

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
МАРІУПОЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ
КАФЕДРА ДОШКІЛЬНОЇ ОСВІТИ**

До захисту допустити:

Завідувач кафедри

 С. І. Макаренко

«19» листопада 2024 р.

**«ОСОБЛИВОСТІ ПЕДАГОГІЧНОГО СУПРОВОДУ БАТЬКІВ,
ЯКІ МАЮТЬ ДИТИНУ З РОЗЛАДАМИ ДЕФІЦИТУ УВАГИ ТА
ГІПЕРАКТИВНОСТІ В УМОВАХ ЗАКЛАДУ ДОШКІЛЬНОЇ ОСВІТИ»**

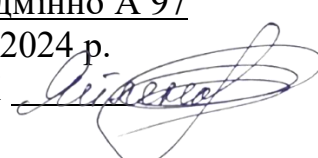
Кваліфікаційна робота здобувача
вищої освіти другого
(магістерського) рівня вищої освіти
освітньо-професійної програми
«Дошкільна освіта. Інклюзія»
Чернеги Наталії Сергіївни

Науковий керівник:

Крутий К. Л., д.пед.н., професор

Рецензент:

Зданевич Л. В., д.пед.н., професор,
завідувач кафедри дошкільної
педагогіки, психології та фахових
методик Хмельницької
гуманітарно-педагогічної академії

Кваліфікаційна робота захищена
з оцінкою відмінно А 97
«20» грудня 2024 р.
Секретар ЕК 

Київ – 2024

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО КЛАСИФІКАЦІЇ ОЗНАК ДЕФІЦИТУ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНОСТІ Й СУПУТНІХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ	
1.1. Розлади дефіциту уваги й гіперактивності та їх місце у класифікації розладів розвитку DSM-5	11
1.2. Аналіз чинників, що зумовлюють розлад дефіциту уваги та гіперактивності в дітей дошкільного віку	13
1.3. Особливості педагогічної та нейропсихологічної роботи з дітьми дошкільного віку, які мають ознаки розладу дефіциту уваги та гіперактивності	20
1.4. Висновки до розділу 1	26
РОЗДІЛ 2. ДІАГНОСТИКА ОБІЗНАНОСТІ БАТЬКІВ ЩОДО РОЗЛАДУ ДЕФІЦИТУ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНОСТІ В ДИТИНИ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ	
2.1. Дослідження обізнаності батьків щодо РДУГ та їхнє ставлення до педагогічного супроводу.....	27
2.2. Аналіз отриманих результатів та їх інтерпретація.....	33
2.3. Добір засобів та методів для індивідуальних занять з дитиною, яка має ознаки розладу дефіциту уваги та гіперактивності.....	35
2.4. Висновки до розділу 2	48
РОЗДІЛ 3. ПЕДАГОГІЧНИЙ СУПРОВІД БАТЬКІВ ДИТИНИ З РДУГ В УМОВАХ ЗАКЛАДУ ДОШКІЛЬНОЇ ОСВІТИ	
3.1. Роль педагога в підтримці дитини з РДУГ	49
3.2. Взаємодія вихователя і батьків у процесі педагогічного супроводу.....	55
3.3. Рекомендації для батьків дитини з розладами дефіциту уваги та гіперактивності.....	60
3.4. Висновки до розділу 3	63

ВИСНОВКИ	64
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	66
ДОДАТКИ	72

ВСТУП

Актуальність дослідження. Розлад із дефіцитом уваги та гіперактивності (РДУГ) — це складний, хронічний і гетерогенний розлад розвитку, що типово починається в дитинстві та зберігається в дорослому віці. Це найпоширеніший розлад нейророзвитку зі значним впливом на особисте, соціальне, академічне та професійне функціонування та розвиток ураженої людини. Рівень порушення зумовлений постійними проявами неуважності, дезорганізації та/або гіперактивності–імпульсивності [30].

Проте, інформація про цей розлад, його симптоми та наслідки у дітей дошкільного віку є дуже обмеженою в широкому колі суспільства нашої країни: серед вихователів, соціальних працівників, педіатрів і, особливо, серед батьків. Більшість бачать тільки поверхню айсберга – погана поведінка дитини, неуважність, нездатність дитини зосередитися, забудькуватість. Але, що це неврологічний розлад і він потребує втручання та особливого підходу до дитини – мало хто з фахівців, вихователів та батьків про це знає.

Державний експертний центр міністерства охорони здоров'я України у клінічній настанові щодо розладу із дефіцитом уваги та гіперактивністю дає чітке розуміння негативного впливу на розвиток особистості в дитячому, підлітковому і в дорослому віці[3].

РДУГ упродовж усієї історії його дослідження називали по-різному.

У 1930–х роках його визначали як захворювання та було названо «мінімальною мозковою дисфункцією», і з того часу воно змінилося від РДУ до РДУГ відповідно. Поширеність його з часом зросла, і, вочевидь, його сплеск припав на 1950–ті роки, коли школа стала більш стандартизованою для дітей [42].

У дослідженнях R. Barkley та його колег виявлено, що симптоми РДУГ мають значний вплив на розвиток дитини, охоплюючи соціальне, емоційне та когнітивне функціонування, і вони несуть відповідальність за значну захворюваність та дисфункцію дитини або молодшої людини, їх групи

однолітків та їх сім'ї [23]. Вторинні симптоми РДУГ можуть бути надзвичайно шкідливими. Такі діти часто піддаються тривалим негативним відгукам про їх поведінку і страждають від несприятливого освітнього і соціального становища. Ці порушення в багатьох випадках є стійкими. Підраховано, що до двох третин дітей, які постраждали від гіперактивних розладів, продовжують мати проблеми у дорослому віці. Тому, медичні фахівці, фахівці інклюзивно-ресурсних центрів, вихователі закладів дошкільної освіти, соціальні працівники, педагоги початкової школи і батьки – мають бути зацікавлені у виявленні та лікуванні РДУГ та їх вторинних симптомів [14], саме для цього потрібна обізнаність з цієї проблеми.

За визначенням DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition–5), розлад із дефіцитом уваги та гіперактивністю – це неврологічний розлад, що характеризується недостатньою увагою, імпульсивністю та гіперактивністю, які суттєво ускладнюють функціонування особистості [1].

Щоб діагностувати РДУГ, потрібно зібрати відповідну історію розвитку дитини під час вагітності матері, після народження, особливості поведінки в молодшому, старшому дошкільному віці.

РДУГ діагностується у дітей на основі їхньої історії, де діти мають труднощі принаймні у 6 із 9 симптомів, зазначених у DSM–5 [1].

