

Національний університет «Чернігівський колегіум»
імені Т.Г.Шевченка
ННІ психології та соціальної роботи
Кафедра загальної, вікової та соціальної психології

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
освітнього ступеня «бакалавр»
на тему
**ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ СИНДРОМУ ДЕФІЦИТУ УВАГИ
ГІПЕРАКТИВНОСТІ У ДІТЕЙ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ**

Виконала:
студентки IV курсу, 41 група
спеціальність 053 Психологія
Хімій Євгенія Миколаївна

Науковий керівник:
Дяченко Вікторія Анатоліївна
канд. психол. наук, доцент

Захищено з оцінкою _____

Голова ЕК _____

Чернігів
2025

ЗМІСТ

Вступ.....	3
Розділ 1. <i>Теоретичний аналіз проблеми розвитку дітей з синдромом дефіциту уваги та гіперактивністю</i>.....	5
1.1. Поняття синдрому дефіциту уваги і гіперактивності в психологічній літературі.....	5
1.2. Типи і особливості прояву РДУГ у дітей старшого дошкільного віку.....	9
1.3. Особливості корекції РДУГ у дітей старшого дошкільного віку.....	11
Розділ 2. <i>Емпіричне дослідження особливостей прояву синдрому дефіциту уваги і гіперактивності у дітей старшого дошкільного віку</i>.....	16
2.1. Обґрунтування вибірки і методик дослідження.....	16
2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження.....	19
Розділ 3. <i>Програма корекції синдрому дефіциту уваги і гіперактивності у дітей старшого дошкільного віку</i>.....	29
3.1. Програма корекції РДУГ.....	29
3.2. Оцінка ефективності корекційної програми.....	34
Висновки.....	39
Список використаних джерел.....	41
Додатки.....	45

ВСТУП

Актуальність теми. З огляду на зростання обізнаності про суттєвий вплив РДУГ на ранній розвиток і зростання потреби у довгострокових результатах, дослідження даного розладу у дітей старшого дошкільного віку є актуальним. Попри те, що було проведено багато досліджень РДУГ у дітей старшого віку, все ще залишаються без відповіді питання про те, як він проявляється і як діагностувати його у дітей старшого дошкільного віку, чиї симптоми можуть імітувати типову поведінку і ускладнювати клінічну оцінку. Нездатність відрізнити РДУГ від нормального дошкільного розвитку часто призводить до помилкових діагнозів або неадекватного лікування, що спричиняє довготривалі поведінкові, соціальні та когнітивні проблеми у житті зростаючого покоління. Актуальною для психологів є потреба в цілеспрямованих дослідженнях етіології, перебігу та лікуванні РДУГ у старших дошколярів, про що свідчить велика кількість дискусій щодо критеріїв діагностування та втручання для даної вікової групи.

Об'єктом дослідження виступає синдром дефіциту уваги і гіперактивності.

Предметом дослідження є особливості прояву РДУГ у дітей старшого дошкільного віку.

Метою дослідження є виявлення особливостей прояву синдрому дефіциту уваги і гіперактивності у дітей старшого дошкільного віку; розробка програми корекції РДУГ за результатами емпіричного дослідження.

Відповідно до поставленої мети було сформульовано наступні завдання дослідження:

1. Теоретичний аналіз проблеми розвитку дітей з синдромом дефіциту уваги та гіперактивністю.

2. Організація та проведення емпіричного дослідження серед дітей старшого дошкільного віку з ознаками неуважності, імпульсивності та гіперактивності.

3. Проведення статистичного та якісного аналізу результатів емпіричного дослідження.

4. Розробка програми корекції синдрому дефіциту уваги і гіперактивності у дітей старшого дошкільного віку.

Теоретико-методологічною основою дослідження стали концептуальні положення вітчизняних учених (О.О. Байєр, О.О. Осітковська, В. Годлевська, Н.А. Гончаренко, Н.Н. Заваденко, В.М. Князєв) щодо особливостей прояву та корекції розладу дефіциту уваги з гіперактивністю у дітей. Також дослідження спиралося на наукові підходи зарубіжних учених (Г. Гоффман, Г. Стіл, Х.А. Дарма, С.Ф. Гая, І.А. Абдулрахман, С.А. Алі, Американська психіатрична асоціація, Р.А. Барклі, А.С. Банді, М.М. Глісон та ін.), які висвітлюють етіологію, механізми розвитку та підходи до діагностики і корекції синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю.

Методи дослідження. У процесі дослідження використано комплекс теоретичних (аналіз, синтез, дедукція, індукція, абстрагування, порівняння, узагальнення, класифікація), емпіричних (анкетування, психодіагностичне опитування) та математико-статистичних методів.

Структура роботи зумовлена логікою дослідження і складається зі вступу, трьох розділів, списку використаних джерел (___ найменувань) та додатків. У першому розділі наведено результати теоретичного аналізу проблеми, досліджено поняття синдрому дефіциту уваги і гіперактивності, типи, особливості прояву та корекції РДУГ у дітей старшого дошкільного віку. У другому розділі надано опис процедури емпіричного дослідження, проведено аналіз отриманих результатів дослідження. У третьому розділі розроблено програму корекції РДУГ у дітей старшого дошкільного віку, проведено оцінку ефективності розробленої програми. Загальний обсяг роботи становить 50 сторінок.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ РОЗВИТКУ ДІТЕЙ З СИНДРОМОМ ДЕФІЦИТУ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНІСТЮ

1.1. Поняття синдрому дефіциту уваги і гіперактивності в психологічній літературі

Формування поняття «синдром дефіциту уваги з гіперактивністю» пройшло декілька етапів. Починаючи з 19 століття вчені виявляли зацікавленість явищами надмірної дитячої рухової активності, рухливих порушень, імпульсивності, балакучості, незграбності, зниження рівня уваги, невміння керувати своєю поведінкою. У 1845 році німецький лікар-психоневролог Н. Hoffmann надав перший опис дитячого захворювання, що характеризується руховою розгальмованістю та дефіцитом уваги. Він описав надзвичайно рухливу дитину, котра ні секунду не могла спокійно всидіти на стільці, назвавши його «непосидючий Філ».

У 1881 році лікар L. Scherpf таку непосидючість назвав «імпульсивним божевіллям» і відніс її до «найбільш розповсюджених психологічних порушень у дитячому віці» [4].

Проблема синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ) є серйозним викликом для сімей, які стикаються з труднощами у вихованні дітей, особливо на початкових етапах їх навчання. Доктор G. Steele, один із перших дослідників цього розладу, ще в 1902 році описав дітей із РДУГ як таких, що відчувають складнощі з самоконтролем [23]. Визначення актуальне і сьогодні, оскільки надмірна активність дітей заважає їх комунікації з однолітками та впливає на навчальний процес. Така дитина може демонструвати безцільну фізичну активність, постійно рухатися, виходити з місця без дозволу, створювати шум, що відволікає інших, і не здатна довго залишатися спокійною в одному місці [9].

Розлад дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ) класифікується як неврологічний розлад. Такі розлади пов'язані з факторами нейророзвитку, які виникають у ранньому дитинстві, часто до початку формального старшого дошкільного навчання, і створюють проблеми для особистого, соціального та професійного розвитку людини. Проблеми часто пов'язані з труднощами у засвоєнні, збереженні або застосуванні певних знань чи навичок. Розлади нейророзвитку можуть проявлятися у вигляді комбінації проблем, включаючи зниження уваги, дефіцит пам'яті, проблеми зі сприйняттям, труднощі у вирішенні проблем або порушення соціальної взаємодії. Інші приклади неврологічних станів включають розлади аутистичного спектру, порушення здатності до навчання, такі як дислексія, та інтелектуальні порушення [16, с. 199].

РДУГ є одним із видів мінімальної мозкової дисфункції, що характеризується надмірно активною поведінкою, яка не відповідає контексту, імпульсивністю як у соціальних взаємодіях, так і в інтелектуальній діяльності, напруженими стосунками з оточуючими, співіснуючими поведінковими проблемами, труднощами у навчанні, академічними проблемами та зниженою самооцінкою [5, с. 197].

Розлад дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ) зустрічається приблизно у чотирьох відсотків школярів. У дітей із цим розладом спостерігаються такі симптоми, як рівень неуважності, який не відповідає віковим нормам. Зокрема, це може проявлятися у вигляді труднощів із підтримкою уваги, надмірної рухової активності, складнощів із дотриманням черги та частого перебивання інших через імпульсивність [30].

Американська психіатрична асоціація [11] виділяє три основні типи РДУГ залежно від домінуючих симптомів: переважно гіперактивно-імпульсивний тип, переважно неуважний тип та комбінований тип. Для встановлення діагнозу симптоми мають тривати понад шість місяців і суттєво порушувати щоденне життя дитини вдома і в школі.

Щоб зрозуміти сутність РДУГ, варто звернутися до визначення, представленого Американською психіатричною асоціацією у четвертому виданні Діагностичного і статистичного посібника з психічних розладів. У цьому посібнику зазначено, що «основними ознаками РДУГ є стійкий прояв неухвильності та/або гіперактивності-імпульсивності, які є більш частими та вираженими, ніж зазвичай спостерігається у людей відповідного рівня розвитку» [10, с. 78].

Різноманітні теорії, що пояснюють причини виникнення РДУГ, включають біологічні чинники та стиль виховання [12]. Останні дослідження зосереджені на неврологічній та генетичній природі цього розладу. Вважається, що РДУГ є неврологічним і розвитковим порушенням самоконтролю, яке впливає на мільйони дітей [31].

Як зазначається у дослідженні Н. А. Darna та S. F. Gaya [17], точні причини РДУГ залишаються невідомими. Водночас є низка факторів, які можуть сприяти його розвитку або погіршувати симптоми. До них належать генетика, харчування, а також соціальне й фізичне середовище. Хоча вчені ще не дійшли згоди щодо основної причини, численні дослідження свідчать про значний вплив генетики. Як і у випадку багатьох інших розладів, РДУГ є наслідком взаємодії кількох факторів. Крім спадковості, досліджуються й інші можливі чинники, як-от вплив навколишнього середовища, травми мозку, харчування та соціальні умови.

Гени, успадковані від батьків, формують нашу біологічну основу. Міжнародні дослідження близнюків демонструють, що РДУГ часто передається в сім'ях. Науковці вивчають конкретні гени, які можуть підвищувати ризик розвитку цього розладу. Дослідження близнюків свідчать, що приблизно 75% усіх випадків РДУГ мають генетичне підґрунтя. Гіперактивність також здебільшого має спадковий характер, хоча інші фактори теж відіграють певну роль [17].

За даними досліджень, від 9% до 20% проявів гіперактивності, імпульсивності та неухвильності можуть бути зумовлені зовнішніми

чинниками. Серед них – вплив алкоголю або тютюнового диму під час вагітності, а також ранній контакт із свинцем. Наприклад, куріння під час вагітності може викликати гіпоксію (нестачу кисню) у плода. Інфекції, перенесені під час вагітності, пологів або в ранньому дитинстві, такі як кір або стрептококові інфекції, також підвищують ризик розвитку РДУГ. Дослідження 2007 року пов'язало використання інсектициду хлорпірифосу з затримкою навчання та поведінковими проблемами, зокрема РДУГ. Інше дослідження 2010 року підтвердило зв'язок між пестицидами та підвищеним ризиком цього розладу [8].

Британські дослідники припускають, що деякі харчові добавки, як-от штучні барвники чи консерванти, можуть підвищувати рівень активності у дітей. У 2007 році в журналі The Lancet було опубліковано дослідження, яке виявило зв'язок між споживанням барвників і консервантів, таких як натрій бензоат, та проявами гіперактивності. Харчовим виробникам у Великобританії рекомендовано поступово відмовитися від використання штучних барвників [17].

Всесвітня організація охорони здоров'я зазначає, що діагноз РДУГ іноді може свідчити про проблеми в родині або недоліки освітньої системи. Вчені також вважають, що стосунки з вихователями суттєво впливають на здатність дитини концентруватися та саморегулюватися. Наприклад, у дітей, які зазнали насильства чи емоційного травмування, часто спостерігаються симптоми, схожі на РДУГ [17].

Діти, які перенесли черепно-мозкові травми, можуть демонструвати поведінку, схожу на РДУГ. Водночас лише незначна частка дітей із РДУГ має такий анамнез [17].

