу: батьків, педагогів та психологів.

Дане дослідження має на меті оптимізувати процес формування безбар'єрного простору для дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами шляхом надання практичних рекомендацій для батьків, педагогів та психологів. Ці рекомендації ґрунтуватимуться на сучасних наукових дослідженнях в галузі сурдопедагогіки, спеціальної психології та освіти, а також враховуватимуть специфіку розвитку дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами.

Метою надання цих рекомендацій є підвищення компетентності батьків, педагогів та психологів у питаннях розвитку невербального інтелекту дітей з КІ, а також формування у них розуміння важливості створення безбар'єрного освітнього середовища для успішної інтеграції дітей даної категорії в суспільство.

Рекомендації для батьків

1. Спілкуйтеся з дитиною за допомогою міміки, жестів та візуальних матеріалів, активно використовуючи невербальні засоби комунікації, що

сприятиме розвитку її здатності розуміти та використовувати невербальні сигнали.

2. Заохочуйте дитину до участі в іграх, що розвивають просторову уяву, таких як конструювання, складання пазлів, малювання, ліплення, що позитивно впливає на формування невербальних пізнавальних здібностей.
3. Читайте дитині книжки з яскравими ілюстраціями, обговорюйте зображення, емоції персонажів, що розширює її уявлення про навколишній світ та збагачує невербальний словник.
4. Відвідуйте з дитиною музеї, театри, виставки, створюючи умови для розвитку її спостережливості, уваги до деталей та збагачення сенсорного досвіду.
5. Залучайте дитину до домашніх справ, демонструючи дії та послідовність їх виконання, що сприяє розвитку практичних навичок та розуміння причинно-наслідкових зв'язків.
6. Створюйте вдома атмосферу емоційної безпеки та підтримки, що дозволяє дитині вільно виражати власні емоції та почуття за допомогою невербальних засобів.
7. Звертайте увагу на невербальні сигнали дитини, намагаючись зрозуміти її потреби та емоційний стан, що формує в неї впевненість у собі та довірливі стосунки з оточуючими.
8. Використовуйте відеозаписи для аналізу та корекції невербальної поведінки дитини, що дозволяє їй усвідомити власні емоції та реакції в різних ситуаціях.
9. Заохочуйте дитину до спілкування з однолітками, створюючи можливості для розвитку її соціальних навичок та адаптації в колективі.
10. Будьте терплячими та підтримуйте дитину в її зусиллях, пам'ятаючи, що розвиток невербального інтелекту – це тривалий процес, що потребує часу та зусиль.

Рекомендації для педагогів

1. Створюйте в групі атмосферу взаєморозуміння та підтримки, використовуючи невербальні засоби комунікації для встановлення контакту з дитиною та створення позитивного емоційного клімату.
2. Використовуйте наочні матеріали, демонстрації, жести під час занять, що допомагає дитині краще сприймати інформацію та запам'ятовувати її.
3. Організуйте ігри та вправи, спрямовані на розвиток уваги, спостережливості, пам'яті, мислення, уяви, що стимулює розвиток невербальних пізнавальних здібностей.
4. Залучайте дітей до спільних творчих проєктів, театралізованих вистав, що розвиває їхню здатність виражати емоції та співпрацювати з іншими.
5. Використовуйте різноманітні дидактичні матеріали, ігри-головоломки, конструктори, що сприяють розвитку просторової уяви та логічного мислення.
6. Заохочуйте дітей до використання невербальних засобів комунікації під час ігор та спілкування, створюючи ситуації, в яких вони можуть використовувати міміку, жести, рухи тіла.
7. Проводьте індивідуальні заняття з дитиною, враховуючи її особливості та потреби, що дозволяє підібрати найбільш ефективні методи та прийоми розвитку невербального інтелекту.
8. Співпрацюйте з батьками, надаючи їм рекомендації щодо розвитку невербального інтелекту дитини в домашніх умовах, що забезпечує комплексний підхід до розвитку дитини.
9. Спостерігайте за невербальною поведінкою дитини, аналізуйте її емоційний стан, що допомагає вчасно виявити труднощі та надати необхідну підтримку.
10. Створюйте в групі безбар'єрне середовище, де кожна дитина відчувається комфортно та впевнено, що сприяє її активній участі в освітньому процесі та соціальній адаптації.

Рекомендації для психологів

1. Проводьте діагностику рівня розвитку невербального інтелекту дитини, використовуючи стандартизовані тести та методики, що дозволяє виявити її сильні та слабкі сторони та розробити індивідуальну програму розвитку.
2. Організуйте групові заняття з дітьми, спрямовані на розвиток емоційного інтелекту, соціальних навичок, комунікативних здібностей, що сприяє їхній успішній соціалізації.
3. Проводьте індивідуальні консультації з батьками та педагогами, надаючи їм рекомендації щодо створення сприятливих умов для розвитку невербального інтелекту дитини та її психологічної підтримки.
4. Використовуйте артотерапевтичні методики, ігрову терапію, пісочну терапію для розвитку емоційної сфери дитини, її уяви, творчих здібностей, що позитивно впливає на розвиток невербального інтелекту.
5. Співпрацюйте з сурдопедагогами та логопедами, об'єднуючи зусилля для комплексного розвитку дитини з КІ, що забезпечує її успішну інтеграцію в освітнє середовище.
6. Використовуйте корекційно-розвиткові програми, спрямовані на подолання труднощів у розвитку невербального інтелекту у дітей з КІ, враховуючи їхні індивідуальні особливості та потреби.
7. Навчайте дітей розпізнавати та розуміти невербальні сигнали інших людей, що допомагає їм ефективно взаємодіяти в соціальному середовищі.
8. Допомагайте дітям розвивати навички саморегуляції, контролю над власними емоціями та поведінкою, що є важливою складовою їхньої соціальної адаптації.
9. Сприяйте формуванню позитивної самооцінки та впевненості в собі у дітей з КІ, що дозволяє їм активно взаємодіяти з оточуючими та досягати успіхів у різних сферах життя.

10. Аналізуйте динаміку розвитку невербального інтелекту дитини, вносячи необхідні корективи в індивідуальну програму розвитку, що забезпечує ефективність корекційно-розвиткової роботи.

Отже, результати проведеного дослідження свідчать про те, що діти старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами мають значні можливості для розвитку невербального інтелекту, який є важливим фактором їхньої успішної соціальної адаптації та інтеграції. Створення безбар'єрного простору, що враховує потреби цих дітей, є ключовим фактором у розкритті цього потенціалу. Важливість формування невербального інтелекту у дітей з кохлеарними імплантами обумовлена його значною роллю в соціальній взаємодії, навчанні та когнітивному розвитку. Незважаючи на досягнення в галузі кохлеарної імплантації, розвиток невербальних компонентів інтелекту потребує особливої уваги та цілеспрямованих зусиль з боку батьків, педагогів і психологів.

Безбар'єрний простір, що передбачає не лише фізичну, але й соціальну та інформаційну доступність, є необхідною умовою для повноцінного розвитку невербального інтелекту у дітей з кохлеарними імплантами. У такому середовищі діти з КІ мають можливість вільно взаємодіяти з оточуючими, розуміти невербальні сигнали та виражати власні емоції, що сприяє їхній соціальній адаптації та навчанню.

Модель формування безбар'єрного простору для дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами включає такі етапи: співпраця з сім'єю, діагностика, створення індивідуальної освітньої траєкторії, розробка індивідуальної програми розвитку, моніторинг та оцінка розвитку, впровадження інноваційних технологій. Кожен з цих етапів має важливе значення для успішної інтеграції дітей з кохлеарними імплантами в суспільство. Ефективна реалізація моделі потребує комплексної взаємодії батьків, педагогів, психологів та інших фахівців. Батьки відіграють важливу роль у створенні підтримуючого середовища вдома, педагоги забезпечують адаптований освітній процес, а психологи надають необхідну корекційно-розвиткову підтримку.

Практичні рекомендації, розроблені для батьків, педагогів та психологів, спрямовані на підвищення їхньої компетентності у питаннях розвитку невербального інтелекту дітей з кохлеарними імплантами та формування розуміння важливості створення безбар'єрного освітнього середовища.

Таким чином, формування невербального інтелекту у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами вимагає інтегрованого підходу, що включає тісну співпрацю між сім'єю, фахівцями та освітніми закладами. Успіх цього процесу залежить від створення адаптованого навчального середовища, використання інноваційних методик та розвитку індивідуальних освітніх траєкторій. Реалізація таких підходів сприятиме успішній соціальній адаптації та інтеграції дітей у сучасне суспільство, забезпечуючи їм повноцінне життя та рівні можливості для особистісного розвитку.

Висновок до третього розділу

У даному розділі дисертаційного дослідження детально розглянуто теоретичні та практичні аспекти формування невербального інтелекту у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами. Обґрунтовано впровадження основної корекційно-розвиткової програми та додаткової програми. Структурно основна програма представлена метою, завданнями, принципами, методами та формами психокорекційних впливів, спрямованих на розвиток особистісних характеристик дошкільників. На основі отриманих даних було розроблено модель програми психологічної корекції, що має на меті формування компонентів та складових невербального інтелекту.

Розділ містить детальний опис розробленої основної програми «Метаігрова психотерапія у роботі з формування невербального інтелекту у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами», яка включає в себе чотири змістових блоки: формування когнітивної, особистісної та соціальної компоненти, а також підсумковий блок. Кожен блок складається з восьми занять, які проводяться з

використанням артотерапевтичних методів, метафоричних асоціативних карт та ігрових технік.

Особлива увага приділена опису методики корекційно-розвиткової роботи, яка ґрунтується на інтеграції особистісно орієнтованого та системного підходів. У рамках особистісно орієнтованого підходу враховуються індивідуальні особливості кожної дитини, її емоційні, когнітивні та соціальні потреби. Системний підхід забезпечує цілісність корекційної роботи, інтегруючи різноманітні методи для формування взаємопов'язаних компонентів невербального інтелекту. Важливим аспектом є робота в рамках вікових особливостей дитини та формування її емоційної поведінкової, пізнавальної сфер особистості.

У додатковій супроводжувальній програмі описано роботу з батьками, яка включала психологічне консультування, проведення тренінгів, спрямованих на розвиток навичок підтримки дітей у формуванні невербальних здібностей, а також навчання ефективним стратегіям взаємодії з дитиною. Зазначені заходи сприяли покращенню розуміння батьками потреб їхніх дітей та активізації їхньої участі у процесі розвитку як у домашньому, так і в освітньому середовищі.

У розділі також представлено аналітичне узагальнення результатів формувального експерименту, який показав ефективність розробленої програми у формуванні невербального інтелекту та розвитку дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами. У когнітивній компонента виявилось зростання рівня IQ, покращення уваги, наочно-дійового мислення, зорового сприйняття та пам'яті, особливо в експериментальній групі. В експериментальній групі дітей з кохлеарними імплантами спостерігалось значне покращення особистісної компоненти: зросли показники емоційного інтелекту, покращилася «Я-концепція», підвищилися мотивація та інтерес. Це свідчить про позитивний вплив програм на емоційний розвиток, самооцінку та навчальну активність дітей. Впровадження корекційно-розвиткової програми значно покращило соціальні навички дітей з кохлеарними імплантами експериментальної групи, що виявилось у зростанні рівня соціальної компоненти.