Симптоми дефіциту уваги: відсутність уваги до завдань; пропуск дрібних деталей; поспішне виконання завдань; видиме неслухання, коли з дитиною говорять; важко організовувати навчання, речі; схильність не закінчувати роботу; дитина не любить або уникає завдань, які вимагають тривалих розумових зусиль; загублення речей; забудькуватість.

Симптоми гіперактивності охоплюють: дитина часто залишає своє місце; залазить на різні речі; голосно говорить; викрикує відповіді; надмірно багато говорить або говорить поза чергою; не може дочекатися своєї черги; перебиває або втручається у розмову, коли говорять інші [1].

Симптоми імпульсивності: відображає бажання отримати винагороду або нездатність відкласти задоволення; соціальна нав'язливість (надмірне переривання інших), прийняття рішень без урахування довгострокових наслідків (прийняття роботи без належної інформації) [1].

На жаль, цей розлад має велику гетерогенність і може виявитися досить пізно – вже у шкільному віці. Хоча батьки, як правило, звертають увагу на порушення поведінки своєї дитини в дошкільному віці, але завдяки необізнаності з цього розладу, не надають належної уваги.

Daley D., Jones K., Hutchings J., Thompson M. наголошують на важливості виявлення дошкільнят із РДУГ та розробки ефективних психосоціальних і когнітивних методів лікування є важливою складовою для лікування цього розладу, оскільки симптоми та порушення РДУГ у дітей дошкільного віку подібні до дітей старшого віку [29].

Так, О. Тохтамиш стверджує, що несвоєчасність лікування і недостатній психолого–педагогічний вплив на таких дітей призводить до того, що вони виростають у підлітків, які мають низьку здатність до успішної соціальної адаптації, девіантну поведінку та особистісні розлади (психопатії) в дорослому віці [14]. На думку більшості дослідників, гіперактивність добре піддається корекції та має оптимістичні прогнози, але за умови, що терапію і реабілітацію необхідно провести своєчасно в віці від 5 до 10 років.

Ученими Chevalier N., Parent V., Rouillard M., Simard F., Guay M–C., Verre C., було проведено моторно–когнітивної реабілітаційної програми (MCRP) на функції уваги дітей дошкільного віку з симптомами РДУГ [27]. Мета цього дослідження полягала в тому, щоб виміряти вплив програми реабілітації моторно–когнітивних функцій (MCRP), яка використовує сенсомоторні та зорово–моторні образи, на функції уваги у дітей дошкільного віку з симптомами РДУГ.

Ураховуючи пластичність мозку в ранньому дитинстві та взаємозв'язок нейронної мережі між когнітивними процесами та руховою поведінкою, основним постулатом цього дослідження було те, що тренування специфічних

функцій уваги за допомогою сенсомоторної діяльності матиме позитивний вплив на функції уваги дітей дошкільного віку зі РДУГ. Ці результати стали першим кроком на підтримку постулату про те, що тренування специфічних функцій уваги за допомогою сенсомоторної діяльності та зорово–моторних образів впливає на когнітивну мережу уваги. Це дослідження свідчить про потенційну цінність MCRP для дітей дошкільного віку з симптомами РДУГ [5].

Отже, знання про розлад із дефіцитом уваги та гіперактивністю дають новий погляд і новий підхід до дитини з «поганою поведінкою».

Правильне діагностування та психолого–педагогічні, корекційні заняття допоможуть вихователям та батькам будувати правильне ставлення до дитини та її виховання. Оскільки, РДУГ впливає на соціальне, особистісне становлення, емоційний та когнітивний розвиток дитини, необхідно донести інформацію про РДУГ лікарям–педіатрам, соціальним працівникам фахівцям ІРЦ, вихователям, педагогам початкової школи, батькам. Обізнаність з цього питання допоможе своєчасно виявляти РДУГ у дітей дошкільного і молодшого шкільного віку та долати його наслідки. Терапевт, або працівники ІРЦ, які володіють навичками управління поведінкою, можуть допомогти батькам зрозуміти, як РДУГ впливає на їхню дитину.

Нормативно–правовою базою в роботі є: Конституція України [11], Закон «Про освіту» [7], Закон «Про дошкільну освіту»(2024 р.) [8].

Об’єкт дослідження: розлад із дефіцитом уваги та гіперактивністю у дітей дошкільного віку.

Предмет дослідження: особливості педагогічного супроводу батьків, які виховують дітей з розладом із дефіцитом уваги та гіперактивності.

Мета дослідження: дослідити рівень обізнаності батьків, які мають дітей з розладом із дефіцитом уваги та гіперактивності, їхню потребу педагогічному супроводі в умовах закладу дошкільної освіти.

Завдання:

1. Дослідити теоретико–методичні підходи до класифікації ознак РДУГ й супутніх розладів у дітей дошкільного віку.
2. Визначити рівень обізнаності батьків з РДУГ.
3. Визначити роль педагога у підтримці дитини з РДУГ і батьків, які виховують таких дітей.
4. Проаналізувати отримані дані дослідження та надати рекомендації згідно з проведеними дослідженнями.

Методи дослідження використовувалися такі: аналіз, систематизація і узагальнення науково – педагогічних джерел, спостереження, діагностичний метод (анкети, бесіди, опитування), кількісний і якісний аналіз одержаних результатів.

Експериментальна база дослідження. Експериментальна робота виконувалася на базі закладу дошкільної освіти (ясла–садок) №4 «Сонечко»П'ятихатської міської ради Дніпропетровської області та в ліцеї «Тріумф»П'ятихатської міської ради, Дніпропетровської області.

Дослідження проводилося з 2023 р. по 2024 р. і складалося з таких етапів.

На першому етапі – інформаційно–пошуковому – вивчалася теоретична і методична література по проблемі дослідження в загальній і спеціальній педагогіці, психології, а також державні документи; розроблявся методологічний апарат. Здійснювалися пошук і вибір емпіричної бази дослідження та констатувальний етап експерименту.

На другому етапі – формувальному – здійснювався добір діагностичних методик для проведення діагностичного експерименту, спрямованого на визначення рівня обізнаності батьків, вихователів ЗДО та вчителів початкової школи з розладом із дефіцитом уваги та гіперактивності у дітей дошкільного віку та їх ставлення до педагогічного супроводу у закладах дошкільної освіти.

На третьому етапі – аналітичному – проводилися обробка й аналіз даних контрольного етапу діагностичного експерименту і їх інтерпретація,

теоретичне узагальнення результатів експериментальної роботи, формулювання висновків і оформлення тексту роботи.