Гіперактивність і дефіцит уваги суттєво впливають на різні аспекти життя дитини, включаючи її стосунки з батьками, академічні досягнення, поведінку та взаємодію з однолітками і дорослими. Проблеми часто призводять до труднощів адаптації до старшого дошкільного середовища. Діагностика РДУГ та створення ефективних систем корекційно-

розвивального навчання ускладнюються відсутністю єдиного розуміння природи та симптомів розладу серед фахівців з різних галузей. Відсутність консенсусу призводить до суперечливих прогнозів щодо результатів розвитку, різноманітних корекційних стратегій та непослідовних освітніх підходів до дітей з РДУГ.

1.2. Типи і особливості прояву РДУГ у дітей старшого дошкільного віку

Синдром дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ) пов'язаний із затримкою розвитку вищих когнітивних функцій, що часто призводить до значних труднощів у навчанні. Діти з РДУГ часто демонструють низьку емоційну стійкість, коли стикаються з невдачами, занижену самооцінку, впертість, нечесність, дратівливість, агресію, невпевненість у собі та труднощі в соціальній взаємодії. Підлітки з цим захворюванням часто демонструють непокору авторитетам, незрілу та безвідповідальну поведінку, схильність порушувати сімейні та соціальні норми. Їм важко підтримувати сталість поведінкових реакцій протягом тривалого часу.

Враховуючи різноманітність клінічних проявів РДУГ, його діагностика ґрунтується на стандартизованих критеріях, встановлених Американською психіатричною асоціацією та викладених у четвертому виданні «Діагностичного і статистичного посібника з психічних розладів» (DSM-IV). Відповідно до сучасних класифікацій МКХ-10 та DSM-IV, РДУГ ідентифікується за рисами розвитку, які відхиляються від типових вікових норм, що відображають недостатню адаптаційну здатність. Ключові характеристики включають дефіцит уваги, гіперактивність та імпульсивність, причому симптоми з'являються у віці до 7 років і зберігаються щонайменше шість місяців у ступені вираженості, що погіршує здатність дитини до адаптації. Симптоми проявляються в різних середовищах - вдома, в школі та

в соціальному оточенні, незважаючи на те, що інтелектуальні здібності дитини відповідають її віковій групі.

DSM класифікує РДУГ на три окремі підтипи на основі домінуючих симптомів – чи пов'язані вони з неухважністю, гіперактивністю, імпульсивністю, чи з поєднанням цих ознак:

1. Переважно неухважний тип (РДУГ-ПУ) описує дітей, які переважно проявляють симптоми неухважності.

2. Переважно гіперактивно-імпульсивний тип (РДУГ-ГІ) відноситься до дітей, симптомами яких є переважно гіперактивність та імпульсивність; цей підтип зустрічається відносно рідко.

3. Комбінований тип (РДУГ-К) є найбільш поширеною формою, що охоплює дітей, які проявляють як неухважність, так і гіперактивно-імпульсивні симптоми.

Коли ознаки неухважності, гіперактивності та імпульсивності спостерігаються послідовно протягом півроку, ставиться діагноз змішаної форми РДУГ. На даний підтип припадає приблизно 50-70% всіх випадків. Якщо дитина демонструє шість симптомів неухважності поряд з деякою гіперактивністю та імпульсивністю, ставиться діагноз РДУГ з переважанням неухважності, що становить 20-30% випадків. З іншого боку, РДУГ з переважанням гіперактивності та імпульсивності діагностується тоді, коли присутні повні симптоми гіперактивності та імпульсивності, а неухважність є лише мінімальною. Цей підтип спостерігається приблизно у 15% дітей [6].

Точні причини РДУГ залишаються невизначеними. Потенційні фактори включають генетичну схильність, біохімічний дисбаланс, сенсомоторні проблеми, фізіологічні аномалії та поведінкові впливи. Фактори ризику включають низьку вагу при народженні (менше 1500 г), травми голови, дефіцит заліза та пренатальне вживання алкоголю, тютюну або кокаїну. Незважаючи на ці ризики, менш ніж у 5% дітей з РДУГ виявляються неврологічні порушення [3].

Діти з РДУГ часто демонструють знижену готовність до школи через недорозвиненість здібностей у таких сферах, як ставлення до школи, самооцінка, фокусування на завданні, графічні навички, візуальний аналіз та довільна регуляція діяльності та навчання. Варто зазначити, що діти з іншими проблемами розвитку зазвичай демонструють вищий рівень готовності до школи, ніж діти з РДУГ.

Існує низка симптомів, на які варто звернути увагу на початковому етапі дослідження РДУГ у дітей старшого дошкільного віку [29, с. 68]:

1) складнощі в опануванні дошкільних наук, хоча інтелект цілком нормальний. Дитина може мати складнощі з читанням: частково або повністю не оволодіває цією навичкою;

2) відставання в емоційному розвитку. Дитина може вередувати і реагувати вкрай емоційно на будь-які прояви критики, невдачі; її поведінка виглядає «дитячою», хоча інтелектуальний розвиток відповідає розвитку однолітків;

3) негативна самооцінка. Дитина постійно чує у свою адресу зауваження. Якщо в цей час лунає ще й порівняння з однокласниками, то це провокує в неї негатив до оточуючих, агресію, вона намагається відсторонитися від колективу, весь час відчуває себе нещасною;

4) постійні зміни настрою майже щомиті. Різкі переходи від плачу до сміху. Дитина має дуже запальний характер. У момент, коли вона сердиться, може провокувати бійку, кидатися предметами та псувати речі кривдника. Всі її дії спонтанні, без попереднього обдумування;

5) у дитини відсутнє відчуття небезпеки, її вчинки іноді вкрай небезпечні для життя і здоров'я: дитина може залізти на дах, піти до покинутого будинку, пройтися тонким льодом лише тому, що їй у цей момент захотілося так зробити. Це є наслідком значної кількості травм у дітей із РДУГ;

6) низька толерантність до стресів.

1.3. Особливості корекції РДУГ у дітей старшого дошкільного віку

Лікування РДУГ у дітей раннього віку, як правило, передбачає спільні зусилля між медичними працівниками та особами, які доглядають за дитиною [26, с. 22]. Процес лікування ґрунтується на кількох принципах:

1. Встановлення чітких і конкретних цілей, що може бути складним завданням через наявність коморбідних станів.

2. Планування регулярних контрольних зустрічей з лікарем для оцінки прогресу, коригування цілей і моніторингу побічних ефектів ліків. Під час цих візитів важливо збирати інформацію не лише від дитини, але й від батьків та, за необхідності, інших осіб, які здійснюють догляд, або фахівців, залучених до повсякденного життя дитини [25, с. 449]. Найефективніший підхід передбачає скоординовану підтримку, часто із залученням як психолога, так і інших ключових осіб, які опікуються дитиною. Стратегія лікування, як правило, складається з чотирьох етапів:

- визначення проблем, з якими дитина стикається вдома або в повсякденному житті;
- вибір відповідних методів втручання;
- створення індивідуального плану втручання;
- оцінка впливу плану на загальне функціонування дитини для внесення необхідних коректив.

Дослідження [18] свідчать, що результати лікування є більш успішними, коли особи, які здійснюють догляд, беруть на себе ініціативу у виявленні проблем, а психолог або терапевт керує розробкою індивідуального плану лікування.

Розглянемо елементи поведінкової терапії, яка широко використовується в Європі. Поведінкова терапія складається з різних корекційних стратегій, таких як залучення сім'ї, взаємодія з однолітками та більш широкі фактори навколишнього середовища, які працюють разом, щоб підтримати дитину з РДУГ. Основна мета психолога, який працює з дитиною

з РДУГ – створити середовище, яке сприяє кращому управлінню розладом, зосереджуючись на полегшенні симптомів та покращенні навичок соціалізації [13; 15; 2]. Надалі розглянемо ключові компоненти поведінкової терапії.

Покращення стосунків з однолітками є ключовою метою поведінкової терапії для дітей з РДУГ. Діти старшого дошкільного віку з РДУГ часто мають труднощі з соціалізацією через емоційні реакції при взаємодії з однолітками. Сама по собі групова терапія не покращує соціальні навички [15, с. 39], але залучення здорового однолітка або однолітків протягом усього процесу втручання відзначається психотерапевтами як високоефективний підхід у лікуванні.

Залучення сім'ї займає вагомe місце у процесі комплексного лікування РДУГ. Ефективна комунікація між батьками та вихователями відіграє центральну роль, а такі інструменти, як щоденні звітні картки, забезпечують постійний зворотний зв'язок про поведінку дитини. Картки допомагають відстежувати ключові види поведінки, такі як взаємодія з однолітками та загальне соціальне функціонування. Батьки підкріплюють позитивну поведінку вдома, завдяки тому, що спираються на зворотній зв'язок зі звітів. У сімейній терапії батьки беруть активну участь у лікувальному процесі, а психолог допомагає їм у таких техніках, як перерви, позитивне підкріплення та моделювання. Попри те, що окреме використання сімейної терапії все ще недостатньо досліджена, вона є необхідним аспектом лікування РДУГ у дітей старшого дошкільного віку [13, с. 8].

Особливим випадком лікування РДУГ є комбінована терапія, яка вважається високоефективною, особливо коли у дитини є супутні захворювання. Комбінована терапія поєднує поведінкову терапію з фармакологічними методами і передбачає спільну роботу невролога та психолога. Дослідження показали, що подібна комбінація методів лікування корисна для подолання як симптомів РДУГ, так і симптомів інших захворювань [35].

У сучасних підходах до підтримки дітей з РДУГ особлива увага приділяється нефармакологічним втручанням, які включають структуровані програми фізичної активності, корекцію навколишнього середовища та методи когнітивно-поведінкової терапії. Індивідуалізовані нефармакологічні методи широко рекомендуються для дітей старшого дошкільного віку, оскільки вони вважаються найбільш придатними для цієї вікової групи [19]. Основними немедикаментозними втручаннями, що використовуються для лікування РДУГ, є наступні:

1. Сенсомоторні методи корекції. Методи спрямовані на створення міцного сенсомоторного та енергетичного фундаменту для дитини та усунення патологічних фізичних проявів. Сенсомоторні втручання можуть включати компоненти тренінгу «батьки-дитина» або включати аутогенне тренування та вправи на розслаблення, розроблені для дітей [14].

2. Техніки когнітивного розвитку. Стратегії спрямовані на розвиток когнітивних функцій та виконавчих навичок у дітей. Заходи включають ігри та вправи, які розвивають увагу, саморегуляцію, планування та управління завданнями. Додаткові зусилля спрямовуються на вдосконалення зорового, слухового, тактильного та кінестетичного сприйняття, а також просторової обізнаності та асоціативного мислення. Також застосовуються такі техніки, як тренування уваги та усвідомленості, які можуть включати медитативні практики [32].

3. Соціальні та поведінкові методи навчання. Методи зосереджені на покращенні міжособистісних навичок дитини, емоційної та поведінкової регуляції. Важливим компонентом є робота з соціальним оточенням дитини, проведення психоосвітніх сесій та навчання осіб, які здійснюють догляд за дитиною, ефективному вирішенню та перенаправленню небажаних форм поведінки [20]. Прихильники цього підходу наголошують на важливості формування гармонійних стосунків як наріжного каменю поведінкової стабільності. Прямі втручання з дітьми надають пріоритет формуванню навичок соціальної взаємодії.

4. Когнітивно-поведінкове навчання сну. Метод вирішує проблеми, пов'язані зі сном, завдяки тому, що навчає батьків гігієні сну та допомагаючи їм встановити послідовний режим сну для своїх дітей [24]. Загалом підхід довів свою ефективність у покращенні режиму сну та емоційного благополуччя дітей з РДУГ.

За результатами дослідження В. М. Князева було визначено, що індивідуалізація процесу впровадження корекційної програми представляє собою перспективний напрям у розвитку методів корекційного втручання та супроводу дітей з РДУГ [6]. Отже, перелічені вище немедикаментозні підходи в сукупності є цінними інструментами загального розвитку та емоційної стабільності дітей з РДУГ.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ СИНДРОМУ ДЕФІЦИТУ УВАГИ І ГІПЕРАКТИВНОСТІ У ДІТЕЙ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

2.1. Обґрунтування вибірки і методик дослідження

Дослідження присвячене особливостям прояву синдрому дефіциту уваги та гіперактивності у дітей старшого дошкільного віку. Для забезпечення надійності та релевантності результатів дослідження вибірка була сформована з дітей старшого дошкільного віку, які відвідують заклад дошкільної освіти. Критерій відбору (діти, що навчаються у ЗДО) був обраний з метою забезпечення однорідності освітньо-розвивального середовища учасників дослідження, яке могло впливати на прояв симптомів РДУГ.