Експериментальна група у порівнянні з контрольною групою продемонструвала значно кращі результати, підтверджуючи ефективність застосованих методик. У контрольній групі зафіксовано мінімальну динаміку розвитку компонент. Відсутність спеціалізованого психокорекційного впливу, який отримувала експериментальна група, зумовила відсутність статистично значущих змін.

Важливою частиною розділу є обговорення перспектив формування невербального інтелекту у дітей з кохлеарними імплантами в структурі безбар'єрного простору. Висвітлено важливість створення такого середовища, яке б забезпечувало рівні можливості для всіх учасників освітнього процесу, незалежно від їхніх індивідуальних особливостей.

На завершення розділу представлено модель формування безбар'єрного простору для дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами, яка включає такі етапи: співпраця з сім'єю, діагностика, створення індивідуальної освітньої траєкторії, розробка індивідуальної програми розвитку, моніторинг та оцінка розвитку, впровадження інноваційних технологій.

Також розроблено практичні рекомендації для батьків, педагогів та психологів, спрямовані на підвищення їхньої компетентності у питаннях розвитку невербального інтелекту дітей з кохлеарними імплантами та формування розуміння важливості створення безбар'єрного освітнього середовища.

У розділі представлено комплексне дослідження проблеми формування невербального інтелекту у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами. Висновки та рекомендації, які зазначені в розділі, можуть бути використані в практичній роботі психологів, педагогів та батьків для формування невербального інтелекту дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами.

Матеріали третього розділу висвітлено у публікаціях авторки: «Psychological analysis of manifestations of nonverbal intelligence of senior pre-schoolers in the context of inclusive education»; «Психологічний супровід навчання дітей з ООП за умов воєнного часу: на допомогу батькам та освітянам»; «Психологічна підтримка дітей

старшого дошкільного віку в інклюзивному просторі»; «Невербальний інтелект як засіб формування основних компетентностей дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантатами»; «Соціальна компонента як основа формування структури невербального інтелекту дошкільників з кохлеарними імплантатами»; «Психологічна допомога батькам дітей з особливими освітніми потребами у формуванні невербального інтелекту за умов дистанційного навчання»; «Використання інноваційних технологій в корекційно-розвитковій роботі з дітьми з розладами аутичного спектру в умовах інклюзивно-ресурсного центру»; «Вплив соціальної ситуації розвитку невербального інтелекту у дітей з кохлеарними імплантатами»; «Особливості психокорекційної роботи з дітьми з кохлеарними імплантами старшого дошкільного віку»; «Валідативні методики діагностування невербального інтелекту у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами».

ВИСНОВКИ

Результати дисертаційного дослідження розкрили та підтвердили основні положення психологічних особливостей формування невербального інтелекту у дітей старшого дошкільного з кохлеарними імплантами, підтвердили логічність та доречність основних методів, підходів, засвідчили реалізацію мети та основних завдань, також дали змогу сформулювати такі висновки:

1. За результатами наукового аналізу доведено актуальність дослідженої проблематики, яка обумовлена зростанням кількості дітей з кохлеарними імплантами та необхідністю оптимізації їх когнітивного розвитку, підвищення якості соціальної адаптації за умов сучасного динамічного простору, постійних суспільних змін.

Детально проаналізовано сучасний стан дослідження кохлеарної імплантації, зокрема її роль, як апробованого багатолітнім досвідом, методом реабілітації осіб з порушеннями слуху. Наголошено, що кохлеарна імплантація відкриває нові можливості для соціалізації, розвитку мовлення та когнітивних функцій у дітей з кохлеарними імплантами.

Обґрунтовано важливість кохлеарної імплантації як мультидисциплінарного процесу, що включає медичний, педагогічний, психологічний та соціальний аспекти. Розглянуто ключові фактори, які впливають на ефективність імплантації, зокрема вік дитини на момент операції, ступінь втрати слуху, наявність супутніх патологій, рівень розвитку мовлення до імплантації та якість реабілітаційного супроводу. Підкреслено значення нейропластичності мозку у процесі адаптації до нових слухових відчуттів, що є базою для компенсації дефіциту слухового сприйняття.

Проаналізовано психологічні особливості дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами. Встановлено, що така категорія дітей відрізняється підвищеною сенсорною чутливістю та використанням невербальних сигналів (міміки, жестів) у комунікації. Відзначено важливість індивідуального підходу до розвитку когнітивної, емоційної та соціальної сфер у цих дітей, що забезпечує їхню адаптацію до соціального середовища.

Розглянуто поняття невербального інтелекту як сукупності когнітивних здібностей, що забезпечують сприйняття, обробку та інтерпретацію інформації через невербальні канали, такі як зорові, кінестетичні та тактильні відчуття. Окреслено значущість невербального інтелекту для адаптації та ефективної комунікації, зокрема в контексті взаємодії з соціальним середовищем. Підкреслено роль цього типу інтелекту у розвитку просторового мислення, розпізнаванні невербальних сигналів (міміки, жестів) та орієнтації в просторі. Обґрунтовано важливість розвитку невербального інтелекту у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами.

Окремо акцентовано увагу на значенні корекційно-розвиткової роботи, спрямованої на стимуляцію пізнавальних процесів та формування позитивної самооцінки у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами. Висвітлено роль педагогів, психологів та логопедів у цьому процесі. Теоретичні положення підкріплено аналізом сучасних досліджень, які підтверджують важливість ранньої діагностики та системної підтримки дітей з кохлеарними імплантами.

2. Особлива увага приділена емпіричному дослідженню та оцінці ключових компонентів невербального інтелекту: когнітивного, особистісного та соціального. Розроблено та апробовано структуру психодіагностики, що включає методики для визначення рівня розвитку невербального інтелекту у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами. Кожна методика була спрямована на виявлення окремих компонентів невербального інтелекту, включаючи: когнітивна компонента (оцінка рівня IQ, увага, наочно-дійове мислення, зорове сприйняття, пам'ять); особистісна компонента (емоції, Я-концепція, мотивація та інтерес); соціальна компонента (самоідентифікація дитини, батьківське ставлення та освітнє середовище).

Розглянуто когнітивну компоненту як основу для розвитку інших складових невербального інтелекту. Виявлено, що діти старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами демонструють специфічні особливості у розвитку когнітивних процесів, зокрема уваги, пам'яті, наочно-дійового мислення, аналізу

та синтезу інформації. Запропоновано ефективні методи роботи, спрямовані на стимуляцію когнітивної активності у дітей цієї категорії.

Запропоновано підхід до вивчення особистісної компоненти, що включає емоційні та мотиваційні аспекти, розвиток Я-концепції. Встановлено, що емоційна сфера дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами часто характеризується підвищеною чутливістю до зовнішніх подразників. Використано методи розвитку емоційного інтелекту для покращення адаптації до соціальних умов та формування стабільного емоційного стану.

Соціальна компонента розглядається як здатність до формування навичок соціальної взаємодії. Запропоновано практичні рекомендації щодо розвитку соціальних навичок через ігрову діяльність, групову взаємодію та проєктивні методики. Встановлено, що сімейна підтримка та освітнє середовище відіграють ключову роль у формуванні позитивної самооцінки та соціальної адаптації дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами.

Запропоновано корекційно-розвиткову програму «Метаігрова психотерапія у роботі з формування невербального інтелекту у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами», спрямовану на формування невербального інтелекту дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами. Програма включає інтеграцію артотерапевтичних методів, технік з метафоричними асоціативними картами та ігрової психотерапії, які було спрямовано на розвиток когнітивних, соціальних та особистісних компонентів невербального інтелекту. Заняття проводилися в інтерактивній формі із застосуванням наочних матеріалів, музики та рухів. Особливу увагу приділено формуванню візуально-просторового мислення, символічного розуміння та соціальній інтеграції. Програма також передбачала супроводжувальну додаткову програму для педагогів/освітян і батьків, яка використовувалася в експериментальній групі з метою комплексного впливу на формування невербального інтелекту особистості дитини старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами. Робота з батьками включала психологічне консультування, тренінги щодо підтримки дитини у формуванні невербальних здібностей, а також навчання ефективної взаємодії з дитиною. Це допомогло

батькам краще розуміти потреби своїх дітей та активно сприяти їхньому розвитку як у домашньому середовищі, так і в освітньому. Блоки програми забезпечили комплексний підхід до формування невербального інтелекту, враховуючи як індивідуальні особливості дітей, так і потреби їхніх сімей. Ефективність програми підтверджено емпіричними дослідженнями. У дітей експериментальної групи, які брали участь у програмі, було зафіксовано значне покращення показників невербального інтелекту порівняно з контрольною групою.

3. Розглянуто основи побудови та впровадження психологічних технологій, спрямованих на формування невербального інтелекту у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами. Основну увагу приділено розробці теоретико-методичних засад і детальній організації корекційно-розвиткової роботи. Проведено аналітичне узагальнення результатів експерименту, який охоплював впровадження розроблених методик у практику.

Результати формувального експерименту вказують на значне покращення показників невербального інтелекту у дітей, які брали участь у програмі. Було виявлено підвищення рівня когнітивних, соціальних і особистісних компонентів інтелекту. Зокрема, спостерігалось покращення здатності до візуально-просторового аналізу, формування навичок сприйняття невербальних сигналів і підвищення емоційної обізнаності.

Важливими результатами стали також позитивні зміни в адаптивній поведінці дітей, що сприяло їхній соціальній інтеграції та покращенню комунікативних навичок. Показано ефективність запропонованої системи у контексті інклюзивного середовища, зокрема в умовах безбар'єрного простору. Результати вказують на доцільність впровадження розробленої програми у практику інклюзивної освіти, а також підготовку фахівців, для використання в роботі з метою формування невербального інтелекту дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами.

З огляду на вищезазначене, дослідження зробило суттєвий внесок у поглиблення наукового розуміння специфіки формування невербального інтелекту у дітей з кохлеарними імплантами. Крім того, його результати сприяли розробці

теоретичних концепцій та прикладних рекомендацій, які забезпечують гармонійний особистісний і когнітивний розвиток цієї категорії дітей.

Варто зазначити, що, попри ґрунтовність представлених у роботі результатів теоретичного аналізу, експериментальних і емпіричних даних, залишається значний простір для обговорення та перспектив подальших наукових досліджень, які можуть бути спрямовані на розробку цифрових платформ і програм для формування невербального інтелекту, які враховуватимуть індивідуальні особливості кожної дитини, її когнітивні потреби, рівень слухового сприйняття та емоційного розвитку. Такі платформи можуть включати інтерактивні ігри, адаптивні тренажери, віртуальні симуляції та мультимедійні ресурси, що поєднують візуальні, просторові та логічні завдання.