Наукова новизна і теоретична значущість дослідження полягає в тому що, здійснено комплексний аналіз рівня обізнаності батьків, вихователів та педагогів початкової школи щодо розладу із дефіцитом уваги та гіперактивністю та їхнє ставлення до педагогічного супроводу в закладах дошкільної освіти. Виявлено ключові проблеми та прогалини в знаннях і ставлення до РДУГ серед різних груп респондентів. Розроблено рекомендації щодо підвищення проінформованості й формування стратегії педагогічного супроводу дітей і батьків, які мають дітей із РДУГ. Проведено порівняння обізнаності різних груп дорослих (батьки, вихователі, педагоги) і визначено їх вплив на вчасне виявлення та педагогічну підтримку дітей із РДУГ.

Теоретична значущість полягає у розширенні наукового уявлення про рівень обізнаності дорослих щодо РДУГ як чиннику, що впливає на ефективність освітнього процесу. Результати дослідження можуть стати основою для створення програм навчання й підвищення кваліфікації вихователів і педагогів щодо роботи з дітьми, які мають ознаки РДУГ. Отримані результати можуть бути використані для формування підходів до інклюзивної освіти в закладах дошкільної та шкільної освіти.

Практичне значення отриманих результатів полягає в розробленні діагностичного інструментарію, критеріїв, показників, за допомогою яких буде легше впізнати РДУГ у дитини, також можуть бути створені спеціалізовані тренінги та навчальні програми для батьків, вихователів і педагогів, спрямовані на виявлення ознак РДУГ і методи педагогічного супроводу таких дітей та їх батьків. Запропоновані рекомендації можуть використовуватися адміністраціями дошкільних та шкільних закладів для підвищення ефективності співпраці між педагогами та батьками. Отримані дані можуть бути використані для інформаційних кампаній з метою поширення знань про РДУГ, що сприятиме вчасному зверненню батьків до фахівців. Практичні рекомендації дозволять педагогам і батькам поліпшити

комунікацію з дітьми, зменшити рівень конфліктності та сприяти гармонійному розвитку дітей із РДУГ.

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел, додатків. Зміст дослідження викладено на 74 сторінках, з них 64 основного тексту. В тексті містяться 4 рисунки, 4 таблиці. Список використаних джерел 51 найменування. У роботі представлено 3 додатки, які розміщено на 6 сторінках.

Результати дослідження було оприлюднено на Всеукраїнських конференціях та висвітлено в таких публікаціях:

1. Чернега Н. Педагогічний супровід батьків, які мають дитину з розладом із дефіцитом уваги та гіперактивності в умовах закладу дошкільної освіти.

Магістерські студії психолого–педагогічного факультету Маріупольського державного університету: збірник наукових праць здобувачів ОС Магістр ОП «Дошкільна освіта», «Початкова освіта», «Фізична культура та спорт», «Практична психологія», «Менеджмент. Управління закладом загальної середньої освіти» / за заг. ред. Л.В. Задорожної–Княгницької. Випуск 2. Київ: МДУ, 2024. С.90–97.

2. Чернега Н. Аналіз чинників, що зумовлюють розлад із дефіцитом уваги та гіперактивності у дітей дошкільного віку. *Модернізація та сучасні українські і світові наукові дослідження: матеріали VII Міжнародної студентської наукової конференції, м. Чернігів, 6 грудня, 2024 рік / ГО «Молодіжна наукова ліга».С.319–322.*

3. Чернега Н. Особливості розладу із дефіцитом уваги та гіперактивності в дітей дошкільного віку. *Інновації в дошкільній освіті: теорія, перспектива, шляхи запровадження у практику: збірник матеріалів Всеукраїнської науково–практичної конференції, 28 березня 2024 року/ за заг. редакцією Ю. О. Демидова. Маріуполь: МДУ, 2024. С. 85–88.*

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО–МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО КЛАСИФІКАЦІЇ ОЗНАК ДЕФІЦИТУ УВАГИ ТА

ГІПЕРАКТИВНОСТІ Й СУПУТНИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

1.1. Розлади дефіциту уваги та гіперактивності та їх місце у класифікації розладів розвитку DSM–5

Вчені M.Demma, I.Cabral, S.Liu, N.Soaes, у своєму дослідженні зазначають, що синдром дефіциту уваги/гіперактивності є найпоширенішим розладом нейророзвитку в дитинстві, який зберігається в дорослому віці. РДУГ має багаточинникну етіологію [30]. Якщо діагностика пропущена або запізнена, це призведе до значного негативного впливу на загальне функціонування та розвиток людини. Завдяки переглянутим діагностичним критеріям, опублікованим у 2013 році Американською психіатричною асоціацією, встановлені стандарти клінічної практики застосовуються для діагностики та лікування РДУГ і в наш час [21].

В науковій статті «Attention–Deficit/HyperactivityDisorder: A HistoricalNeuropsychologicalPerspective», вчені E. Mark, Mahonen та Martha B. Denckla зробили детальний огляд розвитку та становлення діагнозу РДУГ [42]. Наведемо основні моменти формування критеріїв визначення та діагностування РДУГ у DSM включно до п'ятого видання.

Отже, автори зазначають, що «моделі поведінки, такі як гіперактивність, імпульсивність і неуважність, які зрештою будуть визнані синдромом із дефіцитом уваги та гіперактивністю (РДУГ), описувалися упродовж століть.

Тим не менш, за останні 35 років прогрес у діагностичних методах, ідентифікації біомаркерів і лікуванні просувався експоненціально. РДУГ зараз визнано найпоширенішим розладом поведінки в дитинстві, ризики якого поширюються і на доросле життя як для чоловіків, так і для жінок, що призводить до визначення його як важливої проблеми громадського здоров'я [42].

До 1980 року дослідження психологів, які використовували безперервні тести ефективності, особливо Вірджинія Дуглас стали настільки впливовими, що фахівці психічного здоров'я в цілому почали визнавати зв'язок між увагою та станом, раніше відомим як гіперактивність/ гіперкінетичний синдром (або ширша версія – мінімальна мозкова дисфункція) [41].

Результатом є те, що увага залишилася центральним характеризуючим дескриптором (показником) розладу. Згодом, діагностика гіперактивної реакції в дитячому віці у Другому виданні з діагностики та статистики психічних розладів (DSM–II) була перейменована на синдром дефіциту уваги (ADD) з публікацією DSM–III (APA, 1980).