На початковому етапі формування вибірки було обстежено 71 дитину, які відвідують конкретний заклад освіти. Для виявлення наявності симптомів РДУГ було проведено стандартизоване обстеження. Процес оцінки складався з спостереження за поведінкою, даних, отриманих від батьків та валідного симптоматичного тесту на наявність симптомів РДУГ. Діти були залучені у дослідження у тому випадку, якщо відповідали діагностичним критеріям РДУГ або якщо їх батьки надали задокументовані докази попереднього діагнозу, встановленого кваліфікованим медичним працівником.

З початкового пулу (71 дитина старшого дошкільного віку), 34 дитини були визначені як такі, що відповідають критеріям дослідження. Підгрупа дітей характеризувалася чіткими ознаками симптомів РДУГ, визначеними в процесі діагностики або за допомогою консультацій з батьками. Під час вибору конкретного розміру вибірки ми керувалися принципом забезпечення адекватної репрезентативності цільової популяції при збереженні керованості процесів збору та аналізу даних. Кінцевий варіант вибору для дослідження

виключно дітей з підтвердженими симптомами РДУГ – визначено важливим для досягнення мети дослідження – розуміння унікальних проявів розладу у дітей старшого дошкільного віку.

Підсумуємо, що у дослідженні взяли участь діти старшого дошкільного віку закладів дошкільної освіти Чернігівської області. Загальна кількість респондентів, що взяла участь у дослідженні складає 34 особи (середній вік 5,8 років, від 5 до 6,5 років). У дослідженні взяли участь 41,18% хлопчиків старшого дошкільного віку та 58,82% дівчат старшого дошкільного віку.

Отже, рішення щодо зосередження уваги на конкретній вибірці дітей з симптомами РДУГ відповідає меті дослідження – дослідити специфічні для РДУГ патерни та поведінку цільової групи (дітей старшого дошкільного віку). Розроблені у подальшому рекомендації щодо корекції РДУГ у дітей старшого дошкільного віку будуть корисними для батьків, чиї діти взяли участь у дослідженні, а для інших батьків та дітей розроблені рекомендації будуть підтверджені попереднім досвідом реалізації програми та її ефективності для дітей з виявленим РДУГ.

Для дослідження обрано методику «Анкета для визначення гіперактивності у дитини» Д. Коннерса, яка виступає як інструмент оцінки поведінкових особливостей, що свідчать про синдром дефіциту уваги та гіперактивності. Його застосування зумовлене необхідністю розуміння ранніх проявів неуважності, імпульсивності та гіперактивності, які є критично важливими аспектами даного стану [7, с. 55; 1]. Обрану методику варто вважати такою, що надає всебічний погляд та достовірне уявлення про повсякденне функціонування дитини, адже батьки щодня, протягом тривалого періоду часу спостерігають за поведінкою своєї дитини.

Анкета структурована для кількісної оцінки поведінки за допомогою системи балів, що дозволяє об'єктивно оцінити такі риси, як руховий неспокій, дратівливість, відволікання уваги та різкі зміни настрою. Особливі прояви РДУГ мають значення у процесі виявлення поведінкових патернів, які в іншому випадку можуть бути проігноровані або неправильно

інтерпретовані. Система оцінювання не тільки забезпечує чіткість у визначенні тяжкості симптомів, але й полегшує диференціацію дітей за певними поведінковими профілями. Наприклад, дитина, яка постійно проявляє неуважність, потенційно схильна до проблем з утриманням уваги на завданнях або виконанням тих чи інших інструкцій від дорослих, тоді як дитина з переважаючою гіперактивністю може демонструвати надмірну рухливість, проблеми з утриманням сидячого положення або постійну метушливість. Імпульсивність, з іншого боку, проявляється як невміння чекати, часті переривання або непередбачувані емоційні спалахи [34].

Здатність розрізняти різні профілі поведінки необхідна як для досліджень, так і для практики. Диференціація дозволяє цілеспрямовано досліджувати унікальні проблеми, з якими стикається кожна підгрупа дітей, сприяти глибшому, розумінню різноманітних проявів РДУГ [27].

Диференціація також підтримує розробку індивідуальних втручань/програм корекції, які необхідні для задоволення специфічних потреб дітей та сприяння досягненню кращих результатів. Отже, інформація, яка буде отримана у результаті використання методики «Анкета для визначення гіперактивності у дитини» узгоджується з сучасними психологічними підходами, підкреслює важливість індивідуальної роботи з дитиною та ранньої підтримки дитини у разі виявлення тих чи інших симптомів.

Використання методики «Анкета для визначення гіперактивності у дитини» відображає також практичну користь дослідження. Стислий, але ґрунтовний формат методики забезпечує простоту застосування то розуміння, що впливає на можливість використання методики до ширшого кола осіб, яким пропонується пройти опитування. Доступність особливо важлива для забезпечення високого рівня участі в опитуванні та надійності зібраних даних [21]. Узгодження критеріїв оцінювання з встановленими діагностичними рамками підвищує його релевантність і застосовність. Таким чином, завдяки поєднанню спостереження з діагностичною точністю,

методика дозволяє виявити дітей старшого дошкільного віку з проявами РДУГ, які можуть також отримати користь від подальшого обстеження спеціалістами, такими як психотерапевти або педіатри, що спеціалізуються на питаннях лікування РДУГ у дітей старшого дошкільного віку.

Підсумуємо, що використана методика та вибірка відповідають меті – дослідження синдрому дефіциту уваги та гіперактивності у дітей старшого дошкільного віку. Формування вибірки, що складається з дітей, які відвідують дошкільні навчальні заклади, було стратегічно обрано для забезпечення послідовного освітнього та розвивального середовища, що має вирішальне значення для точного спостереження симптомів. Окрім цього, завдяки фокусу на дітях з підтвердженими симптомами або попередньо встановленими діагнозами, дослідження зосереджується на глибшій, конкретній та спеціалізованій інформації, яка, своєю чергою, дозволяє сфокусуватися на вивченні поведінкових патернів.

Обрана методика «Анкета для визначення гіперактивності у дитини» Коннерса забезпечує основу для збору детальних і кількісно вимірюваних даних про основні симптоми РДУГ. Методика у подальшому дозволяє виявити специфічні поведінкові профілі, такі як неуважність, імпульсивність та гіперактивність, завдяки чому виявлено деталі їх проявів у дітей. Загалом, зібрана інформація необхідна для розробки індивідуальних інтервенцій та розуміння ширшого впливу РДУГ на розвиток дітей старшого дошкільного віку.

2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження

Дослідження присвячене вивченню особливостей синдрому дефіциту уваги та гіперактивності у дітей старшого дошкільного віку, з акцентом на різноманітності його проявів. У якості методики використовується «Анкета для визначення гіперактивності у дітей» Д. Коннерса, яка є інструментом, який складається з 10 діагностичних питань. У процесі дослідження було

відібрано 34 анкети дітей, які мають явно виражені симптоми РДУГ. Дослідження проводилось в закладі дошкільної освіти, батьки приймали активну участь у наданні інформації та могли контролювати процеси дослідження.

Перш ніж розглядати результати опитування, пропонується дослідити результати проведеного спостереження, які доповнюють кількісні дані і пропонують тонше розуміння проявів РДУГ у природніх умовах серед дітей старшого дошкільного віку (від 5 років до 6,5 років). Швидкий когнітивний, соціальний та емоційний розвиток характеризує досліджувану стадію розвитку, але самоконтроль і стійка увага все ще розвиваються. Вікові особливості підкреслюють взаємодію між факторами нейророзвитку та вимогами навколишнього середовища, впливаючи при цьому на те, як симптоми РДУГ проявляються у дітей під час спостереження.

Однією з найпомітніших характеристик була неуважність, яка часто заважала дітям зосереджуватися на завданнях, що вимагали тривалих розумових зусиль. У цьому віці діти повинні починати вчитися концентруватися протягом тривалого часу в структурованому середовищі, але діти з РДУГ демонстрували явні проблеми у досягненні очікуваних результатів розвитку концентрації. Під час завдань, що вимагають тривалого розумового зосередження, наприклад, виконання інструкцій або завершення завдань у класі, було найбільш помітно відсутність можливості концентрувати увагу. Діти з вираженою неуважністю часто ігнорували багатокрокові інструкції, втрачали послідовність дій і потребували постійних нагадувань, щоб включитися у роботу [33]. Помітні прогалини в концентрації уваги були спричинені зовнішніми подразниками (шелест паперу, рухи однолітків або далекі звуки), що конкурували з їх здатністю зосереджувати увагу на завданнях. Симптоми когнітивного розладу проявлялись навіть під час участі в цікавих видах діяльності (інтерактивна розповідь історій, практичні експерименти). Нездатність зосередитися проявлялася у метушливості, малюванні та зацикленості на несуттєвих відволікаючих

факторах. Здавалося, що така поведінка є наслідком фундаментальної нейрокогнітивної проблеми, а не відсутності інтересу.

Деякі з досліджуваних дітей демонстрували високу гіперактивність, що є ще однією визначальною рисою РДУГ. Здатність регулювати фізичну активність у відповідь на ситуативні вимоги починає формуватися на даному етапі розвитку, але у дітей з РДУГ вона все ще недостатньо розвинена. Характерними є надмірна рухливість, непосидючість і проблеми з дотриманням поведінкових норм. Діти з вираженою гіперактивністю зазвичай не можуть всидіти на місці довше кількох секунд, постійно крутяться на своїх місцях, тупають ногами або встають без видимої причини [28]. Гіперактивність особливо проявлялась у біганні, лазінні або ініціюванні галасливих ігор, які переривали потік групи. Дії не обмежувалися неструктурованими ситуаціями; вони продовжували бути неспокійними навіть у ситуаціях, які вимагали зібраності та зосередженості, часто перешкоджали соціальній взаємодії та виконанню повсякденних дошкільних завдань. Постійна потреба рухатися висвітлювала труднощі, з якими ці діти стикалися у спробах спрямувати свою енергію в межах завдань класу.

Ще однією характерною рисою дітей, які перебували під спостереженням, була імпульсивність, хоча вона і не проявлялась так послідовно. У дітей з РДУГ є явні проблеми у контролі над імпульсами, який має розвиватися на цьому етапі дорослішання дитини. Невміння чекати своєї черги і часті перебивання вчителів або однолітків, щоб надати непрохані коментарі або відповіді, були найбільш очевидними прикладами імпульсивної поведінки під час виконання групових завдань. Нетерпіння часто переносилося на ситуації, пов'язані з вирішенням проблем, де швидкі та необдумані відповіді цінувалися вище, ніж ретельне обмірковування та точність [22]. Емоційна імпульсивність проявлялась у відповідь на розчарування або уявну невдачу. Деякі діти демонстрували швидкі і сильні емоційні реакції, наприклад, ридання, крик або замикання в собі, коли стикалися з труднощами (незавершене завдання, нездійснені очікування). Під

час спроб контролю емоцій часто виникали істеричні реакції, які вказували на загальний брак самоконтролю, що є типовим для РДУГ.

У віковій групі від 5 до 6,5 років можна було дослідити гендерні відмінності у поведінкових проявах РДУГ, які відображають тенденції, виявлені в попередніх наукових дослідженнях. Хлопчики з їх високоенергійною поведінкою були більш схильні до відкритої гіперактивності та імпульсивності, намагалися контролювати групову динаміку і вимагали від вчителів частотої перенаправленості. Неспокій часто спричиняв очевидні зриви, що ускладнювало нормальний перебіг занять у класі. З іншого боку, дівчатка, як правило, демонстрували більш приглушені симптоми, найпоширенішим з яких була неуважність. Менш деструктивною, але не менш значущою була їх розсіяність, яка часто проявлялася у мріях, вдивлянні в простір або мовчазному уникненні питань, завдань. Виявлена варіація реакцій підкреслює те, наскільки важливо використовувати гендерно-чутливі стратегії спостереження та втручання, оскільки більш приховані форми РДУГ у дівчаток ризикують залишитися непоміченими, що може відтермінувати діагностику та допомогу.