Особливу увагу слід приділити інтеграції елементів доповненої та віртуальної реальності для створення інтерактивного середовища, яке стимулюватиме розвиток невербальних навичок, таких як розпізнавання образів, орієнтація у просторі, аналіз і узагальнення інформації. Крім того, важливо забезпечити можливість дистанційного доступу до таких ресурсів, що дозволить використовувати їх не лише в освітніх закладах, але й у домашніх умовах під керівництвом батьків чи фахівців.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Безбар'єрність та умови для інклюзивного навчання. Новий освітній простір, безбар'єрність: інформаційний посібник. URL: <http://surl.li/redsp>
2. Біла І. Сутність поняття невербальної комунікації в психології. *Наукові перспективи*, № 10(40), 2023. С. 689-701. DOI: [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2023-10\(40\)-689-701](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2023-10(40)-689-701)
3. Блінов О. Метафоричні асоціативні карти як сучасний метод психологічної хірургії. *Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки*, 2015, № (4). С. 5-9.
4. Бойко К. Роль невербальних комунікацій у розвитку дітей з кохлеарними імплантатами. *Журнал спеціальної педагогіки*, 34(2). 2023. С. 58-69.
5. Бондарчук Н., Крочак Л., Найчук В. *Саморегуляція емоційних станів: теоретичні аспекти*. КЗВО Вінницька академія безперервної освіти. 2024. С. 70-76.
6. Борисенко К., Бадер С. Особливості розвитку емоційного інтелекту дітей старшого дошкільного віку. *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: Педагогіка. Соціальна робота*, 1 (48), 2021. С. 48-52.
7. Бородавко О., Гордієвич М., Кожевнікова В. Динаміка розвитку невербального інтелекту та мнестичних функцій у дітей з синдромом дефіциту уваги та гіперактивності в ході реабілітації за системою інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації В. І. Козявкіна. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. Том 3, №1. 2016. С. 91-95
8. Бушанова Т., Волошина С. Використання метафоричних асоціативних зображень у професійній діяльності. *Досвід роботи вихователя закладу дошкільної освіти: традиційні підходи та інновації: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Ужгород, 19 травня 2020 року)*. Ужгород: Центр прогресивної освіти «Генезум». Частина II, 2020. С. 165-170.
9. Внукова Ю. Дослідження когнітивної сфери дітей з обмеженими можливостями. Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «магістр» за

спеціальністю 053 «Психологія» (освітньо-професійна програма «Психологія»). ВНПЗ ДГУ, Дніпро, 2024.

10. Вовченко О. До питання психологічної діагностики та корекції емоційного інтелекту дітей раннього та дошкільного віку. *Наукові перспективи*, 2(44), 2024. С. 1283-1296. DOI: [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-2\(44\)-1283-1296](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-2(44)-1283-1296)

11. Вовченко О. Особливості психологічного супроводу дітей молодшого шкільного віку з кохлеарними імплантами та їх батьків. *Наукові інновації та передові технології*, 5(7). 2022. С. 218-229.

12. Вовченко О. Програма психологічної діагностики та корекції емоційного інтелекту дітей раннього та дошкільного віку. Інститут спеціальної педагогіки та психології ім. М. Ярмаченка НАПН України. Електронне видання. 2023. 85 с. DOI: [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2023-10\(40\)-689-701](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2023-10(40)-689-701)

13. Вовченко О., Жук В., Кульбіда С. Запровадження безбар'єрності освітніх послуг в закладах дошкільної та загальної середньої освіти : аналітичні матеріали для МОН України. Київ: Інститут спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України, 2024. С. 48-56.

14. Вовченко О., Жук В., Кульбіда С., Литвинова В., Литовченко С., Литовченко В., Таранченко О. Безбар'єрне освітнє середовище для дітей дошкільного віку з порушеннями слуху, зокрема з кохлеарними імплантами. *Аналітичні матеріали для МОН України*, 2024. С. 20-77.

15. Вознесенська О. Арт-терапія як засіб психо-соціального відновлення особистості. *Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки*, (4), 2015. С. 28-34.

16. Волкова В. Педагогіка. Київ: Академія, 2003. 576 с.

17. Габіда К. Розвиток емоційно-вольової сфери дітей засобами арт-терапії. 2023

18. Гарбар С. Інноваційні методи виховання культури поведінки дітей старшого дошкільного віку. *Матеріали VII Всеукраїнської науково-практичної*

конференції «Спеціальна та інклюзивна освіта: теорія, методика, практика», Випуск VII, 25 березня 2021. С. 42-45.

19. Гейл Х., Міллер Л., Помплан М. Керівництво до Міжнародної шкали продуктивності Лейтера. Київ: ОС Україна, 2013. 293 с.

20. Глазкова І., Хатунцева С. Теоретико-методичні засади безбар'єрного освітнього середовища. С. 97-120. DOI: <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-434-4-6>

21. Глазунова С. Кохлеарна імплантація – новий метод реабілітації глухих дітей. Наук. часоп. НПУ ім. М. П. Драгоманова. Серія 19, Корекц. педагогіка та спец. Психологія. Випуск 23.2013. С. 38–41.

22. Гончар Л. Діагностика стану сформованості гуманних взаємин до батьків з боку дітей молодшого шкільного віку. *Науковий вісник Миколаївського національного університету імені ВО Сухомлинського. Педагогічні науки*, № 2 (57), 2017. С. 150-155.

23. Гоян І. *Методи діагностики психічного розвитку дітей* Івано-Франківськ: Симфонія форте, 2014. 652 с.

24. Гріньова О., Терещенко Л. Дитяча психодіагностика: навчально-методичний посібник. Вінниця: Нілан-ЛТД, 2015. 227 С.

25. Гуріна Т. Еволюція підходів щодо застосування методів ранньої діагностики інтелектуальних порушень у дітей. Актуальні питання спеціальної педагогіки, збірник наукових праць. За загальною редакцією проф. Бойчука Ю. Д. Х.: ХНПУ імені Г. С. Сковороди, 2022. С. 23-29.

26. Драчук А., Корякіна І., Хлус Н. Оптимізація рухової активності дітей дошкільного віку: навчально-методичний посібник. Вінниця: ТОВ «Твори», 2022. 128 с.

27. Душка А. Дитина з розладами аутистичного спектра. Харків: Вид-во «Ранок», ВГ «Кенгуру», 2018. 32 с.

28. Душка А., Міронова В. Основні підходи реабілітації сімей, що виховують дітей з особливими освітніми потребами. *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови*. № 23. 2023: С. 35-46.

29. Дяченко А. Особливості формування когнітивних процесів в старшому дошкільному віці у нормі та відхиленням. *Дипломна робота*. Дніпро: ВНПЗ «ДГУ», 2024. 108 с.
30. Жеребчук М., Бутузова Л. Специфіка особистісного розвитку дитини з мовленнєвими порушеннями. *In materials XXIII international scientific and practical conference «Problems of science and technology: the search for innovative solutions»(May 15-17, 2024) Munich, Germany*. С. 185-189.
31. Жук В. Корекційно-розвивальна допомога дітям з кохлеарними імплантатами в умовах дистанційного навчання. *Досвід дистанційного навчання учнів з порушеннями слуху (організаційноресурсне забезпечення в умовах воєнного часу): збірка тез Всеукраїнського науковопрактичного семінару в рамках фестивалю Тижня науки (20 травня 2022 року)*. Київ: ФОП «Симоненко О.І.», 2022. С. 25-29.
32. Жук В. Педагогічна допомога дітям раннього віку з порушеннями слуху. *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови*. № 1(16). 2020. С. 126-143.
33. Жук В. Психолого-педагогічна підтримка дітей з кохлеарними імплантатами в Україні. In: *Українська психологія. ХХІ століття. Початок*. (Дні української психології в Берліні): матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю 27-28 квітня 2023 року: Зб. матеріалів . Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, м. Київ, Україна. С. 401-405.
34. Жук В. Слухоорієнтовані технології розвитку словесного мовлення дітей з кохлеарними імплантатами. *Особлива дитина: навчання і виховання*. 2023. 110(2). С. 129-148.
35. Жук В., Литвинова В., Литовченко С. Педагогічна підтримка дітей раннього та дошкільного віку з порушеннями слуху та їхніх батьків в умовах воєнного стану. *Навчально-методичний посібник*. Київ, 2023. 123 с.
36. Жук В., Литвинова В., Литовченко С. Серія навчальних посібників за сферами розвитку для дітей дошкільного віку з порушенням слуху «Сходінки. Підтримаємо та допоможемо» (3 посібника). 2023. 263 С.

37. Жук Т., Ілляшенко Т., Каменщук Т. Психолого-педагогічні засади технологій супроводу дітей з особливими освітніми потребами у процесі їх соціальної інтеграції. Монографія. Київ: Ніка-Центр, 2020. 113 с.
38. Заболотний Д. Слухопротезування при сенсоневральній глухоті. Журнал вушних, носових і горлових хвороб. 2005. № 3. С. 12-18.
39. Заїка С. Сутність слухомовленнєвого розвитку в контексті комплексного підходу до навчання та виховання дітей дошкільного віку після кохлеарної імплантації. *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови*. 2015. № 9. С. 27-32.
40. Засенко В., Прохоренко Л. До проблеми реформування галузі освіти дітей з особливими потребами. *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови*. 2020. №16. С. 143-159.
41. Засенко В., Прохоренко Л. Освіта «особливих» дітей: стратегія розвитку. Рідна школа. 2019. №3-4. С. 48-52.
42. Ільченко І. Арт-терапія. Навчальний посібник для студентів. Умань: Видавничо-поліграфічний центр «Візаві», 2013. 150 с.
43. Каменщук Т. Психолого-педагогічні засади реабілітації дітей з кохлеарними імплантатами. *Наукові записки Інституту спеціальної педагогіки та психології*. 2021. 33(4). С. 112-128.
44. Каракай А., Войтовська О. Вплив засобів арт-терапії на стресостійкість у дітей старшого дошкільного віку. *Тенденції розвитку дошкільної та початкової освіти : молодь і наука : збірник тез II Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю здобувачів вищої освіти, аспірантів, молодих вчених, педагогів-практиків (16 квітня 2021 року, м. Київ, Україна)*. Частина 2. Київ: Національний педагогічний університет імені М.П. Драгоманова, 2021. С. 125-127.
45. Карнаух Л., Авраменко О. Гендерні аспекти формування «Я-концепції» особистості дошкільника. *Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах : зб. наук. пр.* Запоріжжя: КПУ, 2021. № 77, Т. 1. С.51-55.