Також в цьому виданні були представлені підтипи розладу і охоплювали синдром дефіциту уваги з гіперактивністю або без неї.

Подальший перегляд (DSM–III–R; APA, 1987) знову перейменував стан на його нинішню назву (синдром дефіциту уваги/гіперактивності), але відмовився від підтипів на користь окремого діагнозу, недиференційованого РДУГ , який використовувався для осіб, які мають розлад без вираженої гіперактивності. Підтипи були знову введені в DSM–IV (APA, 1994) і охоплювали неуважний, гіперактивний/імпульсивний та комбінований підтипи.

Далі автори пишуть, що критерій DSM–IV щодо віку появи (вимагає наявності симптомів, що викликають порушення у віці до 7 років) також був поставлений під сумнів після спостереження за пізнішою появою симптомів у дівчат [51] і визнання потенційно окремий прояв у дорослих [25].

У DSM–5 діагностичні критерії змінилися кількома важливими способами з публікацією. Попередні видання DSM класифікували ADD і ADHD серед розладів, які зазвичай діагностуються в дитинстві або підлітковому віці. Однак після публікації DSM–5, РДУГ було охарактеризовано як розлад розвитку нервової системи, більш відповідним чином визнаючи його початок і хронічний перебіг розвитку.

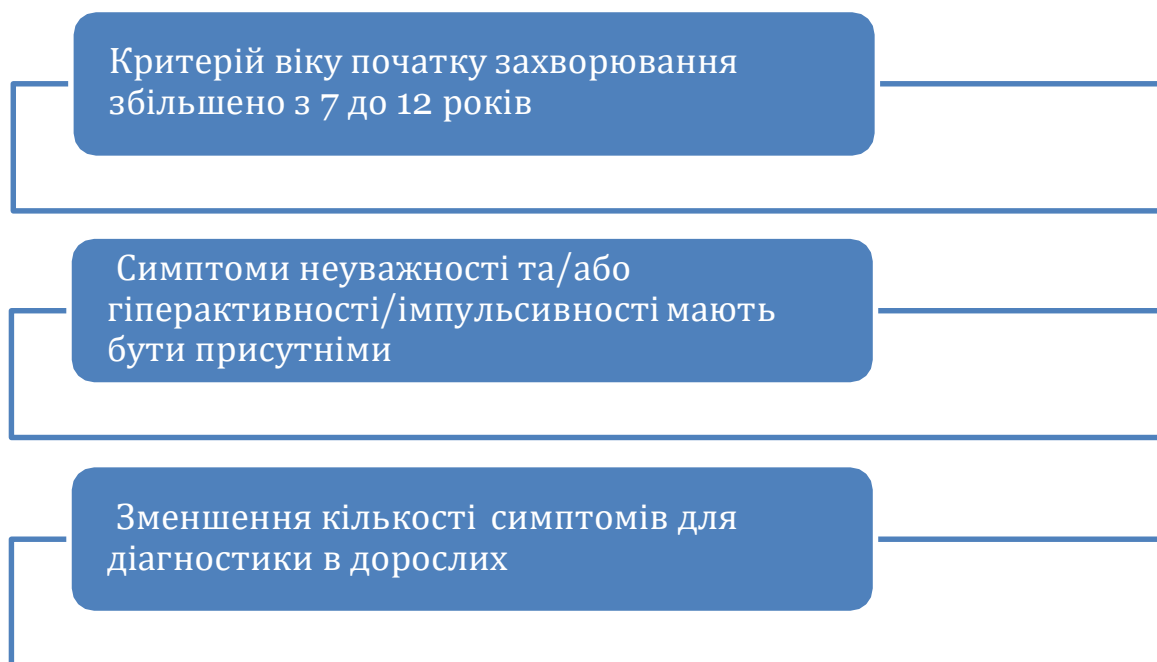


Рис. 1.1. Зміни, внесені в діагностичні критерії

Отже, зберігаючи більшість діагностичних критеріїв РДУГ, які раніше були включені в DSM–IV–TR, було внесено три важливі зміни: 1– критерій віку початку захворювання було збільшено з 7 до 12 років; 2– симптоми неуважності та/або гіперактивності/імпульсивності мали бути просто присутніми (на відміну від спричинення «порушення»); 3– зменшилась кількість симптомів для діагностики у дорослих (від 17 років і старше), вимагаючи п'яти (а не шести) симптомів неуважності та/або гіперактивності/імпульсивності.

1.2. Аналіз чинників, що зумовлюють розлад дефіциту уваги та гіперактивності в дітей дошкільного віку

Розлад із дефіцитом уваги та гіперактивності (РДУГ) — це стійкий розлад нервової системи, який вражає 5% дітей і підлітків і 2,5% дорослих у всьому світі. Упродовж життя людини РДУГ може збільшити ризик інших психічних розладів, невдачі в навчанні та професійній діяльності, нещасних випадків, злочинності, соціальної неповносправності та залежностей [13].

Жоден чинник ризику не є необхідним або достатнім для виникнення РДУГ. У більшості випадків РДУГ виникає завдяки генетичним та чинникам ризику довкілля, кожен з яких має незначний індивідуальний вплив і діє разом, що підвищує сприйнятливість. Багатофакторний причинно–наслідковий зв’язок РДУГ узгоджується з гетерогенністю розладу, про що свідчить його обширна психіатрична супутня патологія, численні сфери нейрокогнітивних порушень і широкий спектр структурних і функціональних аномалій мозку, пов’язаних із ним [32].

Діагноз РДУГ є надійним і дійсним, якщо його оцінюють за стандартними критеріями психічних розладів[4]. Довготривалі дослідження показують, що дві третини молодих людей із РДУГ мають негативні симптоми РДУГ у зрілому віці. Люди з РДУГ знаходяться в групі ризику щодо широкого спектру функціональних порушень: неуспішність у школі, неприйняття однолітками, травми внаслідок нещасних випадків, злочинна поведінка, невдачі на роботі, розлучення, самогубства та передчасна смерть [33,34].

Розглянемо чинники, які впливають на появу РДУГ у дітей.

Аналізуючи дослідження вчених S. Faraone., J.Holmes, K.Poulton, R. Barkley, A. Thapar. та інших, можна узагальнити чинники ризику, що можуть впливати на появу РДУГ у дітей дошкільного віку.

До них відносяться:

- генетичні (спадкові);
- пренатальні та перинатальні;
- психосоціальні;
- екологічні (токсини довкілля) [49].

Унаочнимо зазначені чинники за допомогою рис. 1.2.