У сукупності спостережувана поведінка демонструє, що РДУГ є розладом широкого спектру, з симптомами, які відрізняються як за інтенсивністю, так і за способом вираження. Оскільки кожна дитина має свій профіль, стратегії втручання повинні бути адаптовані до сильних і слабких сторін кожної дитини. Структурований розпорядок дня, однозначні інструкції та візуально стимулюючі матеріали – деякі зі стратегій, які можуть допомогти зосередити увагу дітей, які борються з неуважністю. Можливості для фізичних вправ і організовані способи вивільнення енергії корисні для дітей з вираженою гіперактивністю, але втручання при імпульсивності вимагають регулярного встановлення меж і допомоги в навчанні самоконтролю.

Аналіз результатів опитування за анкетною проведено у два етапи: спочатку загальна інтерпретація результатів анкети з метою виявлення

закономірностей у відповідях; після чого дослідження класифікує прояви РДУГ за трьома основними типами: неухважність, імпульсивність та гіперактивність. Поділ аналізу результатів можна вважати таким, що дозволяє детально розібратися в симптоматиці РДУГ у дітей старшого дошкільного віку. Для забезпечення точності та надійності аналізу даних буде використано статистичне програмне забезпечення Jamovi, що дасть змогу оцінити отримані результати та зробити обґрунтовані висновки щодо проявів РДУГ у досліджуваній віковій групі.

На рис. 2.1 наведено загальний розподіл результатів анкети.

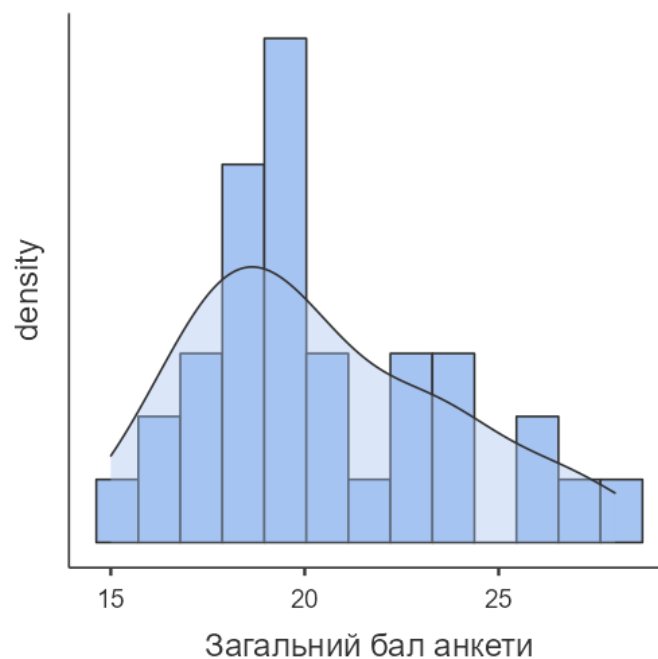


Рис. 2.1. Розподіл результатів «Анкета для визначення гіперактивності у дітей» Д. Коннерса

Відповіді 34 учасників на «Анкету для визначення гіперактивності у дітей» узагальнені за допомогою описової статистики, яка також висвітлює основні тенденції та варіативність даних. Про порівняно симетричний розподіл балів свідчить середній загальний бал 20,4, який тісно пов'язаний з медіаною 20,0. Середній бал та медіана свідчать про те, що у більшості дітей симптоми РДУГ були виражені в подібному діапазоні. Невелика тенденція до

більш високих балів впливає з невеликої позитивної асиметрії (0,585), яка представляє підгрупу дітей з більш помітними симптомами.

Попри те, що багато дітей набрали бали, близькі до середнього, були значні відхилення в обидва боки, на що вказує помірна варіабельність групи, про що свідчить стандартне відхилення 3,36 і дисперсія 11,3. Діапазон балів, який коливається від мінімуму 15 до максимуму 28, підкреслює, наскільки різними є рівні симптомів гіперактивності у вибірці. На розподіл, який є дещо пласкішим, ніж нормальна крива, вказує значення ексцесу (-0,454), що свідчить про ширший діапазон балів з меншою кількістю екстремальних відхилень від норми.

Попри те, що більшість дітей мають помірні симптоми, деякі з них демонструють більш легкі або більш важкі форми поведінки, пов'язані з РДУГ, відповідно до кластеризації балів навколо середнього значення. Виявлена тенденція узгоджується з ідеєю про те, що РДУГ є розладом широкого спектру, тобто його симптоми можуть варіюватися від легкої деструктивної поведінки до відвертої.

Діти з більш вираженою гіперактивністю або імпульсивністю потребують більш термінового або інтенсивного втручання, на що вказує невеликий позитивний зсув, який свідчить про дещо вищі бали. З іншого боку, діти на нижньому кінці спектру мають менш очевидні симптоми, які все одно можуть мати вплив, особливо в регламентованому середовищі, у тому числі закладі дошкільної освіти. Отже, спостерігається важливість адаптації втручань до потреб кожної окремої дитини.

Особливості розподілу результатів опитування у хлопчиків та дівчат наведені на рис. 2.2.

Розподіл балів за «Анкетою для визначення гіперактивності у дітей» демонструє значні відмінності між учасниками вибірки чоловічої та жіночої статі. Середній бал для хлопчиків був вищим (22,5), ніж для дівчаток (19,0), що свідчить про те, що в цілому хлопчики мають більш помітні симптоми РДУГ. Висновок підтверджується медіаною балів, яка показує, що дівчата

набрали 19 балів, а хлопці – 23 бали. Розбіжність підвищує ймовірність гендерних відмінностей у сприйнятті та проявах поведінки, пов'язаної з РДУГ.

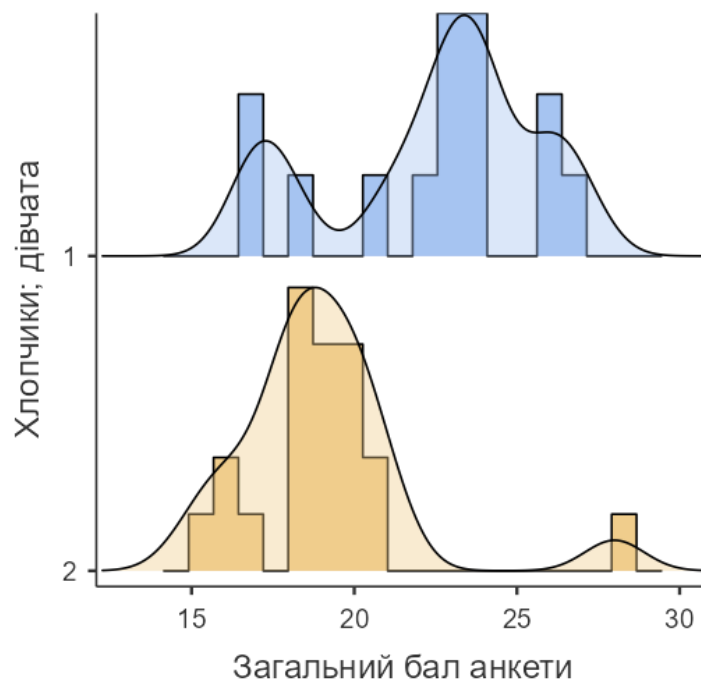


Рис. 2.2. Розподіл результатів «Анкета для визначення гіперактивності у дітей» Д. Коннерса у хлопчиків і дівчат

Стандартне відхилення, яке вимірює варіабельність балів, було дещо вищим у хлопчиків (3,23), ніж у дівчаток (2,68), що свідчить про те, що хлопчики мають ширший діапазон вираженості симптомів. Більша дисперсія у хлопчиків (10,4) на противагу дівчаткам (7,16) додатково підтверджує цей факт. Відзначимо, що розподіл балів дівчат був позитивно асиметричним (1,89), тоді як розподіл балів хлопців був більш симетричним (асиметрія - 0,640). Розподіл балів свідчить про те, що попри бали близькі до середнього у дівчат, певна група з них мала більш виражені симптоми. Значення ексцесу також показують чітку різницю: бали дівчат були більш тісно згруповані навколо середнього значення з невеликою кількістю викидів, тоді як у хлопців розподіл був високо піковим (6,38) і відносно плоским (-0,494).

З психологічної точки зору, результати узгоджуються з попередніми дослідженнями РДУГ, які показують, що хлопчики більш схильні до відверто гіперактивної та імпульсивної поведінки, що може призвести до отримання вищих балів. Клінічні дані досліджень свідчать про те, що хлопчики з РДУГ, як правило, привертають більше уваги з боку батьків і вчителів. Більша варіативність серед хлопчиків є відображенням різних способів прояву РДУГ – від легких симптомів у одних дітей до більш важких і деструктивних форм поведінки в інших.

Попри те, що більшість дівчат мають легкі та помірні симптоми, менший відсоток мають більш важкі форми РДУГ, згідно з позитивним зміщенням. Аналіз також свідчить про те, що дівчата з РДУГ частіше проявляють симптоми неувважності, які можуть бути менш деструктивними і тому їх важче виявити на ранніх стадіях. Піковий розподіл підкреслює важливість ретельного обстеження дівчат, оскільки через їх менш очевидні симптоми вони можуть бути проігноровані.

На рис. 2.3 наведено відсоткове відношення (у %) кожного типу РДУГ: з переважаючою неувважністю, або імпульсивністю, або гіперактивністю серед усіх дітей.

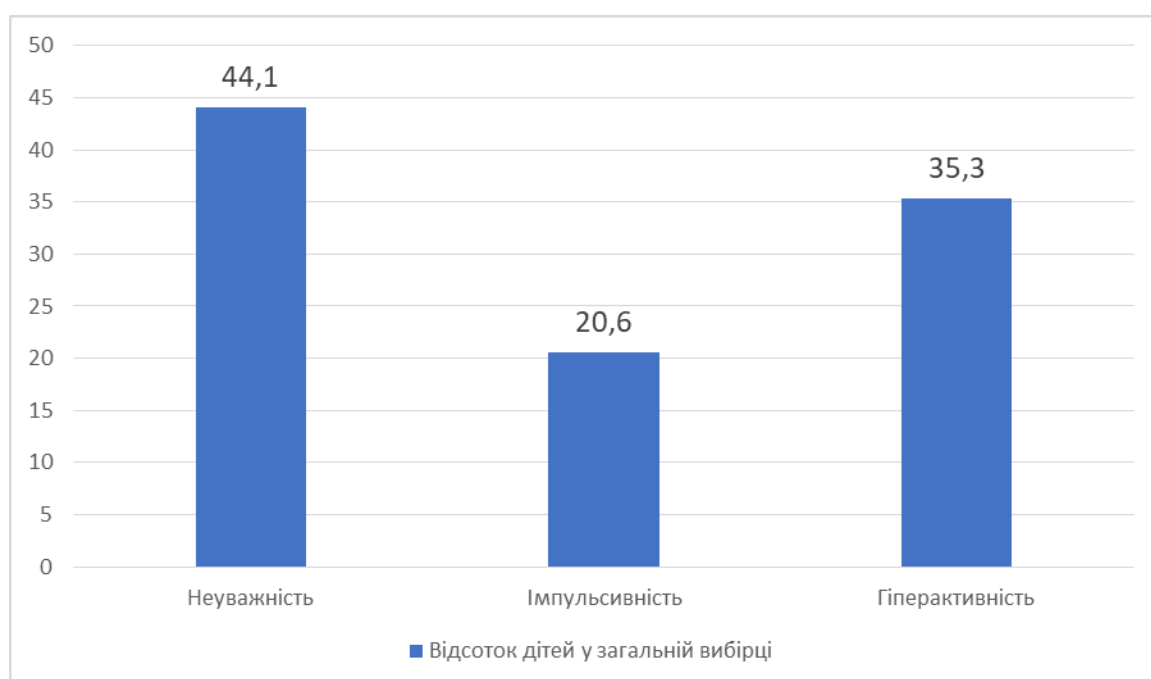


Рис. 2.3. Розподіл результатів опитування за групами: переважає неухажність, імпульсивність, або гіперактивність

Розподіл симптомів РДУГ у вибірці демонструє чіткі тенденції: неухажність зустрічається у 44,1% дітей і є найпоширенішим типом. 35,3% дітей демонструють гіперактивність, а 20,6% - імпульсивність. Розподіл показує, що попри наявність переважання симптомів у певних групах, в поведінкові прояви РДУГ часто перетинаються.