46. Кауфман А., Шнайдер В. Психометричні підходи до інтелекту. *Людський інтелект*, №1 2019. С. 67-102
47. Кисла О. Соціальна комунікація у дітей з синдромом Ретта: практико-орієнтовний підхід *«Безбар'єрність в освіті осіб з особливими освітніми потребами: досвід та інновації»*. Матеріали X Міжнародного конгресу зі спеціальної педагогіки та психології. К.: ІСПП імені Миколи Ярмаченка НАПН України, 2024. С. 176-179.
48. Кобильченко В. Психологічний супровід осіб з порушеннями здоров'я. *Сучасні проблеми логопедії та реабілітації*. 15 лютого 2019 року, м. Суми. 15. С. 169-174.
49. Коваленко О. Мовленнєві програми для дітей з порушеннями слуху. *Освітні інновації*. 2022. 12(2). С. 25-37.
50. Ковальчук О. Канциренко О. Застосування проєктивного методу МАК у дослідженні психологічного благополуччя та соціальної відповідальності особистості. Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія: Психологія. 2016. Вип. 2. URL: <https://surl.li/zagmgv>
51. Козирєв М. Соціокультурна психологія Карен Хорні. *Збірник V наукового регіонального семінару до дня психолога «Видатні постаті психології: історія та сучасність»*, 20 квітня 2018 року. Львівський державний університет безпеки життєдіяльності. С. 13-16.
52. Колбасова Х. Детермінанти формування невербального інтелекту дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами. *V Міжнародна конференція «Сучасні інноваційні та інформаційні технології в XXI столітті»* 15-16 вересня 2022. місто Катовіце. С. 385-390. DOI: <https://doi.org/10.54264/M016>
53. Колбасова Х. Особливості використання технологій невербального інтелекту у спеціальній психології. *Габітус*. Видавничий дім «Гельветика». 2022. № 37. С. 117-121. DOI: <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2022.37.21>
54. Колбасова Х. Психологічний супровід навчання дітей з ООП за умов воєнного часу: на допомогу батькам та освітянам. *Наукові інновації та передові*

технології. № 7(9). 2022. С. 46-58. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-5274-2022-7\(9\)-46-58](https://doi.org/10.52058/2786-5274-2022-7(9)-46-58)

55. Колбасова Х. Психологічна підтримка дітей старшого дошкільного віку в інклюзивному просторі. *Габітус*. Видавничий дім «Гельветика». 2022. № 44. С. 84-88. DOI: <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2022.44.14>

56. Колбасова Х. Невербальний інтелект як засіб формування основних компетентностей дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами. *Освіта та розвиток обдарованої особистості*. 2023. № 2(89). С. 25-30. DOI: [https://doi.org/10.32405/2309-3935-2023-2\(89\)-25-30](https://doi.org/10.32405/2309-3935-2023-2(89)-25-30)

57. Колбасова Х. Соціальна компонента як основа формування структури невербального інтелекту дошкільників з кохлеарними імплантами. *Наукові інновації та передові технології*. 2024. № 7(35). С. 1061-1073. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-5274-2024-7\(35\)-1061-1073](https://doi.org/10.52058/2786-5274-2024-7(35)-1061-1073)

58. Колбасова Х. Особливості формування невербального інтелекту у дітей з особливими освітніми потребами. *The scientific heritage*. Угорщина. 2022. № 89. С. 99-102. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.6575876>

59. Колбасова Х. Психологічна допомога батькам дітей з особливими освітніми потребами у формуванні невербального інтелекту за умов дистанційного навчання. *Colloquium-journal*. Польща. 2022. № 16(139). С. 22-24. DOI: <https://doi.org/10.24412/2520-6990-2022-16139-22-24>

60. Колісніченко Т. Формування Я-концепції дітей дошкільного віку. 2020. 51 с.

61. Колупаєва А. Савчук Л. Діти з особливими освітніми потребами та організація їх навчання. Видання доповнене та перероблене: наук.-метод. посіб. Видавнича група «АТОПОЛ». 2011. 274 с.

62. Колупаєва А. Таранченко О. Навчання дітей з особливими освітніми потребами в інклюзивному середовищі. Навчально-методичний посібник. Харків. Видавництво «Ранок». 2019. 306 С.

63. Компанець Н. Психолого-педагогічний супровід дітей з порушеннями емоційно-вольової сфери Науково-методичний посібник . Актуальна освіта, м. Київ, Україна, 2023. 120 с.
64. Красівський Р. Вплив невербальної комунікації на соціальну адаптацію дітей з порушеннями слуху. *Педагогічні інновації в Україні*. 2023. 29(1). С. 44-56.
65. Кузіна О. Діагностичні методики виявлення рівня сформованості пізнавальної активності дітей шостого року життя. *Актуальні питання у сучасній науці* № 12(18). 2023. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-6300-2023-12\(18\)-898-911](https://doi.org/10.52058/2786-6300-2023-12(18)-898-911)
66. Кузіна О. Формування пізнавальної активності у дітей шостого року життя засобами медіа в умовах закладу дошкільної освіти. 2024. 296 с.
67. Кукуруза Г. Психологічна модель раннього втручання: допомога сім'ям, що виховують дітей раннього віку з порушеннями розвитку: монографія. Планета-принт, 2013. 244 с.
68. Кулагін Ю. Особливості когнітивного розвитку дітей дошкільного віку з порушеннями слуху. *Проблеми сучасної психології*, 2018. (35). С. 124-135.
69. Кульбіда С., Адамюк Н., Горова О. Комунікативна доступність освітнього середовища для осіб з порушеннями слуху в умовах сучасних викликів. Науково-методичний посібник у двох частинах. Інститут спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України. Київ: ІСПП імені Миколи Ярмаченка НАПН України, 2023. 148 С.
70. Курик І., Рудницька-Юрійчук І. Особливості освітньої роботи з формування у дітей старшого дошкільного віку компетентностей, орієнтованих на сталий розвиток. Чернівці: Чернівець. нац. ун-т ім. Ю. Федьковича, 2024. С. 106-107.
71. Лавінський М., Леонський В., Паращенко Л. Організація тестування у загальноосвітньому навчальному закладі. Київський міжрегіональний інститут удосконалення вчителів ім. Б. Грінченка. Київ, 2001. 178 с.
72. Лаврухіна Т. Застосування ігрових технологій з метою активізації пізнавальної діяльності у дітей з порушенням слуху. *Збірник матеріалів III Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції*, 2019, Випуск 8. С. 84-87.

73. Лановенко В. Кохлеарна імплантація у хворих з глухотою. *Оториноларингологія*. 1998. № 1. С. 3-7.
74. Лист Міністерства освіти і науки від 04 вересня 2024 р. № 6/688-24. Методичні рекомендації щодо запровадження безбар'єрності освітніх послуг у закладах дошкільної освіти з урахуванням потреб людей з порушеннями мови, слуху, комунікації, руху, батьків із дітьми, людей старшого віку та інших суспільних груп. URL: <https://surl.li/xkiejz>
75. Литвиненко І., Прасол Д. Проективні малюнкові методики: Методичний посібник. Миколаїв: Вид-во «Арнекс», 2015. 160 с.
76. Литвиненко С., Ямницький В. Становлення ігрової терапії в психоаналітичних школах А. Фрейд та М. Кляйн. *Психологія: реальність і перспективи*. 2020. № (14). С. 130-135.
77. Литвинова В., Литовченко С., Таранченко О., Жук В., Шевченко В., Федоренко О. Сучасний курикулум в освіті дітей з порушеннями слуху: методичні рекомендації. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2021. 321 с.
78. Литовченко С. Діти з порушеннями слуху раннього та дошкільного віку: навчання і супровід. *Монографія*. Інститут спеціальної педагогіки і психології ім. Миколи Ярмаченка НАПН України. Київ: Симоненко О.І., 2020. 276 с.
79. Литовченко С. Діти з порушеннями слуху раннього та дошкільного віку: навчання та супровід: *Монографія*. К.: ФОП Симоненко О.І. 2020. 276 с.
80. Литовченко С. Дошкільна освіта дітей з порушеннями слуху: сучасні моделі та перспективи розвитку. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*. № 1(105). 2021. С. 445-458.
81. Литовченко С. Про результати дослідження «Теоретико-методичні засади навчання дітей з порушеннями слуху в умовах модернізації освіти», що виконувалося в Інституті спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України впродовж 2018-2020 років. *Вісник Національної академії педагогічних наук України*, 2022. 1(4). DOI: <https://doi.org/10.37472/v.naes.2022.4135>

82. Литовченко С., Жук В., Таранченко О. *Дитина з порушенням слуху*. Харків: Вид-во «Ранок», ВГ «Кенгуру», 2018. 56 с.
83. Литовченко С., Жук В., Литвинова В. Новий формат освітнього середовища: діти з порушеннями слуху у дошкільлі: навч.-метод. посіб. Київ: ФОП Симоненко О.І. 2019. 279 с.
84. Максимова О. Формування соціальної компетентності дитини дошкільного віку як запорука її успішної адаптації до навчання в школі. *Педагогічна освіта: теорія і практика*. 2016. № 20(2). С. 229-234.
85. Мартиненко І. Комунікативний потенціал особистості як об'єкт психокорекційного впливу у системі формування комунікативної діяльності дітей з системними порушеннями мовлення. *Збірник наукових праць*. 2017. 27. С. 71-76.
86. Мартиненко І. Системні порушення мовлення в ракурсі медико-психолого-педагогічних досліджень. *Логопедія*. 2017. № 10. С. 41–48.
87. Мартиненко І. Психологічні засади формування комунікативної діяльності дітей старшого дошкільного віку з системними порушеннями мовлення. (дис. д-ра психол. наук: 19.00.08). Нац. пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова. Київ, 2017. 502 с.
88. Марціновська І., Попович С. Створення ситуації успіху для дітей з особливими освітніми потребами в інклюзивних закладах. *Психолого-педагогічний супровід дітей з інтелектуальними порушеннями в умовах спеціальної та інклюзивної освіти: матеріали III Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю 9 листопада 2023 р. Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка*, 2023. С. 174-176.
89. Марченко І. Діагностика комунікативних здібностей дітей з ТПМ. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова*. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія: зб. наук. праць. – Київ : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2012. Вип. 21. С. 174-178.
90. Матвієнко А. Розвиток соціальних компетентностей дітей старшого дошкільного віку засобами альтернативної комунікації. *Запоріжжя*. 2024. 92 С.

91. Мацюк З., Фенко М. Мак-техніки – інноваційний засіб розвитку мовлення дітей дошкільного віку з особливими освітніми потребами. *Acta Paedagogica Volynienses*. 2023. №(3). С. 10–16.
92. Мельник С. Сучасні підходи до навчання та виховання дітей з РАС *Роль інновацій в трансформації образу сучасної науки*, 2021. С. 47-53
93. Мішкулинець О., Кузнецова О., Власенко Ю. Аналіз процесів самоідентифікації, становлення особистості у різні вікові періоди і взаємозв'язку з самосвідомістю. *Наукові перспективи*, 2023. 09(23). С. 613-625. DOI: [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2023-9\(39\)-613-625](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2023-9(39)-613-625)
94. Мороз Б. Сучасні технології реабілітації і навчання дітей з вадами слуху та мовлення. Київ: Видавництво «А&Р», 2013. 130 с.
95. Музиченко І., Сирота А. *Психологічні особливості уваги дітей дошкільного та молодшого шкільного віку*. XI Міжнародна науково-практична конференція «Innovations and prospects in modern science». 2023. С. 268-272.
96. Наказ від 18.02.2021 № 92. Про затвердження Методичних рекомендацій щодо впровадження практики надання послуги раннього втручання для забезпечення розвитку дитини, збереження її здоров'я та життя. URL: <https://surl.li/crubik>
97. Наказ від 16 серпня 2013 р. № 728/71. Про удосконалення організації відбору інвалідів та дітей-інвалідів для проведення операції з імплантаційного слухопротезування. URL: <https://surl.li/pfngws>
98. Наконечна О. Арт-терапія як спосіб впливу на особистість у зарубіжній та вітчизняній літературі. *Молодий вчений*, 2014. 1(03). С. 158-161.
99. Національна стратегія із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року від 14.04.2021. № 366-р. Кабінет Міністрів України. URL: <https://surl.li/ajjevn>
100. Номировська Ю. Взаємозв'язок емоційного інтелекту та соціометричного статусу підлітків. 2020. 110 С.
101. Олефір Н. Особливості корекційно-розвиткової роботи з дітьми з порушеннями слуху. In *The 7th International scientific and practical conference*

«*Innovative areas of solving problems of science and practice*» (November 08–11, 2022) Oslo, Norway. International Science Group. 2022. С. 427-429.