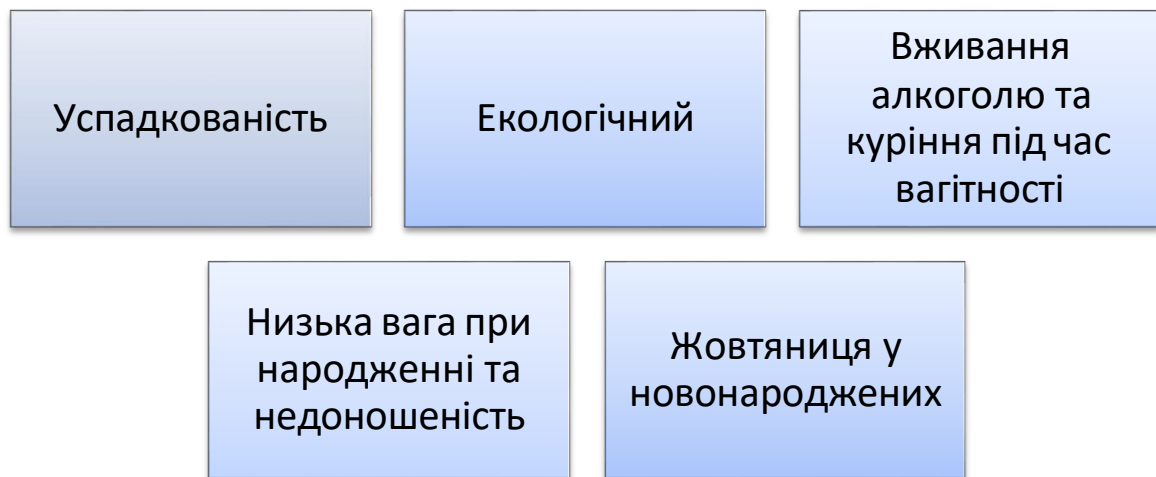


Рис. 1.2. Чинники ризику, що можуть впливати на появу РДУГ у дітей дошкільного віку

Розглянемо кожен із зазначених чинників окремо.

Генетичний чинник ризику. Так, в роботі про чинники РДУГ, вчені Thapar A., Cooper M., Eyre O., спираючись на дослідження Faraone S, Holmes, Roulton, зазначають, що існують переконливі докази успадкованого внеску у появу РДУГ. Сімейні дослідження постійно виявляли вищі показники РДУГ у батьків і братів і сестер уражених пробандів порівняно з родичами неуражених контрольних груп.

Дослідження близнюків показали, що монозиготні пари близнюків мають набагато вищі показники конкордантності щодо РДУГ, ніж пари дизиготних близнюків [34], а дослідження усиновлення також виявили підвищені показники РДУГ у біологічних батьків усиновлених дітей із РДУГ порівняно як з прийомними батьками пробандів, так і з батьками контрольної групи без РДУГ [48].

Середня оцінка спадковості становить близько 79% [8]. Однак спадковість не є 100% що свідчить про те, що неспадкові чинники також впливають на виникнення РДУГ.

Екологічні чинники ризику. Вчені Rutter M, Thapar A, Pickles A. зазначають, що складність полягає в тому, що генетичні чинники можуть мати не прямий вплив на появу РДУГ, але і завдяки взаємодію з чинниками довкілля. Гени можуть змінювати чутливість до екологічних ризиків (взаємодія ген–середовище), наприклад, екологічних токсинів або психосоціальних негараздів [47].

Успадковані чинники також можуть впливати на ймовірність впливу певних екологічних ризиків. Це означає, що вплив довкілля та генетичний ризик не можна розглядати як абсолютно різні.

Специфічний вплив довкілля, який, здається, має відношення до фенотипу РДУГ, включає органічні забруднювачі–пестициди, поліхлорованібіфеніли (ПХБ) і свинець. Вони можуть пошкодити когнітивні та нервові системи, як відомо, причетні до РДУГ [44].

ПХБ — це велика група токсичних органічних сполук, які раніше масово вироблялися. Дослідження як на людях, так і на тваринах, вивчали вплив ПХБ на нервово–поведінкові наслідки, подібні до тих, які страждають при РДУГ, і вони виявили ознаки порушення робочої пам'яті, гальмування реакції та когнітивної гнучкості.

Дослідження впливу свинцю як на людей, так і на тварин показали подібні порушення виконавчих функцій і уваги, причому найбільш достовірно вплинули на когнітивну гнучкість, і пильність.

У кількох дослідженнях також з'являються докази того, що свинець може бути причетним до РДУГ навіть у низьких рівнях, але причинно–наслідковий зв'язок не можна припустити на основі наявних даних.

Так само необхідна подальша робота, щоб зробити точні висновки про те, наскільки пестициди та ПХБ можуть бути чинниками появи РДУГ [44].

Вплив куріння матері, вживання алкоголю, і стресу під час вагітності на плід. В. D'Onofrio, C.VanHulle, I.Waldman, зазначають, що клінічні та епідеміологічні дослідження показують послідовний зв'язок і взаємозв'язок

«доза–реакція» між внутрішньоутробним розвитком плода та курінням матері та появи РДУГ у нащадків.

Як відомо, куріння впливає на фізіологічні процеси, які можуть створювати ризики, пов'язані з походженням РДУГ. Нещодавні дослідження показують, що зв'язок із РДУГ (але не з меншою вагою при народженні) може повністю або значною мірою представляти сімейні та спадкові порушення (кореляція між геном і середовищем). Алкоголь є відомим тератогеном, вплив алкоголю матері у пренатальний період, може спричинити фетальний алкогольний синдром, поведінкові аспекти якого включають симптоми неувважності та гіперактивності. Однак зв'язок між менш екстремальним вживанням алкоголю під час вагітності та симптомами РДУГ у нащадків суперечливий [31].

У роботі F.Rice, G.Harold, J. Boivin та інших, повідомляється, що материнський стрес під час вагітності також пов'язаний із появою симптомів РДУГ у нащадків, хоча останні дослідження показують, що для РДУГ (але не антисоціальної поведінки чи тривоги) це також може відображати успадковані зв'язки між матір'ю та дитиною (кореляція між геном і середовищем), а не будучи причинним [46].

Низька вага при народженні та недоношеність. Більшість досліджень, у тому числі мета–аналіз недоношених дітей та дітей з низькою вагою при народженні, знаходять докази зв'язку з РДУГ та проблемами уваги. Виявляється, що ризик є найсильнішим для крайньої недоношеності та дуже низької ваги при народженні щодо симптомів РДУГ та переважно неувважного типу РДУГ.