Враховуючи більшу поширеність неухажності, можемо стверджувати, що діти стикаються зі спільними проблемами з підтриманням уваги, виконанням вказівок та утриманням фокусу під час навчання. Другий найпоширеніший тип, гіперактивність, характеризується більш очевидними проявами, такими як надмірна енергійність і нездатність всидіти на місці. Попри те, що імпульсивність зустрічається рідше, вона все ще є важливою категорією, яка відображає проблеми з саморегуляцією та діями без обмірковування наслідків.

Поширеність неухажності підкреслює тонкий, але важливий психологічний вплив окремої групи симптомів, особливо в рамках навчання у ЗДО. Дітям, які проявляють симптоми неухажності, важко виконувати вказівки або брати участь у діяльності, і їх часто вважають незацікавленими або відволікаючими. Для того, щоб допомогти подолати симптоми неухажності та залишатися зосередженими, дітям знадобляться спеціальні методи корекції, наприклад, сегментування роботи на зручні для виконання частини та часті нагадування.

Другий найпоширеніший тип – гіперактивність – часто є більш очевидно деструктивним і проявляється в неспокої, труднощах всидіти на місці та постійному русі. Окрім того, що така поведінка дає можливість вивільнити енергію через фізичні ігри та навчання, засновані на постійному русі, вона може створювати труднощі для групових проєктів та динаміки у загальній групі дітей.

Як вже було вище зазначено, імпульсивність зустрічається рідше у досліджуваній групі дітей старшого дошкільного віку, але вона становить особливу проблему, оскільки такі діти можуть діяти імпульсивно, перебивати педагогів або мати проблеми з контролем над своїми емоціями. Встановлення чітких меж і постійне заохочення за правильну поведінку часто є необхідними у боротьбі з імпульсивністю.

Розподіл груп симптомів підкреслює важливість раннього виявлення та індивідуального втручання у корекцію РДУГ у дітей старшого дошкільного віку. Батьки та педагоги мають підтримувати емоційну регуляцію, зосередженість та соціальний розвиток своїх дітей, при цьому важливо визначати домінуючі риси РДУГ у кожної дитини. Таким чином буде створено більш доброзичливе та заохочувальне середовище для всіх дітей.

РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА КОРЕКЦІЇ СИНДРОМУ ДЕФІЦИТУ УВАГИ І ГІПЕРАКТИВНОСТІ У ДІТЕЙ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

3.1.Програма корекції РДУГ

Програма корекції синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю у дітей старшого дошкільного віку спрямована на попередження труднощів адаптації до освітнього середовища, зниження імпульсивності, покращення довільної уваги, мінімізацію поведінкових порушень шляхом розвитку механізмів саморегуляції та самоконтролю. Основними завданнями програми є зміцнення здатності до регуляції рухової активності, контроль імпульсивних реакцій, розвиток стійкої уваги, покращення навичок соціальної взаємодії, покращення сенсомоторних функцій, формування позитивного образу «Я» та самооцінки у дітей з РДУГ.

Психокорекційна робота базується на принципах поведінкового втручання, що забезпечує формування адаптивних поведінкових патернів, розвиток стратегій саморегуляції, підкріплення конструктивних форм взаємодії з оточенням. Структура занять побудована таким чином, щоб створити умови для засвоєння та закріплення навичок самоконтролю, що досягається за рахунок включення спеціалізованих кінезіологічних вправ. Вправи в рамках програми, засновані на коригувальних рухах тулуба і кінцівок, сприяють розвитку міжпівкулевої взаємодії, покращують координацію, сприяють зниженню нервово-м'язового напруження. Активізація сенсомоторних функцій є фундаментом для дозрівання вищих психічних процесів, серед яких: сприйняття, пам'ять, довільну увагу, емоційну регуляцію.

Комплексний підхід до корекції дає можливість впливати не тільки на поведінкову, а й на когнітивно-емоційну сферу дитини, тим самим запобігаючи вторинним труднощам розвитку. Структурована організація

занять забезпечує планомірний вплив на недостатні регуляторні функції, що необхідно для їх поступового формування та стабілізації. Корекційна програма призначена для дітей старшого дошкільного віку з проявами РДУГ і реалізується в груповому форматі з урахуванням індивідуальних особливостей кожної дитини.

Очікуваними результатами програми є підвищення рівня довільної уваги, покращення контролю над імпульсивною поведінкою, формування емоційної стійкості, підвищення самооцінки. Систематична реалізація програми сприяє розвитку передумов для успішної адаптації в освітньому середовищі, полегшує засвоєння нових знань і навичок, знижує ризик виникнення поведінкових труднощів у майбутньому. Ефективність корекційних заходів забезпечується завдяки поєднанню поведінкових методик та сенсомоторної стимуляції, які разом створюють оптимальні умови для когнітивного та емоційного розвитку дитини.

Загальний огляд програми корекції проведено у табл. 3.1.

Таблиця 3.1

Огляд програми корекції РДУГ у дітей старшого дошкільного віку

№	Мета заняття	Назви методик та вправ	К-сть	Час заняття
1	Підвищення концентрації уваги, управління імпульсивною поведінкою, зниження агресивності, покращення реагування на вербальні інструкції, вдосконалення рухової координації	1. Розминка «Сніговик»	1	5
		2. Гра «Говори!»		10
		3. Гра «Хто літає?»		10
		4. Вправа «Нарубати дрова»		15
		5. Реклаксація «Розгойдувати дерево»		20
2	Посилення контролю уваги, регулювання імпульсивності, вдосконалення рухових навичок, опанування технік розслаблення верхніх кінцівок	1. Розминка «Промінчик»	1	5
		2. Гра «Про рибака і рибку»		10
		3. Вправа «Перехресні кроки»		15
		4. Вправа «Я зосереджений»		10
		5. Реклаксація «Кулачки»		20
3	Покращення рухової координації, слухової уваги та закріплення техніки постуральної релаксації	1. Розминка	1	5
		2. Гра «Черепашка»		10
		3. Вправа «Ледачі вісімки»		15
		4. Вправа «Вушка на маківці»		10
		5. Релаксація «Олені»		20

4	Покращення когнітивної обробки, взаємодії з однолітками, стійкої концентрації уваги та моторної регуляції з одночасним зменшенням імпульсивних реакцій	1. Розминка «Половинка»	1	5
		2. Гра «Доторкнися до ...»		10
		3. Гра «Сороконіжка»		10
		4. Вправа «Руки – ноги»		15
		5. Вправа «Все навпаки»		10
		6. Релаксація «Засмагаємо»		20
5	Оптимізація м'язового тонусу, вдосконалення моторного контролю, заохочення співпраці з однолітками та покращення концентрації уваги, мінімізація імпульсивності	1. Розминка. «Половинка»	1	5
		2. Гра «Дракон»		10
		3. Гра «Сніжинки»		10
		4. Вправа «Руки-ноги»		15
		5. Вправа «Чарівне слово»		10
		6. Релаксація. «Штанга»		20
6	Зміцнення уваги, контроль імпульсів та вдосконалення довільної моторної регуляції	1.Розминка. «Медуза»	1	5
		2.Гра «Дощик»		10
		3. Вправа «Руки-ноги»		15
		4. Вправа «Останній штрих»		10
		5. Релаксація. «Вітрильник»		20
7	Посилення концентрації уваги, регуляції імпульсів, саморегуляції та структурованого вербального висловлювання	1. Розминка. «Промінчики»	1	5
		2. Гра «Давайте привітаємося»		10
		3. Вправа «Буратіно»		15
		4. Вправа «Мовчу – шепочу – кричу»		10
		5. Релаксація «Цікава Варвара		20
8	Вдосконалення рухової координації, управління імпульсивністю, посилення невербальної комунікації та саморегуляції	1. Розминка. «Підвіски»	1	5
		2. Гра «Каратист»		10
		3. Гра «Бджілка»		10
		4. Вправа «Слон»		15
		5. Вправа «Іграшки прокинулись»		10
		6. Релаксація «Шарик»		20
9	Покращення довільної регуляції поведінки, розвиток міжпівкульного зв'язку, зміцнення соціальних навичок та зниження імпульсивності	1. Розминка. «Травинка на вітрі»	1	5
		2. Гра «Жартівники»		10
		3. Гра «Заборонена цифра»		10
		4. Вправа «Перехресне марширування»		15
		5. Вправа «Чужими очима»		10
		6. Релаксація «Пляж»		20
10	Розвиток концентрації уваги, логічного мислення, міжпівкульної інтеграції та саморегуляції	1. Розминка. «Дерево»	1	5
		2. Гра «Що зникло?»		10
		3. Гра «Склади пари картинок»		10
		4. Вправа «Млин»		15
		5. Вправа «Камінь мудрості»		10
		6. Релаксація «Море»		20

План занять розроблений для розвитку уваги, саморегуляції, контролю імпульсів та рухової координації у дітей. Заняття продумано організовані

таким чином, щоб провести дітей через розминку, цікаві ігри, цілеспрямовані вправи та техніки релаксації. Кожне заняття ґрунтується на раніше засвоєних навичках, забезпечуючи поступове покращення концентрації уваги, самодисципліни та фізичної координації. Нижче наведено детальний опис занять для перших двох сесій.

Заняття 1.

1. Розминка «Сніговик». Діти стають прямо і уявляють, що вони - щойно зліплений сніговик, жорсткий і твердий, як утрамбований сніг. Коли уявне сонечко зігріває їх, вони поступово «тануть» - спочатку опускають голову, потім опускають плечі, потім руки і тулуб. Зрештою, вони розслаблено падають на підлогу, символізуючи калюжу. Калюжа випаровується в хмару, яку вітер м'яко несе по небу. Вправа сприяє розслабленню всього тіла та усвідомленню зняття напруги.

2. Вправи на увагу та контроль імпульсів.

2.1. Гра «Говори!». Діти сидять у колі, поки вчитель ставить запитання. Однак вони можуть відповідати лише після команди «Говори!». Вчитель практикується з такими підказками, як: «Яка зараз пора року? Скажи!» або «Якого кольору штора? Скажи!». Гра зміцнює контроль над імпульсами та вміння уважно слухати.

2.2. Гра «Хто літає?». Вчитель називає різні предмети. Якщо предмет може літати, діти піднімають руки, якщо не може – опускають руки. Вставляється навмисна помилка, яка вимагає від дітей не реагувати на неї. Якщо дитина піднімає руку неправильно, вона виконує ігрове завдання в кінці гри. Вправа розвиває концентрацію уваги та контроль реакції.

3. Моторна координація та емоційна регуляція.

3.1. Вправа «Нарубати дрова». Діти уявляють себе дроворубами. Вони вдають, що кладуть колоду на пеньок, високо піднімають уявну сокиру і з силою опускають її вниз, вигукуючи «Ха!» Кожна дитина підраховує, скільки колод він розрубав за дві хвилини. Вправа забезпечує здоровий вихід для надлишкової енергії та агресії.

3.2. Вправа «Графічний диктант». Кожна дитина отримує аркуш із геометричними фігурами – трикутниками, квадратами та ромбами, розташованими в ряд. Вчитель спрямовує їх на створення візерунка, дотримуючись таких правил, як з'єднання тільки певних фігур і збереження безперервного потоку. Вправа розвиває дрібну моторику, концентрацію уваги та вміння слідувати словесним інструкціям.

4. Релаксація. Вправа «Розгойдувати дерево». Діти уявляють, що вони – дерева, які міцно вкорінені в землі. Їх ноги виконують роль коріння, тулуб – стовбура, а руки – гілок. Легенький вітерець змушує їх гойдатися з боку в бік, потім вперед і назад. Вправа містить глибоке ритмічне дихання, що сприяє розслабленню, розширенню легенів та покращенню кровопостачання мозку.

Заняття 2.

1. Розминка «Промінчик». Діти сідають на підлогу і послідовно напружують і розслаблюють м'язи, рухаючись від шиї і спини до правої сторони тіла, потім до лівої. Вправа сприяє усвідомленню свого тіла та контролю над м'язовою напругою.