102. Омельченко І., Кобильченко В. Діагностичний інструментарій дослідження емоційно-суб'єктного компонента соціального інтелекту у дошкільників з інтелектуальними труднощами легкого ступеня прояву. *Психологія і особистість*, 2024. № 1(25). С. 174-194. DOI: <https://doi.org/10.33989/2226-4078.2024.1.298779>

103. Онопрієнко О., Петрук О, Павлова Т. Технології оцінювання особистісних і навчальних досягнень учнів початкової школи. Методичний кейс. Київ: Педагогічна думка. 2023. 247 с.

104. Пасічніченко А. Використання педагогічних ідей Софії Русової у процесі формування особистості дитини дошкільного віку. *Збірник матеріалів V Всеукраїнської науково-практичної онлайн – конференції*. Умань: ВПЦ «Візаві», 18-19 лютого 2021 р. С. 176-178.

105. Панок В., Рибалка В., Шандрук С. Психологічний супровід відновлення освітнього процесу в закладі загальної середньої освіти. Практич. посіб. Київ : УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2024. 225 с.

106. Пінчук О. Холоденко О. Міжкультурна комунікація. *Гуманітарний форум*, 2024. 2(2). С. 29-33.

107. Поліщук О. Соціальна інтеграція дітей з порушеннями слуху. *Журнал соціальної педагогіки*. 2021. 27(3). С. 72-88.

108. Постанова від 15 вересня 2021 р. № 957. Про затвердження Порядку організації інклюзивного навчання у закладах загальної середньої освіти. URL: <https://surl.li/anlggf>

109. Прохоренко Л. Психологія когнітивних порушень у дітей. Монографія. Бориспіль: ФОП «Вигнан О.С.», 2023. 130 с.

110. Процел Л. Емоційний інтелект як запорука успішного становлення дітей дошкільного віку. *Сучасне дошкілля: актуальні проблеми, педагогічні пошуки, здобутки*. Збірник матеріалів II Регіональної науково-практичної

Інтернет-конференції студентів, молодих науковців, педагогів-практиків, 2024. С. 102-106.

111. Розпорядження від 14 квітня 2021 р. № 366-р. Про схвалення Національної стратегії із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року. URL: <https://surl.li/qzowqx>

112. Розпорядження від 26 травня 2021 р. № 517-р. Київ. Про схвалення Концепції створення та розвитку системи раннього втручання. URL: <https://surl.li/hpyvsu>

113. Романенко О. *Напрями діагностики комунікативної готовності старших дошкільників до шкільного навчання.* Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. 2014. Вип. 26. С. 397-401.

114. Романенко М. Психологічні основи адаптації дітей з кохлеарними імплантатами. *Спеціальна психологія.* 2023. 45(1). С. 89-104.

115. Савенко Н. Виховання особистісної ідентичності у дітей старшого дошкільного віку. 2022. С. 67.

116. Саєнко Т., Смолянко Ю. Розвивальні ігри як засіб інтелектуального розвитку дітей старшого дошкільного віку. *Вісник науки та освіти,* 2024. 11(29). С. 1551-1563. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-6165-2024-11\(29\)-1551-1563](https://doi.org/10.52058/2786-6165-2024-11(29)-1551-1563)

117. Сидоренко Т. Арт-терапія як необхідна складова педагогічної діяльності в інклюзивній мистецькій освіті. *Перспективи та інновації науки,* 2023. 14 (32). С. 419-429. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-14\(32\)-419-429](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-14(32)-419-429)

118. Синьов В. Основи дефектології. Київ: Вища школа. 1994.- 143 с.

119. Сіансіоло Т., Прохоренко Л. Контрольний список сфер розвитку для діагностики та раннього втручання й корекції поведінки. Навчально-методичний посібник. Київ: Наша друкарня, 2021. 106 с.

120. Стадник О. Формування готовності майбутніх вихователів до створення та організації інклюзивного освітнього середовища. 2021. 86 с.

121. Тумік С. В. *Стратегії розвитку психолого-педагогічного супроводу дитини з особливими освітніми потребами та її сім'ї.* 2024. 89 с.

122. Федоренко О. До питання інклюзивного навчання дітей з порушеннями слуху. *Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Серія: Соціально-педагогічна*. 2013. № 22(2). С. 262-269.

123. Федорчук В. Казкотерапія засобами метафоричних асоціативних карт у роботі з дітьми з особливими освітніми потребами. *Інновації партнерської взаємодії освіти, економіки та соціального захисту в умовах інклюзії та прагматичної реабілітації соціуму: матеріали IV міжнародної науково-практичної конференції. м. Кам'янець-Подільський: Подільський спеціальний навчально-реабілітаційний соціально-економічний коледж*. 2020. С. 146-148.

124. Фельбаба Н. Ігрова недирективна терапія Вірджинії Екслейн. *Матеріали V міжнародної науково-практичної конференції з дитячої та юнацької психотерапії української спілки психотерапевтів «Нашого цвіту по всьому світу – скарби української нації»*. 18-19 листопада 2023, м. Ужгород. С 85-88.

125. Фройд З. Вступ до психоаналізу: лекції зі вступу до психоаналізу з новими висновками. К.: Основи, 1998. 709 с.

126. Хохліна О. Проблема структури особистості у психології. *Юридична психологія*. 2016. №19(2). С. 20-31.

127. Чеботарьова О. Дитина із синдромом Дауна. Харків: Вид-во «Ранок», ВГ «Кенгуру», 2018. 48 с.

128. Чекан О. Інклюзивна освіта в дошкільних закладах України: стан, специфіка та програмно-методичне забезпечення. 2024. DOI: <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-457-3-12>

129. Шандро М. Формування просторових уявлень у дітей старшого дошкільного віку із загальним недорозвиненням мови. 2022. 91 с.

130. Шаповал Л., Ковтун А. Арт-терапія в сучасній психології *Психологія і війна: збірник матеріалів XIV Міжнародної науково-практичної конференції (23–24 квітня 2024 р., м. Ніжин)*. С. 408-411.

131. Шарковський О. Корекція рухового розвитку дітей з вадами слуху методами фізичної реабілітації. 2024. 94 с.

132. Шевченко В. Адаптація дітей з кохлеарними імплантатами до слухового середовища. *Аудіологія та сурдопедагогіка*. 2020. 42(3). С. 45-63.
133. Шевченко В. Рання допомога дітям з глибокими порушеннями слуху. *Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції «Цілі світової науки»*. 2015. С. 110-114.
134. Шевченко В. Сучасні технічні засоби навчання дітей з порушеннями слуху. *Освіта дітей з порушеннями слуху: сучасні тенденції та технології: навч.-метод. посіб.*, 2018. С. 157-209.
135. Шпак М. Становлення емоційного інтелекту в дошкільному віці як передумова його розвитку в молодшого школяра. *Наукові записки Національного університету Острозька академія*. Серія: Психологія. 2016. № 4. С. 196-205.
136. Яковлева С., Саган О. Готовність до навчання дітей з порушеннями інтелекту під впливом сформованого психолого-педагогічного супроводу. *Вісник науки та освіти*, 2024. 5(23). С. 1620-1633. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-6165-2024-5\(23\)-1620-1633](https://doi.org/10.52058/2786-6165-2024-5(23)-1620-1633)
137. Ярмола Н., Коваль-Бардаш Л., Компанець Н., Квітка Н., Лапін А. Діти з особливими освітніми потребами у загальноосвітньому просторі. Навч.-метод. посіб. Київ. ІСПП імені М. Ярмаченка НАПН України, 2020. 208 с.
138. Ярмола Н., Тороп К. Системоутворювальна роль компетентностей в організації навчального процесу для дітей з особливими потребами. *Науковий журнал НПУ імені МП Драгоманова*. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. № 40, 2021: С. 99-106.
139. Archer S. Family support in the adaptation of children with cochlear implants. *Journal of pediatric psychology*. 2020. 45(4). P. 345-359.
140. Ashori M., Aghaziarati A., Ashori M. The relationships among social-emotional assets and resilience, empathy and behavioral problems in deaf and hard of hearing children. *Current psychology*. 2023. 42(24). P. 20421-20429.
141. Aslan F., Ozkan H., Yücel E. Effects of age at auditory brainstem implantation: impact on auditory perception, language development, speech intelligibility. *Otology & Neurotology*. 2020. 41(1). P. 11-20.

142. Baird D., Littlefield T. Early cochlear implant prototypes and their implications for future development. *Journal of medical devices*. 1961. 4(1). P. 33-41.
143. Bandura A. Social-learning theory of identificatory processes. *Handbook of socialization theory and research*, 1969. P. 213-262.
144. Barokah A., Badarussyamsi B. The effect of parenting and learning processes on the development of children's empathy. *International journal of advanced multidisciplinary*. 2023. 2(2). P. 266-273.
145. Binet A., Simon T. Méthodes nouvelles pour le diagnostic du niveau intellectuel des anormaux. *L'année psychologique*. 1905. 11. P. 191-244.
146. Bishop D. Uncommon understanding: development and disorders of language comprehension in children. *Adolescence*. 2000. 35(138). 417 p.
147. Bosgraaf L., Spreen. M., Pattiselanno K. Art therapy for psychosocial problems in children and adolescents: A systematic narrative review on art therapeutic means and forms of expression, therapist behavior, and supposed mechanisms of change. *Frontiers in psychology*. 11. 2020. 584685. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.584685>
148. Bracken B., McCallum R. Naglieri J. *Universal Nonverbal Intelligence Test–Second Edition (UNITTM 2)*. Austin, TX: Pro-Ed. 2016. 21 p.
149. Carola G., Giovanni D., Fabiana N. XR-based mindfulness and art therapy: facing the psychological impact of Covid-19 Emergency. Salento AVR 2020 - International Conference on Augmented Reality, Virtual Reality and Computer Graphics. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-030-58468-9_11
150. Clark G. Multichannel cochlear implants: A revolutionary approach. *Journal of Speech and Hearing Research*. 1984. 9(4). P. 123-140.
151. Constantinescu-Sharpe G., Phillips R., Davis A. Social inclusion for children with hearing loss in listening and spoken Language early intervention: an exploratory study. *BMC pediatrics*. 2017. 17. P. 1-11.
152. Dammeyer J., Chapman M., & Marschark M. Experience of hearing loss, communication, social participation, and psychological well-being among adolescents with cochlear implants. *American annals of the deaf*. 2018. 163(4). P. 424-439.