Однак невідомо, чи є низька вага при народженні та недоношеність та інші пов'язані пре–/перинатальні ризики маркерами ризику РДУГ чи вони є причиною. Результати, принаймні, свідчать про необхідність підвищеної обізнаності батьків та педіатрів про можливий РДУГ у дуже недоношених дітей з низькою вагою при народженні [35].

Токсини та дієта. Дієтичні компоненти, які вивчалися щодо симптомів РДУГ, включають цукор, штучні харчові барвники, цинк, залізо, магній і омега-3 жирні кислоти. Поки що немає переконливих доказів того, що дієта відіграє важливу причинну роль у РДУГ. Однак окреме питання стосується використання зміни дієти для зміни симптомів. Загалом, цінність досліджень, присвячених дієті та РДУГ, обмежена невеликими дослідженнями, суб'єктивними показниками результатів і різноманітними протоколами втручання, і на цій основі було недостатньо доказів того, що дієта може полегшити симптоми РДУГ у дітей [22].

Проте, нещодавнє рандомізоване контрольоване дослідження дієти з обмеженим виключенням, засноване на продуктах з високим або низьким вмістом глютену (IgG), свідчить про сприятливий вплив дієти з обмеженим виключенням глютену на симптоми РДУГ і опозиційного–викличного розладу [45].

Ще один чинник, про який не можемо не сказати – це *пролонгована жовтяниця у неонатальному періоді*.

У цей період часто зустрічається жовтяниця у новонароджених, яка може бути як фізіологічним явищем, так і ознакою патологічного захворювання. Вона може спричиняти ураження мозку. І розлад аутистичного спектру, і розлад із дефіцитом уваги та гіперактивності є розладами розвитку, які можуть виникати внаслідок ранньої травми головного мозку в неонатальному періоді.

Вчені R.Sayabyaband та R.Ramanathan у своїй оглядовій статті наголошують, що високий рівень некон'югованого білірубіну, тобто незв'язаного з альбуміном, є нейротоксичним, коли його рівень перевищує вікові порогові значення або при більш низьких рівнях у новонароджених з нейротоксичними чинниками ризику.

Низький рівень призводить до апоптозу, тоді як помірні та високі рівні призводять до некрозу нейронів. Базальні ганглії та різні стовбурові ганглії та різні ядра стовбура мозку є більш чутливими до токсичності білірубіну [26].

У національному дослідженні вчених Hung–ChiehChou, Hung–ChihLin, Kuang–HuaHuang, Hsiao–YuChiu та інших, на предмет зв'язку між неонатальною жовтяницею та розладом аутистичного спектру або розладом із дефіцитом уваги та гіперактивності, була поставлена мета з'ясувати: чи пов'язані неонатальні порушення мозку, такі як вплив білірубіну, на ранній стадії життя до розвитку РАС або РДУГ.

Загалом було зареєстровано 118222 немовлят, у яких було діагностовано неонатальну жовтяницю. Немовлят було поділені на три групи; 1– лише діагностована жовтяниця (7260), 2 – де, проводилась проста фототерапія (82 990), 3 – з інтенсивною фототерапією або ВЕТ(переливання крові) (27 972 немовлят). Контрольну групу склали 1178193 немовлят. Згідно з цими дослідженнями, частота РАС у кожній групі становила 0,57%, 0,81%, 0,77% і 0,83% відповідно.

Частота РДУГ у кожній групі становила 2,83%, 4,04%, 3,52% і 3,48% відповідно. Групи жовтяниці були значною мірою пов'язані з РАС, РДУГ або будь–яким із них, навіть після коригування всіх інших сторонніх змінних матері та новонародженого.

Загалом було зроблено висновок, що неонатальна жовтяниця підвищує ризик розвитку РАС та РДУГ. Це пов'язано з нейротоксичністю білірубіну, який впливає на центральну нервову систему, особливо вразливу у новонароджених [36].

Отже, немає єдиної причини РДУГ.

Проаналізувавши можливі чинники виникнення РДУГ у дитини, можна сказати, що успадкованість стоїть на першому місці. Хоча неуспадковані чинники, такі як екологічні, надзвичайно низька вага при народженні та недоношеність, вживання алкоголю та куріння під час вагітності, жовтяниця у новонароджених можуть впливати на зміну генів, на розвиток різних нейророзвиткових і психіатричних фенотипів.

1.3 Особливості педагогічної та нейропсихологічної роботи з дітьми, які мають ознаки РДУГ

Розлад дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ) є одним із найпоширеніших неврологічних розладів у дітей дошкільного віку, який значно впливає на їхнє навчання, соціалізацію та адаптацію в колективі. *Порушення уваги, імпульсивність та гіперактивність* — це основні симптоми, що спостерігаються у дітей з РДУГ, і вони можуть суттєво ускладнювати повсякденну діяльність дитини в освітньому процесі, налагодження стосунків серед однолітків, з вихователями, та навіть, з батьками. Раннє виявлення та корекція цих порушень є важливим завданням для педагогів і психологів, оскільки вони можуть сприяти розвитку дитини та поліпшенню її соціальної адаптації.

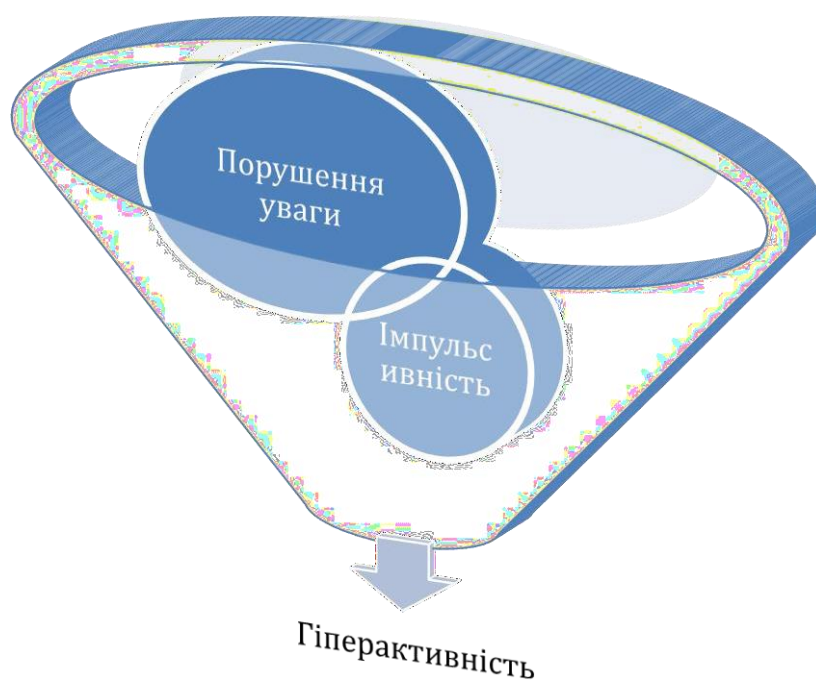


Рис. 1.3. Основні симптоми РДУГ

Педагогічна та нейропсихологічна робота з дітьми, що мають ознаки РДУГ, передбачає комплексний підхід, що включає різноманітні методики та

стратегії, які спрямовані на розвиток уваги, самоорганізації та поведінкової регуляції.