2. Гра на увагу та контроль імпульсів. Гра «Про рибака і рибку». Діти працюють у парах. Одна дитина тримає руки в сторони на рівні стегон, утворюючи уявну «пастку для риби». Друга дитина повинна обережно просунути руку між «пасткою», не торкаючись боків. У будь-який момент «пастка» може захлопнутися, намагаючись зловити «рибку». Якщо її спіймано, ролі міняються. Гра розвиває контроль імпульсів, координацію та швидкі рефлексії.

3. Вправи на координацію та концентрацію уваги.

3.1. Вправа «Перехресні кроки». Діти роблять крок вперед, торкаючись лівої ноги правою рукою, а потім правої ноги лівою рукою. Перехресний рух стимулює інтеграцію між півкулями мозку, покращує координацію та когнітивні функції.

3.2. Вправа «Я зосереджений». Дитина грає роль людини, яка глибоко занурена в роздуми, ніби поглинута улюбленим мультфільмом або книгою. Інші діти намагаються відволікти її, розмовляючи, жартуючи або корчачи кумедні гримаси – але вони можуть не торкатися «зосередженого» актора. Завдання полягає в тому, щоб зберегти концентрацію, не реагуючи. Після цього дитина розповідає про свій досвід і про те, як вона протистояла відволікаючим факторам. Вправа розвиває саморегуляцію та контроль уваги.

4. Релаксація. Вправа «Кулачки». Діти зручно сідають і міцно стискають кулаки, поклавши їх на коліна. Вони стискають руки, доки не відчують легкої втоми, потім розтискають і розслабляються. Вчитель допомагає їм глибоко дихати: «Вдих-пауза-видих-пауза». Це повторюється тричі, посилюючи стан спокою і розслаблення в руках і свідомості.

Опис інших 8 занять наведено у Додатку Б. Отже, розроблена корекційна програма поєднує в собі рух, вправи на концентрацію уваги та релаксацію, щоб підтримати розвиток саморегуляції, уваги та моторного контролю у дітей. Кожне заняття будується поступово, що посилює основні когнітивні та психологічні навички.

3.2. Оцінка ефективності корекційної програми

Оцінка ефективності корекційної програми є важливим етапом у визначенні її впливу на когнітивний, поведінковий та емоційний розвиток дітей із РДУГ. Для отримання об'єктивних даних про ефективність програми вибірка дослідження була поділена на експериментальну групу (18 осіб) та контрольну групу (16 осіб). Експериментальна група брала участь у корекційному втручанні, тоді як контрольна група приймала участь у стандартних заняттях без цілеспрямованого корекційного впливу.

Оцінка для обох груп проводилася у два моменти часу: до початку реалізації програми та після її завершення. В експериментальній групі оцінка була зосереджена на розвитку довільної уваги, контролю імпульсів, навичок

саморегуляції та сенсомоторної інтеграції. У контрольній групі аналогічне оцінювання проводилося в ті ж терміни, щоб відокремити вплив втручання від природних змін у розвитку.

На рис. 3.1 наведено розподіл результатів за «Анкета для визначення гіперактивності у дітей» Д. Коннерса у експериментальній та контрольній групі до та після корекційної програми.

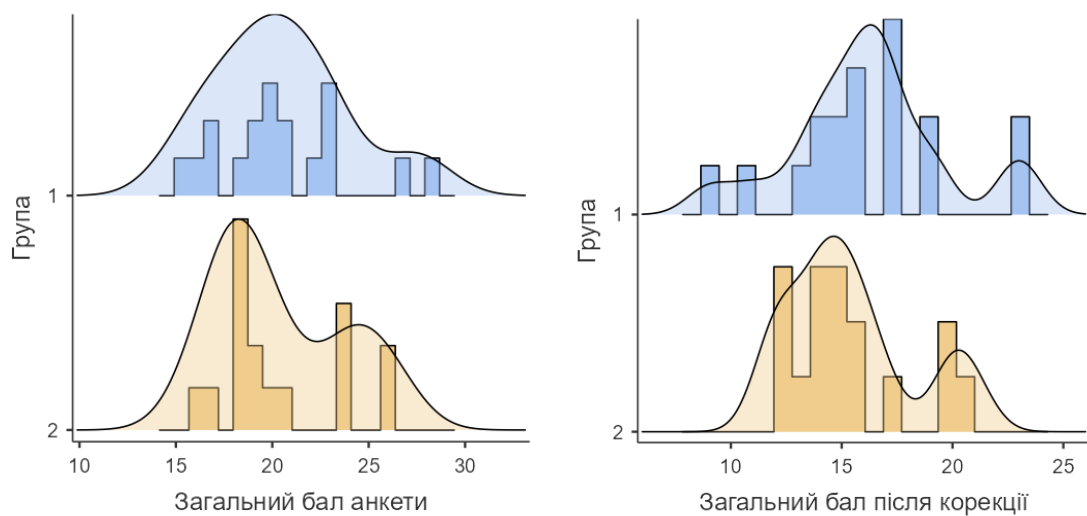


Рис. 3.1. Розподіл результатів «Анкета для визначення гіперактивності у дітей» Д. Коннерса до та після корекційної програми (розподіл на експериментальну та контрольну групи)

Описова статистика дозволила виявити зміни в експериментальній групі (група 1) порівняно з контрольною групою (група 2), що підтверджує ефективність корекційної програми. Середній загальний бал в експериментальній групі знизився з 20,5 до 16,2, що свідчить про більш суттєве зменшення вираженості симптомів, ніж у контрольній групі, де середній бал знизився з 20,4 до 15,4. Тенденція підтверджується медіанними значеннями, які змістилися з 20,0 до 16,0 в експериментальній групі та з 19,0 до 15,0 в контрольній групі. Більше зниження в експериментальній групі свідчить про те, що цілеспрямоване втручання сприяло покращенню саморегуляції, уваги та контролю імпульсів.

Дисперсія в експериментальній групі залишилася відносно стабільною (12,1-12,5), тоді як у контрольній групі вона значно зменшилася (11,1-8,25), що вказує на те, що природні зміни в розвитку могли призвести до більш рівномірного, але менш вираженого покращення стану.

Зменшення асиметрії в експериментальній групі (з 0,596 до 0,187) свідчить про збалансований розподіл балів, що означає, що покращення спостерігалось у більшості учасників, а не було зумовлене кількома відхиленнями. На противагу цьому, асиметрія контрольної групи зросла (0,632 до 0,784), що вказує на дітей, які демонструють менший прогрес.

Отримані результати підкреслюють, що корекційне втручання призвело до більш послідовних і значущих покращень стану дітей в експериментальній групі, що підтверджує ефективність програми в подоланні труднощів, пов'язаних з РДУГ.

Для доведення ефективності розробленої програми було використано результати парного T-test, який було проведено спочатку для всієї вибірки дітей старшого дошкільного віку, а потім окремо проведено у експериментальній групі (за переважаючою неухважністю/імпульсивністю/гіперактивністю) (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Результати парного T-test за експериментальною групою до та після впровадження корекційної програми

Парні зразки T-test							
			Стат.	p	Різниця середніх	Різниця станд. помилок (SE)	Розмір ефекту
Загальний (експериментальна група)	Загальний після (експериментальна група)	Стьюдент-t	9.06	< .001	4.33	0.478	2.14
Шкала неухважності до (екс. група)	Шкала неухважності після (екс. група)		5.72	< .001	2.33	0.408	1.91

Шкала імпульсивності до (екс. група)	Шкала імпульсивності після (екс. група)		3.67	0.035	2.75	0.750	1.83
Шкала гіперактивності до (екс. група)	Шкала гіперактивності після (екс. група)		3.47	0.026	3.40	0.980	1.55

Результати парного t-тесту вказують на покращення загального балу за опитувальником в експериментальній групі, із середнім зниженням на 4,33 бала ($t(17) = 9,06$, $p < .001$), що демонструє великий розмір ефекту ($d = 2,14$). У групі дітей, що мають переважачу неухважність помітне зниження ($M = 2,33$, $t(8) = 5,72$, $p < .001$), з сильним розміром ефекту ($d = 1,91$), що свідчить про те, що втручання ефективно покращило контроль уваги.

Зауважимо також, що за результатами повторного опитування виявлено, що певна кількість дітей старшого дошкільного віку отримали результат анкети нижчий 15 балів, що свідчить про зменшення симптомів РДУГ, або їх зникнення (рис. 3.2).

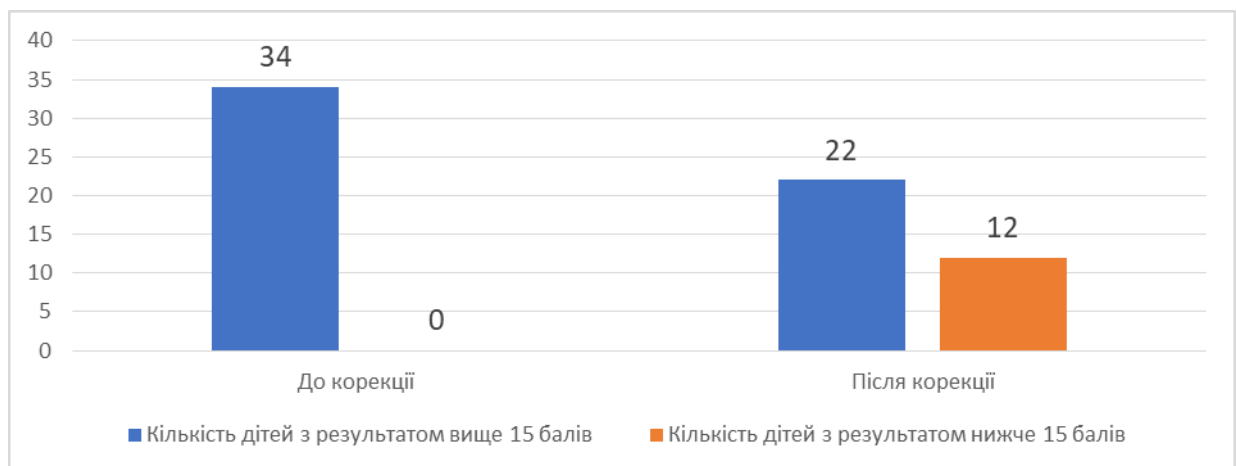


Рис. 3.2. Кількість дітей, які перевищують мінімальний поріг для виявлення РДУГ за методикою «Анкета для визначення гіперактивності у дітей» Д. Коннерса до та після корекційної програми.

До втручання всі 34 дитини в дослідженні набрали більше 15 балів за обраною методикою, що свідчить про наявність стійких симптомів,

пов'язаних з гіперактивністю або труднощами з увагою, які вимагають направлення до спеціалістів (невролог або нейропсихолог). Після проведення корекційної програми кількість дітей, які набрали більше 15 балів, зменшилася до 22, тоді як 12 дітей набрали менше критичного порогу в 15 балів. Зсув у розподілі балів вказує загальну ефективність програми в усуненні симптомів, пов'язаних з неуважністю, імпульсивністю та гіперактивністю.

ВИСНОВКИ

У результаті проведеного дослідження ми дійшли наступних висновків:

1. Концепція РДУГ значно еволюціонувала, а її витoki сягають 19 століття. Дослідження показують, що РДУГ – це насамперед неврологічний розлад і розлад розвитку, часто спадковий, а різні фактори навколишнього середовища потенційно можуть сприяти його виникненню. Розлад порушує повсякденне життя дітей, особливо їх соціальну взаємодію та академічну успішність, що підкреслює необхідність послідовної діагностики та індивідуальних освітніх підходів.

2. Діти з РДУГ у старшому дошкільному віці мають когнітивні та емоційні проблеми, у тому числі низьку емоційну стійкість, імпульсивність і труднощі в соціальній взаємодії. Проблеми часто пов'язані із затримкою розвитку в таких ключових сферах, як увага, саморегуляція та емоційний контроль, що призводить до труднощів у навчанні та поведінкової нестабільності, які можуть суттєво ускладнити їхню готовність до школи та соціальну адаптацію.

3. Лікування РДУГ у дітей старшого дошкільного віку є найбільш ефективним за умови поєднання поведінкової терапії, залучення сім'ї та індивідуальних нефармакологічних втручань, таких як когнітивні та сенсомоторні техніки. Дослідження показують, що скоординовані зусилля вихователів, терапевтів та інших фахівців призводять до покращення соціальних навичок, емоційної регуляції та загального функціонування у дітей з РДУГ.