153. Dawson G., Rogers S., Munson J. Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: The Early Start Denver Model. *Pediatrics*. 2012. 130(5). P. 1191-1199.
154. Ellenberger H. *Discovery of the Unconscious: The history and evolution of dynamic psychiatry*. New York: Basic books, 1970. 1. 254 p.
155. Erber N., Hudgins C. Nonverbal communication in cochlear implant children. *Journal of speech-language pathology*. 2022. 16(2). P. 214-229.
156. Friedman M. Teaching strategies for children with cochlear implants. *European journal of special education*. 2022. 39(2). P. 156-171.
157. Gallinat E., Spaulding T. Differences in the performance of children with specific language impairment and their typically developing peers on nonverbal cognitive tests: A meta-analysis. *Journal of speech, language, and hearing research*. 2014. 57(4). P. 1363-1382.
158. Galton F. *Inquiries into human faculty and its development*. London: Macmillan, 1883. 387 p.
159. Gardner H. *Frames of mind: The theory of multiple intelligences*. New York: Basic Books, 1983. 589 p.
160. Gardner H. *Multiple intelligences: The theory in practice*. New York: Basic Books, 1993. 320 p.
161. Gatto C., D'Errico G., Nuccetelli F. XR-based mindfulness and art therapy: facing the psychological impact of Covid-19 emergency. *In Augmented Reality, Virtual Reality, and Computer Graphics: 7th International Conference, AVR 2020*. Lecce, Italy, 7–10 september 2020. II (7). P. 147-155.
162. Georgiou T., Middlebrook A., Mclaughlin M. Graphene-based flexible microelectrodes for neural interfacing. 8th International IEEE/EMBS Conference on Neural Engineering (NER). 2013. P. 1035-1038.
163. Goleman D. *Emotional intelligence: why it can matter more than IQ*. London, UK: Bloomsbury Publishing. 2005. 327 p.
164. Goodenough F. Racial difference in the intelligence of school children. *Journal of experimental psychology*, 1926. 9. P. 388-397.

165. Henry F., Glavin M., Jones E. Noise reduction in cochlear implant signal processing: a review and recent developments. *IEEE reviews in biomedical engineering*. 2021. 16. P. 319-331.
166. Hill A. Art versus illness. London: Allen and Unwin, 1945. 106 p.
167. Hinitz B., Staring J., Aldridge J., Naumburg M. *Scholarly snapshots: The importance of child play as a human right*. 2022. P. 43-52.
168. House V. Cochlear implants in deaf patients: clinical efficacy and future implications. *American journal of otolaryngology*. 1979. 3(2). P. 89-101.
169. House W. Single-channel cochlear implants in deaf patients. *American Journal of Otology*. 1979. 1(2). P. 63-75.
170. Jaquett C., Kirkpatrick B. A. Wechsler nonverbal scale of ability. In R. S. McCallum (Ed.). *Handbook of nonverbal assessment*. (2nd ed.). Springer International Publishing/Springer. 2017. P. 151–166. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-319-50604-3_9
171. Joshi A., Kale S., Chandel S. Likert scale: Explored and explained. *British journal of applied science & technology*. 2015. 7(4). P. 396-403.
172. Jourdan A. Experimental auditory nerve stimulation for deafness rehabilitation. *Journal of otolaryngology research*. 1957. 12(3). P. 45-58.
173. Kelly J. Social interaction and nonverbal skills in cochlear implant children. *Journal of social psychology*. 2023. 45(3). P. 140-155.
174. Kolbasova K., Omelchenko I., Kobylchenko V., Huliaieva O., Vovchenko O. Psychological analysis of manifestations of nonverbal intelligence of senior pre-schoolers in the context of inclusive education. *Journal of Intellectual Disability - Diagnosis and Treatment*. 2023. Vol. 11 № 2. P. 87-96. DOI <https://doi.org/10.6000/2292-2598.2023.11.02.3>
175. Kogan N., Connor K., Gross A. Understanding visual metaphor: Developmental and individual differences. *Monographs of the society for research in child development*. 1980. Vol. 45, No. 1. P. 1-78. DOI: <https://doi.org/10.2307/1165832>
176. Kohs S. *Intelligence measurement: A psychological and statistical study based upon the Block-Design Tests*. New York: Macmillan. 1923. 312 p.

177. Kossak M. *Attunement in expressive art therapy: Toward an understanding of embodied empathy*. Charles C Thomas Publisher. 2021. 207 p.
178. Landreth G. *Play therapy: The art of the relationship*. Routledge. 2012. 422 p.
179. Lane R., Littlefield W. Advances in adaptive cochlear implants for better sound perception. *Hearing Research*. 1998. 23(4). P. 92-105.
180. Leichtman H. The role of early intervention in the cognitive development of children with cochlear implants. *Journal of special education psychology*. 2004. 22(1). P. 45-56.
181. Ling D., Wedenberg E. Nonverbal intelligence and social adaptation in cochlear implant children. *American journal of cochlear implants*. 2021. 38(2). P. 112-124.
182. Mashal N., Kasirer A. Thinking maps enhance metaphoric competence in children with autism and learning disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 32(6). 2011. P. 2045-2054. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.08.012>
183. Mashal N., Kasirer A. Comprehension and generation of metaphors by children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2016. 32. P. 53–63. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2016.08.003>
184. Mayes S., Calhoun S., Crowell E. Learning disabilities and ADHD: Overlapping spectrum disorders. *Journal of learning disabilities*. 2000. 33(6), P. 417-424.
185. McCallum R., Bracken B. *The universal nonverbal intelligence test (UNIT): A multidimensional measure of intelligence*. Itasca, IL: Riverside Publishing. 2005. P. 87-111.
186. McCarthy B. Performance rating scales (PRT). San Antonio, TX: The Psychological Corporation. 2011.
187. Mehrabian A. *Silent messages*. Belmont, CA: Wadsworth. 1971.
188. Michael R., Attias J., Raveh E. Cochlear implantation and social-emotional functioning of children with hearing loss. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*. 2019, 24(1), P. 25-31.

189. Mills J., Crowley R. *Therapeutic metaphors for children and the child within*. Routledge. 2014. 233 P.
190. Moon B., Nolan E. *Ethical issues in art therapy*. Charles C Thomas Publisher. 2019. 334 P.
191. Mottron L. Enhanced perceptual functioning in autism: An update, and eight principles of autistic perception. *Journal of autism and developmental disorders*, 2011. 41(7). P. 889-902.
192. Mushtaq F., Wiggins I., Kitterick P. The benefit of cross-modal reorganization on speech perception in pediatric cochlear implant recipients revealed using functional near-infrared spectroscopy. *Frontiers in Human Neuroscience*. 2020. 14. 308 p.
193. Ogelman H., Önder A. Emotional regulation strategies of 5–6-year-old children and their levels of resiliency. *Early Child Development and Care*. 2021. P. 221-229. DOI: <https://doi.org/10.1080/03004430.2019.1613650>
194. Orsini A., Simonetta S., Marmorato M. Corsi's block-tapping test: some characteristics of the spatial path which influence memory. Volume 98, Issue 2. 2004. P. 382-388.
195. Peng S., Chatterjee M., Lu N. Acoustic cue integration in speech intonation recognition with cochlear implants. *Trends in Amplification*. 2012. № 16(2). P. 67-82.
196. Peterson B., Niparko J., Tobey E. Long-term outcomes of cochlear implantation in early childhood: A systematic review. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*. 2023. Vol. 156. P. 56-68.
197. Peyre H., Bernard J., Hoertel N. Mother-child cohort study group. Differential effects of factors influencing cognitive development at the age of 5-to-6 years. *Cognitive Development*. 2016. 40. P. 152-162.
198. Piaget J. The origins of intelligence in children. New York: International Universities Press. 1952. 419 P. DOI: <https://doi.org/10.1037/11494-000>
199. Pisoni D., Cleary M. Measures of speech perception and speech production in children with cochlear implants. *Ear and Hearing*. 2003. 24(1). P. 37-52.
200. Porteus S. *Porteus Maze Test*. Pacific Books. 1950. 194 P.

201. Prakhova S., Makarenko N. Formation of emotional intelligence as a necessary competence on the path of socialization of the child. *Psychological journal*, 2020, 6(2). P. 134-142.
202. Raven J. The Raven progressive matrices tests: their theoretical basis and measurement model. *Uses and abuses of Intelligence. Studies advancing Spearman and Raven's quest for non-arbitrary metrics*, 2008. P. 17-68.
203. Reuven F., Jensen M., Hoffman M.. Instrumental enrichment, an intervention program for structural cognitive modifiability: Theory and practice. *In thinking and learning skills*, 2014. P. 43-82.
204. Roid G., Miller L. Leiter international performance scale-third edition (Leiter-3). Wood Dale, IL: Stoelting. 2014. 10(10.1037).
205. Rosenberg M. B. Nonviolent communication: A language of life. Encinitas, CA: PuddleDancer Press. 2003. 172 P.
206. Sarant J., Harris D., Galvin K. Social development in children with early cochlear implants: normative comparisons and predictive factors, including bilateral implantation. *Ear and Hearing*. 2018. 39(4). P. 770-782.
207. Sattler J. *Assessment of children: Cognitive applications*. San Diego: Jerome M. Sattler, Publisher. 2001.
208. Seguin E. *Idiocy: And its treatment by the physiological method*. New York: Teachers College, Columbia University. 1907.
209. Sharma P., Dorman M., Kral A. The influence of a sensitive period on central auditory development in children with unilateral and bilateral cochlear implants. *Hearing Research*. 2023. Vol. 322. P. 147-159.
210. Sorgini F, Calìò R, Carrozza MC. Haptic-assistive technologies for audition and vision sensory disabilities. *Disabil Rehabil Assist Technol*. 2018. 13(4): P. 394-421. DOI: <https://doi.org/10.1080/17483107.2017.1385100>
211. Spearman C. «General intelligence» objectively determined and measured. *The American Journal of Psychology*, 1904. 15(2). P. 201-293. URL: <https://surl.li/lbgdro>

212. Sternberg R. Beyond IQ: A triarchic theory of human intelligence. New York: Cambridge University Press. 1985.
213. Svirsky M., Teoh S., Neuburger H. Development of language and speech perception in children with cochlear implants. *Ear and Hearing*. 2004. 25(1). P. 82-93.
214. Taylor R. Integrative Approaches to adaptation of children with cochlear implants. *British journal of special education*. 2021. 48(3). P. 214-229.
215. Thorndike E. Intelligence and its uses. Harper's Magazine, 1920. 140. P. 227-235.
216. Thurstone L. Primary mental abilities. Chicago: University of Chicago Press. 1938. 116 P.
217. Tully M. Individualized settings in cochlear implants: A tailored approach. *British journal of audiology*. 2005. 56(2). P. 198-210.
218. Ullrich D., Ullrich K., Marten M. IQ, non-cognitive and social-emotional parameters influencing education in speech-and language-impaired children. *Cogent Education*. 2017. 4(1). P. 9. DOI: <https://doi.org/10.1080/2331186X.2017.1357912>
219. Veiga G., Padilha B. Determining factors of child linear growth from the viewpoint of Bronfenbrenner's Bioecological Theory. *Jornal de pediatria*. 2023. № 99(3). P. 205-218.
220. Wechsler D. Wechsler Intelligence Scale for Children. New York: Psychological Corporation. 1949.
221. Weismer S. Evans J., Hesketh L. An examination of verbal and nonverbal abilities in children with specific language impairment. *Journal of speech, language, and hearing research*. 2000. 43(6). P. 1246-1259.
222. Wilson B., Dorman M., Woldorff M. Cochlear implants matching the prosthesis to the brain and facilitating desired plastic changes in brain function. *Progress in brain research*, 2011. 194. P. 117-129. DOI: <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-53815-4.00012-1>
223. Witkin H., Dyk R., Fattuson H. Psychological differentiation: studies of development. 1962.