Важливою складовою є індивідуальний підхід до кожної дитини, оскільки симптоми РДУГ можуть проявлятися в різних формах і з різним ступенем вираженості.

Нейропсихологічні методи, які фокусуються на розвитку мозкових функцій, таких як пам'ять, увага та координація, відіграють ключову роль у корекції поведінкових порушень. Педагогічна діяльність повинна бути орієнтована на створення таких умов, у яких дитина з РДУГ почуватиметься впевнено, а її навчальні можливості будуть максимізовані. Важливим аспектом є робота з батьками та близьким оточенням дитини, оскільки саме вони відіграють вирішальну роль у підтримці дитини вдома і забезпеченні належної поведінкової підтримки. Корекція РДУГ потребує поєднання психолого–педагогічних, нейропсихологічних і соціальних підходів, що дозволяють комплексно працювати з усіма аспектами розвитку дитини. Своєчасне виявлення і належна корекція симптомів можуть значно покращити якість життя дитини та сприяти її успішній інтеграції в соціум [9].

Педагогічний та нейропсихологічний супровід дітей дошкільного віку, що мають РДУГ, являє собою комплексний тривалий процес, що потребує системного підходу.

Так, Т. Іванова зазначає, що психолог є головним організатором і координатором психолого–педагогічного супроводу дошкільників з РДУГ.

Т. Іванова надає такий *алгоритм організації психологічного супроводу дітей, що мають РДУГ*:

1. Первинне консультування батьків
2. Діагностичне обстеження дитини з ознаками РДУГ
3. Визначення індивідуального плану роботи
4. Консультування батьків, педагогів щодо взаємодії з дитиною з РДУГ
5. Корекційно–розвивальна робота з дитиною з РДУГ

6. Моніторинг динаміки досягнень, реалізації індивідуального плану роботи [200].

Авторка пише, що на етапі первинного консультування здійснюється збір інформації про поведінку дитини, її прояви в різних сферах життєдіяльності, особливості її індивідуального розвитку: особистісні характеристики пізнавальних процесів, характер міжособистісних взаємин з дорослими та однолітками, сильні сторони дитини, на які можна орієнтуватися під час роботи з нею. Також, вагоме значення має вивчення анамнезу (історії) дитини, що включатиме в себе відомості про народження, наявність перенесених в ранньому віці інфекційних захворювань, травм, тощо. Вивчення даної інформації є важливим моментом, тому що дає змогу визначити етіологію виникнення РДУГ у дитини.

Етап корекційної роботи з дітьми з РДУГ полягає у реалізації таких завдань: розвиток у дітей навичок саморегуляції, самоконтролю, активної уваги, формування навичок ефективної міжособистісної взаємодії, підвищення самооцінки, корекцію поведінкових порушень, елімінація імпульсивності, зняття психоемоційного напруження.

Корекційно розвивальні заняття мають комбіновану структуру: комплексна нейрокорекція та пісочна терапія. Нейропсихологічна корекція дітей з РДУГ включає в себе дихальні вправи, окорухові вправи, кінезіологічні вправи (комплекс рухових вправ), вправи для релаксації і візуалізації, функціональні вправи, вправи для розвитку комунікативної і когнітивної сфери, вправи з правилами.

Орієнтовна структура заняття:

- дихальні вправи – 3–4 хвилин;
- окорухові вправи – 3–4 хвилини;
- кінезіологічні вправи – 5–10 хвилин;
- функціональні вправи (розвиток уваги, довільності, самоконтролю);
- комунікативні вправи, елімінація гніву і агресії – 10–20 хвилин;
- пісочна терапія – 20–25 хвилин; – релаксація – 3–5 хвилин.

Дихальні вправи впорядковують внутрішній ритм організму, розвивають самоконтроль і довільність. Єдиним ритмом, яким довільно може керувати людина, є ритм дихання і руху.

Нейропсихологічна корекція будується на автоматизації і ритмуванні організму дитини завдяки базові багаторівневі прийоми. Уміння довільно контролювати дихання розвиває самоконтроль над поведінкою. Особливо ефективні дихальні вправи для корекції дітей з РДУГ. Виконання комплексу окорухових вправ дозволяє розширити поле зору, поліпшити сприйняття. Односпрямовані і різноспрямовані рухи очей розвивають міжпівкульну взаємодію головного мозку і підвищують енергетизацію організму.

Також, різноспрямовані рухи очей сприяють активізації процесу навчання. Кінезіологічні вправи (перехресні рухи тіла і пальців) забезпечують розвиток міжпівкульної взаємодії, зняття сінкінезій (мимовільні співдружні рухи) та м'язових затисків. Крім того розвиток «відчуття» власного тіла сприяє збагаченню і диференціації сенсорної інформації від самого тіла. Відомо, що центром тонкої моторної координації є лобова частка мозку, що відповідає також за самоконтроль. Тому, при регулярному виконанні перехресних рухів утворюється велика кількість нервових шляхів, які зв'язують півкулі головного мозку, що сприяє розвитку психічних функцій. (Приклад рухів у додатку В).

Слід також зазначити, що повільне виконання перехресних рухів сприяє активізації вестибулярного апарату, та лобних ділянок мозку. Функціональні вправи доцільно проводити за трьома основними напрямками: – розвиток уваги, довільності та самоконтролю; – елімінація гіперактивності та імпульсивності; – елімінація гніву та агресії. Корекцію варто проводити поетапно, починаючи з однієї окремої функції. Гіперактивній дитині просто неможливо буди одночасно уважною, не імпульсивною, спокійною. Коли будуть досягнуті стійкі позитивні результати, з розвитку однієї функції, можна буде переходити до формування іншої.