4. В результаті аналізу даних дослідження виявили, що неуважність є найпоширенішим симптомом, який спостерігається у більшій частини вибірки; дещо рідше виявляється гіперактивність, а найменш поширеною є імпульсивність. Хлопчики демонстрували більш виражені симптоми гіперактивності та імпульсивності, в той час як дівчатка часто демонстрували

більш тонкі ознаки неуважності. Варіабельність вираженості симптомів у дітей обох статей підкреслює необхідність індивідуального втручання, оскільки РДУГ у різних дітей проявляється з різною інтенсивністю.

5. Програма корекції РДУГ для дітей старшого дошкільного віку спрямована на покращення уваги, контролю імпульсів, емоційної регуляції та моторної координації за допомогою структурованих занять. В основу програми покладено комплексний підхід, що поєднує поведінкові техніки та сенсомоторні вправи, спрямовані на когнітивні, емоційні та поведінкові аспекти синдрому дефіциту уваги та гіперактивності. Як результат, програма спрямована на покращення довільної уваги, зменшення імпульсивної поведінки, розвиток емоційної стабільності та зміцнення навичок соціальної взаємодії, що є важливими для успішної адаптації до освітнього середовища.

6. За результатами корекційної програми, впровадженої в роботу з дітьми старшого дошкільного віку з ознаками неуважності, імпульсивності та гіперактивності, було виявлене значне покращення симптоматики РДУГ у дітей, особливо в експериментальній групі. Статистичний аналіз показує помітне зменшення вираженості симптомів із великим розміром ефекту, зокрема в таких групах, як неуважність та імпульсивність. Ефективність програми підтверджується тим фактом, що багато дітей перейшли з балів вище критичного порогу до балів нижче нього, що свідчить про зменшення симптомів, пов'язаних із РДУГ.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Анкета для визначення гіперактивності дитини за шкалою Коннерса. URL: <https://www.facebook.com/Sensitive.child.space/posts/pfbid02FqkJx4eGHKJjaibhZgsjY2JNZTo7fDVVnDMbgQd4pZBpYpWYwbAWLvoDQHVW7vQel/> (дата звернення: 10.01.2025).
2. Байєр О. О., Осітковська О.О. особливості поведінкової терапії для дітей, які мають синдром дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ), у Європі. *Теорія і практика сучасної психології*. 2020. № 1(1). С.129-133.
3. Годлевська В. Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю у дітей молодшого шкільного віку: сутність, діагностика, корекція. *Вісник Львівського університету*. 2021. № 9. С. 73-78.
4. Гончаренко Н. А. Історія виникнення поняття «синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю». URL: <http://apssychology.org.ua/data/jm/v10/i26/18.pdf> (дата звернення: 10.12.2024).
5. Заваденко Н. Н. Фактори ризику для формування дефіциту уваги і гіперактивності у дітей. *Світ психології*. 2022. № 3. С. 196-208.
6. Князєв В. М. Особливості впровадження індивідуальної комплексної корекційної програми при психологічному супроводі дітей зі РДУГ молодшого шкільного віку. *Науковий вісник ХДУ*. 2021. № 2. С. 69-77.
7. Розлад із дефіцитом уваги та гіперактивністю у дітей та молоді. Клінічна настанова, заснована на доказах. Київ: Державний експертний центр МОЗ України, 2019. 66 с.
8. Abdulrahman I. A. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): The Concept, Journal of the Egyptian Public. 2008. № 83 (3-4). P. 165-182.
9. Ali S. A., Faiqa M. B. (1999), Attention Disorder in Children «Causes, Diagnosis and Treatment». Cairo: Egyptian Renaissance Library, 1999. 469 p.

10. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (3rd Ed. text revision). Washington, D. C: Psychiatric Association Press, 1994. 576 p.
11. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (4th Ed. text revision). Washington, D. C: Psychiatric Association Press, 2000. 611 p.
12. Barkley R. A. ADHD and the Nature of Self-control. New York: Guilford Press, 1997. 388 p.
13. Bjornstad G., Montgomery P. Family therapy for attention-deficit disorder or attention-deficit / hyperactivity disorder in children and adolescents. *Cochrane Data Base Of Systematic Reviews*. 2005. doi: 10.1002/14651858.CD005042.pub2.
14. Bundy A. C., Fisher A. G. Sensory Integration: Theory and Practice. Philadelphia: F.A. Davis Company, 2002. 496 p.
15. Clarfield J., Stoner G. The effects of computerized reading instruction on the academic performance of students identified with ADHD. *School Psychology Review*. 2005. № 34. 246–254 p
16. Danielson M.L., Bitsko R.H., Ghandour R.M. et al. Prevalence of parent-reported ADHD diagnosis and associated treatment among U.S. children and adolescents. *J. Clin Child Adolescent Psychology*. 2016. № 47(2). C. 199-212.
17. Darma H. A., Gaya S. F. Attention and Concentration Disorders. Zaria: ABU Press, 2013. 213 p.
18. Erchul W. A follow-up study of relational processes and consultation outcomes for students with ADHD. *School Psychology Review*. 2009. № 38. P. 28–37
19. Fiks A. G, Ross M. E, Mayne S. L, Song L, Liu W, Steffes J. Preschool ADHD diagnosis and stimulant use before and after the 2011 AAP practice guideline. *Pediatrics*. 2016. doi: 10.1542/peds.2016-2025

20. Gardner D. M, Gerdes A. C, Weinberger K. Examination of a parent-assisted, friendship-building program for ado-lescents with ADHD. *J Atten Disord*. 2015. № 11. P. 363–373.
21. Geogan L. D., Radit A. I., Daniels L. M. Accessibility in Questionnaire Research: Integrating Universal Design to Increase the Participation of Individuals With Learning Disabilities. *Learning Disabilities: A Contemporary Journal*. 2019. № 16 (2). P. 177-190.
22. Gleason M. M., Humphreys K. L. Hyperactivity, Impulsivity, and Inattention in Young Children. *Handbook of Infant Mental Health*. New York: The Guilford Press, 2019. P. 301-312.
23. Hallahan D. P., Kaufman J. *Exception Children: Introduction to Special Education*. Hoboken: Prentice Hall, 2006. 530 p.
24. Hiscock H. Impact of a behavioural sleep intervention on symptoms and sleep in children with attention deficit hyperactivity disorder, and parental mental health: Randomised controlled trial. *BMJ*. 2015. № 68. P. 145-156.
25. Hoseini B. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children: A short review and literature. *International Journal of Pediatrics*. 2014. № 2 (12). P. 445–452.
26. Kooij J. Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *European Psychiatry*. 2019. № 56. P. 14–34.
27. Landis T., Garcia A., Hart K. C., Graziano P. A. Differentiating Symptoms of ADHD in Preschoolers: The Role of Emotion Regulation and Executive Function. *Journal of Attention Disorders*. 2020. № 25 (4). DOI:10.1177/1087054719896858
28. O'Neill S., Rajendran K., Mahbubani S, M., Halperin J. M. Preschool Predictors of ADHD Symptoms and Impairment During Childhood and Adolescence. *Curr Psychiatry Rep*. 2017. № 19 (12). DOI: 10.1007/s11920-017-0853-z
29. Orlando V. Desorden decitario de atención e hiperactividad. *Revista de Psicología*. 1989. № 7 (1). P. 63-73

30. Ozoji E. M., Unachukwu G. C., Kolo, I. A. Modern Trends and Practices in Special Education. Abuja: Nigerian Academy of Education, 2016. 315 p.
31. Quinn C. Detection of Malingering in Assessment of Adults ADHD. New York: Sinauer Ass Inc, 2005. 310 p.
32. Schmiedeler S. Mindfulness based intervention in attention-deficit-/hyperactive disorder (ADHD). *Z Kinder Jugendpsychiat Psychother*. 2015. № 15. P. 123–131
33. Spira E. G. The impact of preschool inattention, hyperactivity, and impulsivity on social and academic development: A review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2005. № 46 (7). P. 755-773.
34. Sulkes S. B. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). MSD Manual. URL: <https://www.msdmanuals.com/home/children-s-health-issues/learning-and-developmental-disorders/attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd> (дата звернення: 12.01.2025).
35. The MTA Cooperative Group. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*. 1999. № 56. P. 1073–1086.

ДОДАТКИ

Додаток А

Результати опитування за методикою «Анкета для визначення
гіперактивності у дитини» Д. Коннерса

№	Загальний результат	Шкала неуважності	Шкала імпульсивності	Шкала гіперактивності
1	18	9	4	5
2	22	6	9	7
3	23	8	9	6
4	17	5	3	9
5	16	9	3	4
6	15	8	3	4
7	19	4	5	10
8	23	6	5	12
9	27	7	8	12
10	20	9	5	6
11	21	9	5	7
12	21	9	5	7
13	20	9	4	7
14	19	9	3	7
15	17	4	3	10
16	28	9	9	10
17	20	5	9	6
18	23	9	6	8
19	24	6	6	12
20	18	9	4	5
21	19	9	5	5
22	18	5	4	9
23	18	4	9	5
24	24	6	6	12
25	26	6	8	12
26	21	9	4	8
27	20	7	3	10
28	19	9	4	6
29	18	9	4	5
30	16	3	9	4
31	18	9	4	5
32	17	4	9	4
33	24	5	7	12
34	26	8	6	12

Додаток Б

Заняття в рамках програми корекції синдрому дефіциту уваги і гіперактивності у дітей старшого дошкільного віку

Заняття 3

1. Розминка. Попросити дітей сісти в зручну позу, заплющити очі та зосередитися на своєму тілі. Попросити їх виконати 3-4 повторення глибокого дихання у власному темпі, концентруючись виключно на диханні. Після цього вони напружать усе тіло, ненадовго затримуючи напругу, а потім відпускають її і розслабляються. Необхідно повторити цей процес з кожною частиною тіла.

2. Гра «Черепаха» (розвиток моторного контролю). Вчитель розташовується навпроти дітей у кімнаті. За сигналом діти починають повільно рухатися до протилежної стіни, імітуючи рухи маленьких черепашок. Темп повинен залишатися рівномірним, без поспіху та зупинок. Через 2-3 хвилини вчитель оголошує зупинку, і остання дитина, яка зупинилася, стає переможцем. Вправу можна повторити кілька разів.

3. Вправа «Ледачі вісімки». Діти малюють вісімку різними способами: ручкою, рукою, обома руками, носом або навіть усім тілом у русі. Вісімка схожа на символ нескінченності, її малюють від центру вліво і вгору, і цю дію слід повторити тричі.

4. Вправа «Вушка на маківці». Дітям пропонується уважно слухати психолога. Вчитель буде вимовляти різні слова, і коли почує певний звук, наприклад, [с], дитина повинна негайно плеснути в долоні.

5. Релаксація «Олені». Вчитель просить дітей уявити себе оленями. Вони повинні підняти руки над головою, схрестити їх і розчепірити пальці. Вони повинні напружити руки, тримаючи їх жорстко. Через кілька хвилин вчитель просить дітей розслабити руки і дозволити їм опуститися на коліна. Необхідно провести з ними дихальну вправу: вдих, пауза, видих, пауза.

Заняття 4

1. Розминка «Половинка». Вчитель просить дітей по черзі напружувати різні половини тіла - спочатку ліву і праву, а потім верхню і нижню частини тіла.

2. Гра «Доторкнись до...». Діти ходять по кімнаті, а вчитель називає різні предмети, до яких вони повинні доторкнутися, наприклад, дерев'яний предмет, круглий предмет, жовтий предмет, підручник, стіл, іграшка тощо.

3. Гра «Сороконіжка». Діти вишикуються в лінію, тримаючись за талію дитини, яка йде попереду. За командою вчителя вони починають рухатися вперед всією групою. Вони будуть виконувати різні дії, такі як присідання, стрибки на одній нозі та переповзання через перешкоди, забезпечуючи, щоб ланцюжок дітей залишався цілим.

4. Вправа «Руки-ноги». Діти стрибатимуть на місці, координуючи рухи рук і ніг. Вони будуть чергувати різні рухи: ноги разом, а руки окремо, ноги окремо, а руки разом, ноги разом, а руки окремо, а також ноги окремо, а руки окремо. Цикл слід повторити кілька разів.