224. Yang S., Oh E. Analysis of Children's Development Pathways based on Bronfenbrenner's Ecological Systems Theory. *International Journal of Education and Humanities*, 2024. 16(3). P. 250-258.

225. Yoshinaga-Itano C. Principles and guidelines for early intervention after confirmation that a child is deaf or hard of hearing. *Journal of deaf studies and deaf education*, 19(2), 2014. P. 143-175.

226. Yoshinaga-Itano C., Pisoni D., Geers A. Working memory development in children with cochlear implants. *Journal of speech, language, and hearing research*. 2023. Vol. 66(4). P. 1289-1305.



ВИШГОРОДСЬКА МІСЬКА РАДА КИЇВСЬКОЇ ОБЛАСТІ
СОЦІАЛЬНО-ГУМАНІТАРНЕ УПРАВЛІННЯ
КОМУНАЛЬНИЙ ЗАКЛАД «ІНКЛЮЗИВНО-РЕСУРСНИЙ ЦЕНТР»
Код ЄДРПОУ 42059088
07300, вулиця І.Мазепи, 7А, м. Вишгород, Київська обл., тел.0679365844
E-mail: vish_irc@ukr.net

«09» 10.2024

№ 68

Довідка

про результативність впровадження результатів дисертаційного дослідження Колбасової Христини Василівни на тему «Психологічні особливості формування невербального інтелекту у дітей старшого дошкільного з кохлеарними імплантами», представленої на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 053 «Психологія» (19.00.08 – «Спеціальна психологія»)

Видана Колбасовій Христині Василівні, що вона протягом 2022-2024 рр. на базі Комунального закладу «Інклюзивно-ресурсний центр» Вишгородської міської ради Київської області, проводила експериментальне дослідження на тему «Психологічні особливості формування невербального інтелекту у дітей старшого дошкільного з кохлеарними імплантами».

У процесі дослідження Христина Василівна проводила психодіагностичні та психокорекційні дослідження серед дітей старшого дошкільного віку з означеної тематики. Мала тісні професійні контакти з фахівцями (консультантами) та психологами ІРЦ, проводила консультаційні та тренінгові семінари щодо особливостей формування різних типів інтелекту у дітей з особливими освітніми потребами, зокрема з порушеннями слуху, гостьові лекції для батьків щодо вікових криз дошкільного віку.

Матеріали дослідження включено в зміст дисертації, статей Колбасової Х.В. мали практичну апробацію в роботі психологів ІРЦ, стали частиною методичних розробок, обговорювались на практичних семінарах та методичних засіданнях.

Дослідження Колбасової Х.В., має теоретичну та практичну значущість для подальшої роботи у напрямку психологічної корекції та психологічного супроводу дітей з порушеннями слуху, зокрема дітей із кохлеарними імплантами.

Довідка видана для пред'явлення у спеціалізовану вчену раду для захисту дисертації на здобуття наукового ступеня доктора філософії в галузі знань 05 Соціальні та поведінкові науки, спеціальність 053 Психологія.

Директор



Жанна КОНДРАТЮК



002941

УКРАЇНА

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І. І. МЕЧНИКОВА

65082, Україна, м. Одеса, вул. Дворянська, 2 Тел. (048) 723-52-54
E-mail: oguint@paco.net, rector@onu.edu.ua факс (048) 723-35-15

13. 12. 2024 № 09-01-24/1

на № _____ від _____ Довідка

про впровадження результатів дисертаційної роботи
Колбасової Христини Василівни «Психологічні особливості формування
невербального інтелекту у дітей старшого дошкільного з кохлеарними
імплантами», представленої на здобуття наукового ступеня доктора філософії за
спеціальністю 053 «Психологія» (19.00.08 – «Спеціальна психологія»)

Довідка видана Колбасовій Христині Василівні в тому, що результати експериментального дослідження на тему «Психологічні особливості формування невербального інтелекту у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами» впроваджено впродовж 2023-2024 рр. у практичну підготовку фахівців за спеціальністю 053 Психологія Одеського національного університету імені І.І.Мечникова.

Робота є важливою та затребуваною в теоретичному й практичному фаховому колі. Одержані результати вагомі для оновлення змісту, методів та прийомів корекційно-розвивальної та консультативно-просвітницької роботи з розвитку й формування невербального інтелекту у осіб з порушеннями слуху. Опрацьовані матеріали Колбасової Х.В. розкривають особливості та значення невербального інтелекту в структурі особистості старшого дошкільного віку. Вагоме практичне значення має розроблений авторкою психокорекційний комплекс з формування невербального інтелекту та його складових.

Колбасова Х. В., навчаючись в аспірантурі Інституту спеціальної педагогіки та психології імені Миколи Ярмаченка за спеціальністю 053 «Психологія» (19.00.08 – «Спеціальна психологія») проводила апробацію результатів своєї дисертаційної роботи в Одеському національному університеті імені І.І. Мечникова, використовуючи здобутки дослідження під час викладання дисциплін: викладанні курсів «Патопсихологія (з основами нейропсихології)», «Психологія розвитку» та інших. Імплементация результатів дослідження в освітній процес сприятиме підвищенню якості професійної підготовки майбутніх психологів, зокрема їх навичок та готовності до роботи в умовах спеціальних освітніх закладів та інклюзивних реабілітаційних центрах.

Довідка видана для подання в спеціалізовану вчену раду Інституту спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України на здобуття наукового ступеня доктора філософії зі спеціальності 053 – «Психологія» (19.00.08 – «Спеціальна психологія»).

Проректор з науково-педагогічної роботи



Олександр ЗАПОРОЖЧЕНКО



**КОМУНАЛЬНИЙ ЗАКЛАД ВИЩОЇ ОСВІТИ
«ДНІПРОВСЬКА АКАДЕМІЯ НЕПЕРЕРВНОЇ ОСВІТИ»
ДНІПРОПЕТРОВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ»**

КОД ЄДРПОУ 41682253

вул. Володимира Антоновича, 70, м. Дніпро, 49006, тел/факс 056) 732-48-48

e-mail: kzvo@dano.dp.ua

www.dano.dp.ua

30.08.24 № 460/1

ДОВІДКА

**про впровадження результатів дисертаційного дослідження роботи
«Психологічні особливості формування невербального інтелекту у дітей
старшого дошкільного з кохлеарними імплантами»
на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 053
«Психологія» (19.00.08 – «Спеціальна психологія»)
КОЛБАСОВОЇ ХРИСТИНИ ВАСИЛІВНИ**

Матеріали дисертаційного дослідження Колбасової Х.В. «Психологічні особливості формування невербального інтелекту у дітей старшого дошкільного з кохлеарними імплантами» впроваджено в навчальний процес комунального закладу вищої освіти «Дніпровська академія неперервної освіти» Дніпропетровської обласної ради. Здобутки дисертантки було використано під час викладання дисциплін: «Кризова психологія та психологічна інтервенція», «Дидактичні основи навчання дітей з порушеннями інтелектуального розвитку», Педагогічні системи та технології в інклюзивній освіті», «Спеціальна педагогіка».

Опрацьовані матеріали Х.В. Колбасової розкривають особливості та значення невербального інтелекту в структурі особистості старшого дошкільного віку, зокрема і дітей з кохлеарним імплантами. Вагоме практичне значення має розроблений авторкою психокорекційний комплекс з формування невербального інтелекту та його складових.

Запропонований підхід дисертантки до сутності невербального інтелекту дає змогу студентам краще зрозуміти сутність та множинність типів інтелекту в структурі особистості, розширити уявлення про використання методів психологічної діагностики та психологічної корекції, як методів формування особистості з порушеннями слуху, зокрема з кохлеарними імплантами.

Ректор



Виконавець:
Світлана Рибкіна
0506444007

Віктор СИЧЕНКО



Навчально-реабілітаційний центр «Надія»

Вишгородської міської ради

07301, Київська область, м. Вишгород, пр. Мазепи, 6-а, тел./факс: 5-49-22; ідент. код: 24220924,
vrszoshnadja@i.ua

м. Вишгород

№ 30 від 18.06 2024 р.

ДОВІДКА

*про впровадження результатів дисертаційного дослідження
Колбасової Христини Василівни на тему: «Психологічні особливості формування
невербального інтелекту у дітей старшого дошкільного з кохлеарними імплантами»*

Колбасова Христина Василівна упродовж 2023-2024 року проводила констатувальне та формувальне експериментальне дослідження у Навчально-реабілітаційному центрі «Надія» Вишгородської міської ради Київської області, спрямоване на розробку системи діагностики невербального інтелекту у дітей з порушеннями слуху, зокрема з кохлеарними імплантами та створення корекційної програми із формування та розвитку зазначеного типу інтелекту.

Одержані результати дослідження Х. В. Колбасової вагомі для оновлення змісту, форм, методів та прийомів корекційно-розвиткової та консультативно-просвітницької роботи в установах, які працюють з дітьми з порушеннями слуху дошкільного віку.

Розроблений Х. В. Колбасовою інструментарій діагностики та комплексна корекційна методика впливу на формування невербального інтелекту дошкільників із порушеннями слуху активізують їх когнітивну, емоційно-вольову, поведінкову сфери та підвищують якість соціальної взаємодії, сприяють особистісному становленню серед однолітків.

Отримані результати було впроваджено в практику роботи фахівців установи: освітян, соціальних працівників, практичного психолога.

Довідка видана для подання в спеціалізовану вчену раду Інституту спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України на здобуття наукового ступеня доктора філософії зі спеціальності 053 – Психологія.

Директор НРЦ «Надія»



Володимир ДУКА



**ОДЕСЬКА МІСЬКА РАДА
ОДЕСЬКА СПЕЦІАЛЬНА ШКОЛА № 75**

Садова, 4, Одеса, 65037, тел. (048) 763-00-56, (048)763-02-23, (048)763-01-65

e-mail: school75od@ukr.net, web: <https://school75od.prvo.od.ua/>, код ЄДРПОУ 25428331

09.09.2024 № 01-15\ 244

Довідка

про впровадження результатів дисертаційного дослідження
Колбасової Христини Василівни «Психологічні особливості формування
невербального інтелекту у дітей старшого дошкільного з кохлеарними
імплантами», представленої на здобуття наукового ступеня доктора філософії зі
спеціальності 053 «Психологія» (19.00.08 – «Спеціальна психологія»)

Колбасовою Х.В. було запропоновано програму психологічної діагностики та формування невербального інтелекту у дітей дошкільного віку з кохлеарними імплантами. На базі Одеської спеціальної школи № 75 Одеської міської ради було апробовано комплексний психологічний супровід формування невербального інтелекту у дошкільному віці. За результатами діяльності було досягнуто позитивної динаміки формування емоційної, поведінкової сфер та підвищення якості встановлення соціальних взаємодій дитини з іншими оточуючими різного віку.