5. Вправа «Все навпаки». Вчитель демонструє різні рухи, а дитина повинна повторювати протилежні. Наприклад, якщо вчитель піднімає руки, дитина повинна опустити свої. У цю гру можна також включати словесні протилежності, наприклад, відповідати «холодно», коли вчитель каже «тепло», або «повільно» на «швидко», розширюючи вправу за рахунок антонімів.

6. Релаксація «Засмагаємо». Діти уявляють, що їх руки гріються на сонці. Вони витягнуть руки перед собою, піднімуть їх вгору і потримують у повітрі, відчуваючи

напругу в руках. Затримавшись на мить, вони опускають руки, що дозволить розслабитися і відпочити. Вчитель допомагає їм зробити глибоке дихання: вдих, пауза, видих, пауза.

Заняття 5

1. Розминка «Половинка». Повторення вправи з минулого заняття.
2. Гра «Дракон». Діти стають у шеренгу один за одним, тримаючись за талію дитини, яка стоїть попереду. Перша дитина - «голова дракона», а остання - «хвіст». Мета полягає в тому, щоб «дракон» зловив свій хвіст. Якщо дракон не встигає це зробити за встановлений час, інша дитина стає на місце голови. Під час гри діти повинні залишатися на зв'язку.
3. Гра «Сніжинки». Вчитель просить дітей уявити, що вони - перші сніжинки, які м'яко падають на землю. Вони широко розводять руки і пальці, повільно і граціозно рухаються по кімнаті під музику, тихо наспівуючи. Коли музика зупиняється, діти повільно сідають, розслабляючи тіло. Знову починається «вітер», і сніжинки знову починають рухатися.
4. Вправа «Руки-ноги». Повторення вправи з минулого заняття.
5. Вправа «Чарівне слово». Вчитель запитує дітей, які «чарівні слова» вони знають і чому вони так називаються. Далі відбувається обговорення того, як ці слова, наприклад, «будь ласка» і «дякую», є ввічливими і демонструють повагу. Вчитель намагатиметься звертатися з проханнями без використання цих слів, а дитина, виконуючи роль ввічливого вчителя, не виконуватиме прохання, якщо не буде вжито чарівне слово.
6. Релаксація «Штанга». Повторення вправи з минулого заняття.

Заняття 6

1. Розминка «Медуза». Сидячи, діти імітують руками плавні рухи медузи, яка пливе по воді.
2. Гра «Дощик». Діти сідають у коло на стільці. Вчитель називає різні погодні умови, а діти реагують на них, виконуючи різні дії: стукають одним пальцем, коли йде легкий дощ, збільшують кількість пальців, коли дощ посилюється, плескають, коли дощ сильніший, стукають ногами, коли гримить грім, і поступово сповільнюють дощ більш легкими постукуваннями. Коли дощ закінчується, діти спокійно ходять по кімнаті.
3. Вправа «Руки-ноги». Повторення вправи з минулого заняття.
4. Вправа «Останній штрих». Вчитель дає кожній дитині аркуш паперу та олівець, щоб вона намалювала все, що забажає. Після того, як малюнок завершено, діти обмінюються малюнками з партнером, щоб додати останні штрихи або дрібні деталі. Після цього вони перевіряють, чи не бракує якихось деталей на початковому малюнку.
5. Релаксація «Вітрильник». Діти стають на коліна і імітують тілом форму вітрильника. Вони відводять пальці ніг назад і торкаються ними один одного, злегка розводячи п'яти. На вдиху витягують грудну клітку і плечі, уявляючи, як надувається вітрило. На видиху вигинають спину і опускають голову, уявляючи, як вітрило здувається.

Продовження Додатку Б

Заняття 7

1. Розминка «Промінчики». Вчитель починає з чергування напруження і розслаблення різних частин тіла. Вчитель починає з лівого плеча, руки, боку та ноги, потім з правого плеча, руки, боку та ноги. Це допомагає активізувати м'язи обох половин тіла.

2. Гра «Давайте привітаємось». За сигналом вчителя діти рухаються по кімнаті в хаотичному порядку, вітаючись з іншими на ходу. Привітання має супроводжуватися певними діями: один плескання означає потиск руки, два плескання - потиск плеча, три плескання - потиск спини.

3. Вправа «Буратіно». Діти виконують серію стрибків, координуючи рухи рук і ніг. Для кожного стрибка вони по черзі піднімають руку і ногу: праву руку з лівою ногою, ліву руку з правою ногою і так далі. Цикл повторюється кілька разів.

4. Вправа «Мовчу – шепочу – кричу». Дитина повинна реагувати відповідно до сигналу, поданого Вчителем. Наприклад, коли вчитель подає сигнал, прикладаючи палець до губ, дитина повинна говорити пошепки і повільно рухатися. Якщо вчитель імітує сон, поклавши руки під голову, дитина завмирає в тиші. Коли вчитель піднімає руки, дитині пропонується голосно говорити і енергійно рухатися. Гру найкраще завершувати, коли дитина мовчить або говорить пошепки.

5. Релаксація «Цікава Варвара. а) Вчитель пропонує дитині повернути голову якомога далі вліво, створюючи напругу в м'язах шиї. Затримавшись у такому положенні, дитина повторює рух вправо. Це робиться двічі в кожну сторону з усвідомленим диханням: вдих, пауза, видих, пауза.

б) Вчитель просить дитину відкинути голову назад і подивитися в стелю, помічаючи напругу в шиї. Після короткої паузи дитина повертається в розслаблене положення, дихаючи вільно.

в) Дитина повільно опускає голову вперед, відчуваючи напругу в шиї. Після цього розслабляється і випрямляє шию, дихаючи спокійно.

Заняття 8

1. Розминка. «Підвіски». іти уявляють, що вони - ляльки, які після вистави висять на цвяхах у шафі. Вчитель просить їх розслабити кожну частину тіла, дозволяючи їй бовтатися у підвішеному стані. Вправа виконується у власному темпі, в ідеалі - із заплющеними очима, в той час як Вчитель перевіряє розслаблення і напруження в різних частинах тіла.

2. Гра «Каратист». Діти утворюють коло з гімнастичним обручем у центрі. Одна дитина стає в обруч і виконує роль «каратиста», виконуючи різкі, цілеспрямовані рухи руками і ногами. Інші діти скандують «Сильніше, сильніше, сильніше», заохочуючи дитину вивільнити енергію через енергійні рухи.

3. Гра «Бджілка». Всі діти вдають, що вони бджоли, які дзижчать і літають по кімнаті. Коли Вчитель каже «Ніч», бджоли завмирають на місці, а коли він каже «День», вони відновлюють своє дзижчання. Ця гра допомагає контролювати енергію та зосереджуватися.

4. Вправа «Слон». Діти згинають ноги в колінах, притискають голову до плеча і витягують одну руку вперед, великим пальцем вгору. Використовуючи м'язи грудної клітки, вони роблять лінійні рухи у вигляді вісімки в повітрі, тримаючи погляд сфокусованим на великому пальці.

5. Вправа «Іграшки прокинулись». У цій вправі одна дитина імітує іграшку без слів, а інші діти повинні відгадати, що це за іграшка, написавши свої відповіді. Вправа виконується в повній тиші, що підкреслює важливість невербальної комунікації.

6. Релаксація «Шарик». Вчитель пропонує дітям уявити, що вони надувають повітряну кульку, розширюючи живіт і водночас розслабляючи плечі. Це допомагає відчувати напругу в м'язах живота. Після заспокійливого вдиху напруга знімається, і дитина може зробити плавний, легкий вдих і видих, відчуючи розслаблення.

Заняття 9

1. Розминка «Травинка на вітру». Дітям пропонується уявити себе травинками. Сидячи, вони витягують руки вгору, вдихаючи повітря. Потім вчитель вводить метафору вітру: «Вітер починає дуги, змушуючи травинку нахилитися вперед до землі» (видих, одночасно нахилиючись вперед, щоб торкнутися грудьми колін, витягнути руки вперед долонями на підлогу, ще далі тягнути їх по землі). Коли вітер стихає, трава піднімається, тягнеться до сонця (вдихнути і повернутися у вертикальне положення).

2. Гра «Жартівники». За сигналом, наприклад, звуком бубна або дзвоника, дітей заохочують гратися, бігати або стрибати. За другим сигналом вони повинні негайно припинити будь-який рух. Цю гру повторюють кілька разів, щоб потренувати контроль імпульсів.

3. Гра «Заборонена цифра». Дітям пропонується рахувати по колу, починаючи з одиниці, але одне певне число (наприклад, 4) заборонено. Коли рахунок дійде до забороненого числа, дитина повинна плеснути в долоні. Дитина, яка помилилася, вибуває з гри.

4. Вправа «Перехресне марширування». Спочатку діти йдуть повільно, торкаючись кожною рукою протилежного коліна (перехресні рухи). Після того, як вони відчують себе комфортно, вони виконують цей рух 12 разів у повільному темпі. На наступному етапі діти йдуть і торкаються кожною рукою коліна з того ж боку (односторонні рухи). Після освоєння цього, вони чергують перехресні та односторонні рухи, гарантуючи, що вони починаються і закінчуються перехресними рухами. Згодом цю вправу можна виконувати без керівного ритму.

5. Вправа «Чужими очима». Одній дитині зав'язують очі і призначають її художником, а інша дитина - «очима», скеровуючи руку художника за допомогою словесних інструкцій. Художник повинен малювати, керуючись вказівками партнера, але його не можна торкатися. Мета полягає в тому, щоб «очі» чітко спілкувалися, а художник повинен уважно слухати і виконувати інструкції, контролюючи свої імпульси і зосереджуючись на завданні.

6. Релаксація «Пляж». Дітей просять заплющити очі й уявити, що вони лежать на теплому піску під променями сонця, і їх обдуває легенький вітерець. Вони уявляють заспокійливі звуки океану та чайок. Вчитель заохочує дитину відчувати положення свого тіла, переконавшись, що воно зручне та розслаблене. Через деякий час дитина може відрегулювати своє положення для максимального комфорту. Заняття закінчується глибоким диханням і розплющенням очей.

Заняття 10

1. Розминка. «Дерево». Дитина згортається калачиком, ховаючи голову між колінами і обхоплюючи руками ноги, щоб нагадувати зернятко. Потім повільно піднімається, випрямляючи тіло і витягаючи руки вгору. Вони напружують своє тіло, уявляючи, як дме вітер і змушує їх гойдатися, як дерево.

2. Гра «Що зникло?». Перед кожною дитиною кладуть набір предметів і просять розглянути їх. Після закриття очей один предмет забирається, а дитина повинна визначити, чого не вистачає.

3. Гра «Склади пари картинок». На столі розміщується колекція з 30-36 картинок. Діти по черзі вибирають одну картинку і підбирають її до іншої, пояснюючи, чому вони повинні бути разом. Наприклад, співвіднесення рушника з душем або хліба з яйцями.

4. Вправа «Млин». Діти вправляються у виконанні кругових рухів руками і ногами одночасно. Вони чергують односторонні рухи рукою і ногою, а також протилежні рухи. Рухи виконуються як вперед, так і назад, координуючись з рухами очей у різних напрямках. Дитина може зосередитися на ритмі свого дихання, хоча це необов'язково.

5. Вправа «Камінь мудрості». Вчитель демонструє «камінь мудрості» і каже дітям: «Поки я тримаю камінь, я можу говорити. Якщо хтось інший хоче говорити, він повинен попросити про це і взяти камінь у мене». Коли камінь передається по колу, говорити може тільки той, хто його тримає. Після цього вчитель проводить обговорення почуттів, пов'язаних з перебуванням і тим, що вас слухають.

6. Релаксація «Море». Вчитель проводить дітей через керовану візуалізацію, під час якої вони роблять хвилеподібні рухи руками: «Маленькі та великі хвилі котяться по морю» (спочатку однією рукою, а потім іншою, малюючи маленькі хвилі; стискаючи долоні, створюють більші хвилі). Діти імітують дельфінів, які плавають, пірнають і рухаються синхронно. Вони імітують рухами рук течію води та рух дельфінів, одночасно виконуючи дрібніші рухи для медуз, що плавають поруч. Це сприяє як фізичному розслабленню, так і творчій візуалізації.