Використання запропонованих Колбасовою Х.В. методик психологічної допомоги (психологічного супроводу, психологічних корекційних занять із дітьми, психологічних консультацій із соціальним оточенням дитини, як то батьки та освітяни) сприяло розвитку когнітивних функцій, покращенню поведінкових реакцій дошкільників, зокрема підвищення рівня впевненості в собі, відкритості.

Директор



Лариса ГРИГОР'ЄВА



ХМЕЛЬНИЦЬКА СПЕЦІАЛЬНА ЗАГАЛЬНООСВІТНЯ ШКОЛА № 33

вул.Завадського, 8/1, Хмельницький, Хмельницька область 29013
Тел. (0382) 65-05-47 e-mail khmznvz@ukr.net, код ЄДРПОУ 21346694

від 09.11.2014 № 48

ДОВІДКА

*про впровадження результатів наукового психологічного дослідження
аспірантки відділу освіти дітей з порушеннями сенсорного розвитку
Колбасової Х. В. з теми: «Психологічні особливості формування
невербального інтелекту у дітей старшого дошкільного з кохлеарними
імплантами»*

Актуальність і науковість дослідження щодо психологічних основ діагностики і корекції невербального інтелекту у дітей з кохлеарними імплантами не викликає сумніву, оскільки реформування спеціальної освіти, яке відбувається нині в Україні, враховує сучасні позитивні надбання в галузях спеціальної психології і корекційної педагогіки, що виступає підґрунтям для створення дієвих методик, рекомендацій, сучасних корекційних програм, посібників, тренінгів та ін. для дітей із порушеннями слуху, зокрема і для дітей з кохлеарними імплантами.

Різнобічний і системний розгляд проблеми дослідження дозволив авторці одержати нові експериментальні дані щодо динаміки й механізмів розвитку компонентів невербального інтелекту, визначити психолого-педагогічні основи формування в процесі навчальної діяльності старших дошкільників із кохлеарними імплантами.

Дослідницько-експериментальна робота з впровадження проблеми формування невербального інтелекту в навчальний та позанавчальний процес досить вдало і всебічно обґрунтована. Важливо, що поряд з цим організовано

курс лекцій з психології навчання дітей з порушеннями слуху для педагогічних працівників, налагоджений обмін досвідом на семінарах, круглих столах.

Довідка видана для пред'явлення у наукову частину Інституту спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України.

В.о. директора школи



Наталія ГЕРИШ



УКРАЇНА

ВИШГОРОДСЬКИЙ МІСЬКИЙ КОМУНАЛЬНИЙ ДОШКІЛЬНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ
ЗАКЛАД (ясла-садок) «ЧЕБУРАШКА»

Ідентифікаційний код 23568602

07301 Київська обл. м. Вишгород вул. Дніпровська 9-а тел: (04596)-22-171

№31 від 10.06.2024р

ДОВІДКА

**про впровадження результатів дисертаційного дослідження роботи
«Психологічні особливості формування невербального інтелекту у дітей
старшого дошкільного з кохлеарними імплантами»
на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 053
«Психологія» (19.00.08 – «Спеціальна психологія»)
КОЛБАСОВОЇ ХРИСТИНИ ВАСИЛІВНИ**

На базі Вишгородського міського комунального дошкільного навчального закладу (ясла-садок) «Чебурашка» упродовж 2023-2024 рр. Христина Колбасова проводила експериментальне дослідження з теми «Психологічні особливості формування невербального інтелекту у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами». У процесі дослідження було визначено особливості формування невербального інтелекту у дітей дошкільного віку з порушеннями слуху. Авторкою встановлено трьох компонентну структуру якісного становлення та розвитку когнітивних, особистісних та соціальних аспектів становлення означеного типу інтелекту у дітей з кохлеарними імплантами. На цій основі було створено та запропоновано методико щодо формування покращення формування невербального інтелекту у досліджуваних дітей.

Колбасовою Х.В. запропоновано та апробовано комплексну психологічну програму, як один із засобів підвищення рівня когнітивних функцій у дітей старшого дошкільного віку з кохлеарними імплантами. Результати апробації вказують на підвищення якості як загального рівня невербального інтелекту у досліджуваних дітей, так і окремих компонентів зокрема когнітивного, особистісного та соціального.

Директор ВМК ДНЗ (ясла-садок) «Чебурашка»  Наталія КОВАЛЕНКО





**РОМАНІВСЬКА СЕЛИЩНА РАДА
ЖИТОМИРСЬКОГО РАЙОНУ ЖИТОМИРСЬКОЇ ОБЛАСТІ
«ІНКЛЮЗИВНО-РЕСУРСНИЙ ЦЕНТР»**

вул. Графа Лінського, 15, смт. Романів, Житомирська обл., 13001,
romanivirc@gmail.com, код ЄДРПОУ 42296359

Від 06.12.2024 № 25/01-10

№ від

ДОВІДКА

***про впровадження результатів дисертаційного дослідження
Колбасової Христини Василівни на тему: «Психологічні особливості
формування невербального інтелекту у дітей старшого дошкільного з
кохлеарними імплантами»***

Колбасовою Х.В. було запропоновано систему психологічної діагностики щодо формування та розвитку невербального інтелекту у старшому дошкільному віці. На базі «Інклюзивно-ресурсного центру» Романівської селищної ради Житомирського району Житомирської області було апробовано мультикомплексний психологічний супровід формування невербального інтелекту у дошкільний період. За результатами діяльності було досягнуто позитивної динаміки формування когнітивної та поведінкової сфер особистості, загалом соціального становлення особистості дитини.

Використання запропонованих дисертанткою методик психологічного супроводу (психологічних консультацій з дітьми, їх батьками; психологічна допомога у роботі з означеної віковою категорією дітей колега психологам, соціальним працівникам, педагогам) сприяло покращення всіх структурних компонент невербального інтелекту, зокрема поведінкових реакцій, формування умінь дошкільників не закриватися в своїх переживаннях.

Одержані результати дослідження Х. В. Колбасової вагомі для оновлення змісту, форм, методів та прийомів корекційно-розвиткової та консультативно-просвітницької роботи в установах, які працюють з дітьми з порушеннями слуху дошкільного віку.

Розроблений Х. В. Колбасовою інструментарій діагностики та комплексна корекційна методика впливу на формування невербального інтелекту дошкільників із порушеннями слуху активізують їх когнітивну, емоційно-вольову, поведінкову сфери та підвищують якість соціальної взаємодії, сприяють особистісному становленню серед однолітків.

Отримані результати було впроваджено в практику роботи фахівців установи: освітян, практичного психолога.

Довідка видана для подання в спеціалізовану вчену раду Інституту спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України на здобуття наукового ступеня доктора філософії зі спеціальності 053 – Психологія.

Директор
ІРЦ Романівської селищної ради



Ірина ГНАТЮК



УКРАЇНА
ШЕВЧЕНКІВСЬКА РАЙОННА В МІСТІ КИЄВІ
ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ
ІНКЛЮЗИВНО-РЕСУРСНИЙ ЦЕНТР № 10
Шевченківського району м. Києва
01030, м. Київ, вул. Богдана Хмельницького, 24, тел. (067) 6210002,
E-mail: ircshevro@ukr.net, ЄДРПОУ 42663776

Від 30.05.2024 № 37

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження
Колбасової Христини Василівни на тему:
***«Психологічні особливості формування невербального інтелекту у дітей
старшого дошкільного з кохлеарними імплантами»***

Колбасовою Х.В. було запропоновано систему психологічної діагностики щодо формування та розвитку невербального інтелекту у старшому дошкільному віці. Матеріали дисертаційного дослідження Колбасової Х.В. «Психологічні особливості формування невербального інтелекту у дітей старшого дошкільного з кохлеарними імплантами» впроваджено в діагностично-корекційний процес закладу. Опрацьовані матеріали Х.В. Колбасової розкривають особливості та значення невербального інтелекту в структурі особистості старшого дошкільного віку, зокрема і дітей з кохлеарним імплантами. Вагоме практичне значення має розроблений авторкою психокорекційний комплекс з формування невербального інтелекту та його складових.

Використання запропонованих дисертанткою методик психологічного супроводу (психологічних консультацій та психотерапевтичних сесій з дітьми, їх батьками; психологічна допомога у роботі з означеної віковою категорією дітей колегам психологам, соціальним працівникам, педагогам)

сприяють покращення всіх структурних компонент невербального інтелекту, зокрема поведінкових реакцій дітей.

Одержані результати дослідження Х.В. Колбасової вагомі для оновлення змісту, форм, методів та прийомів корекційно-розвиткової та консультативно-просвітницької роботи в установах, які працюють з дітьми з порушеннями слуху дошкільного віку.

Довідка видана для подання в спеціалізовану вчену раду Інституту спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України на здобуття наукового ступеня доктора філософії зі спеціальності 053 – Психологія.

Директор Інклюзивно – ресурсного центру №10
Шевченківського району м. Києва



О.В.Воробей

«БЕЙТ-ХАНА»
ВИХ. і.к. 2337 від
Україна
49080, м. Дніпро, вул. Донецьке шосе, 11
№ 59-01
Від 26 08 2024 р.

ДОВІДКА

**про впровадження результатів дисертаційного дослідження роботи
«Психологічні особливості формування невербального інтелекту у дітей
старшого дошкільного з кохлеарними імплантами»
на здобуття наукового ступеня доктора філософії
КОЛБАСОВОЇ ХРИСТИНИ ВАСИЛІВНИ**

Результати та основні положення дисертаційного дослідження Колбасової Христини Василівни впроваджено в навчальному процесі Приватної установи «Заклад вищої освіти «Міжнародний гуманітарно-педагогічний інститут «Бейт-Хана».

Здобутки дисертантки було використано під час викладання дисциплін: «Основи інклюзивної освіти та педагогічний супровід дітей з особливими потребами», «Інклюзивна освіта», «Спеціальна педагогіка та логопедія», «Технології психолого-педагогічного супроводу дітей з особливими освітніми потребами в інклюзивних класах закладів загальної середньої освіти».

Робота є важливою та затребуваною в теоретичному й практичному фаховому колі. Одержані результати вагомі для оновлення змісту, методів та прийомів корекційно-розвивальної та консультативно-просвітницької роботи з розвитку й формування невербального інтелекту у осіб з порушеннями слуху, зокрема такої категорії як діти з кохлеарними імплантами. Опрацьовані матеріали Х.В. Колбасової розкривають особливості та значення невербального інтелекту в структурі особистості старшого дошкільного віку. Вагоме практичне значення має розроблений авторкою психокорекційний комплекс з формування невербального інтелекту та його складових.

Довідку видано для подання в спеціалізовану вчену раду Інституту спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України на здобуття наукового ступеня доктора філософії зі спеціальності 053 — «Психологія» (19.00.08 — «Спеціальна психологія»).

ректор



Аронова Ріма Семенівна