Наприклад, розвиваючи довільний розподіл уваги варто знизити навантаження на самоконтроль імпульсивності, та не обмежувати рухову активність. Знижуючи імпульсивність, не варто працювати над концентрацією уваги, й обмежувати рухливість. Розвиваючи посидючість, можна допустити імпульсивність і розсіяну увагу.

Комунікативні вправи розподіляться на три етапи:

- індивідуальні вправи спрямовані на відновлення і подальше поглиблення контакту із власним тілом, невербальне вираження станів і відносин;
- парні вправи сприяють розширенню «відкритості» у відношенні до партнера – здатності відчувати, розуміти і приймати його;
- групові вправи завдяки організації спільної діяльності формують навички взаємодії в колективі.

Позитивним терапевтичним ефектом у роботі з дітьми з РДУГ володіє пісочна терапія. Використання цього методу у роботі з гіперактивними дітьми забезпечує виконання одразу декількох завдань: зниження психоемоційного напруження, елімінація імпульсивності та агресивності, зниження рівня тривожності, формування та закріплення позитивних патернів поведінки. Хоча, деякі джерела, містять інформацію про недоцільність застосування цього методу у роботі з гіперактивними дітьми, мотивуючи це тим, що діти з імпульсивністю та розсіяною увагою уникають види діяльності які потребують надмірних зусиль у виконанні. Проте, на практиці, ми мали змогу переконатися у протилежному ефекті, і в підсумку змогли досягти стійкої позитивної динаміки.

Єдиним, важливим моментом у застосуванні цього методу, є можливість вибору дитиною матеріалу. Це може бути сухий або вологий пісок. Найцікавіше те, що в 90% випадків гіперактивна обирає вологий пісок, оскільки з таким матеріалом легше працювати, і він володіє більшою пластичністю.

На початковому етапі пісочної терапії використовуємо мотиваційні ігри за допомогою яких формуємо «довіру» до піску, та зацікавленість дитини у процесі.

Далі використовуємо структуру створення картини на піску довільно за задумом, або за обраною тематикою. Використовуючи варіант довільної картини, дитина має можливість вербалізувати проблеми що її турбують, зняти психоемоційне напруження, знизити рівень тривожності який притаманний дітям з РДУГ.

Застосовуючи варіант створення пісочної картини за темою, штучно створюємо проблемну ситуацію, та пропонуємо дитині пошук конструктивного шляху вирішення проблеми, отже, формуємо та закріплюємо позитивні патерни поведінки.

Варто зазначити, що можливості компенсації когнітивних та поведінкових порушень значно обмежуються за відсутності розуміння батьками причин і проявів цих порушень. Корекційно–розвивальна робота найбільш ефективна за участю батьків. Додатковими прийомами якими батьки можуть скористатися для корекції можуть бути: дихальні вправи, прогулянки на свіжому повітрі для зменшення тривожності та імпульсивності, практика коротких завдань із поступовим збільшенням тривалості, похвала, нагороди за бажану поведінку та інші.

У результаті систематичної, організованої роботи дорослі, які взаємодіють з дітьми з РДУГ, зокрема батьки та педагоги, зрозумівши суть проблеми, навчаться враховувати індивідуальні особливості кожного з цих дітей та спрямовувати свою взаємодію з ними на підтримку, та допомогу їм в оволодінні важливими навичками самоконтролю. Це допоможе дітям з розладом дефіциту уваги та гіперактивності зростати успішними, впевненими, налагоджувати ефективну взаємодію з дорослими та однолітками в колективі, стати повноцінними членами суспільства [9].

Висновок до розділу 1

У цьому розділі здійснено детальне дослідження розладу із дефіцитом уваги та гіперактивності (РДУГ) як складного нейропсихологічного стану, його місце в класифікації розладів розвитку DSM-5.

Аналіз сучасних діагностичних критеріїв, поданих у DSM-5, дозволив визначити РДУГ як комплексний розлад, який проявляється у вигляді стійкого дефіциту уваги, посиленої імпульсивності та гіперактивності. Ці характеристики впливають на когнітивну, емоційну і соціальну сфери дитини, створюючи труднощі в навчанні, спілкуванні та саморегуляції поведінки. Важливим є розуміння, що розлад має тривалий вплив, а раннє втручання є критично необхідним для його зменшення. Аналіз чинників, що зумовлюють РДУГ, продемонструвало багатогранну природу розладу. До причин належать генетичні передумови, біологічні чинники – перинатальні ризики, ураження центральної нервової системи внаслідок жовтяниці в неонатальному періоді, низька вага при народженні та недоношеність впливи довкілля, а також емоційна нестабільність у сім'ї або недоліки в методах виховання, можуть посилювати прояв РДУГ.

Дослідження показують, що генетичний компонент є одним із ключових — дітей, батьки яких мають РДУГ або такі симптоми, мають більший ризик розвитку цього розладу, деякі спадковості, значний вплив порушення мають під час хвороби та пологів, наприклад, гіпоксія плода, довкілля також впливає на важливу роль. Особливо важливим є соціальний контекст, у якому дитина росте: позитивна атмосфера в родині, б уваги з боку батьків або недостатня підтримка педагогів можуть зменшити біль.

Отже, РДУГ формується під впливом як внутрішніх, так і зовнішніх чинників, які взаємодіють між собою. Це підкреслює необхідний комплексний підхід до виявлення причин і подальшої роботи з дітьми, які мають цей розлад. Важливо приймати ці дії в корекційній роботі, акцентуючи увагу на створенні індивідуальних потреб дитини та підтримці середовища вдома і в ній.

РОЗДІЛ 2. ДІАГНОСТИКА ОБІЗНАНОСТІ БАТЬКІВ ЩОДО РОЗЛАДУ ІЗ ДЕФІЦИТОМ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНОСТІ В ДИТИНИ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

2.1. Дослідження обізнаності батьків щодо РДУГ та їх ставлення до педагогічного супроводу

Обізнаність батьків щодо цього розладу та їх ставлення до педагогічного супроводу є критичною для ефективності корекційної роботи. Знання батьками основних симптомів РДУГ, можливих методів лікування та стратегії підтримки можуть значно покращити адаптовану діяльність дитини в колективі та навчальному закладі. Однак, у багатьох батьків може бути недостатній рівень знань про це розлад та симптоми.

Констатуючий етап експерименту мав на меті дослідити рівень обізнаності батьків, які мають дітей дошкільного віку та батьків, діти яких пішли в початкову школу щодо РДУГ, а також їхнє ставлення до педагогічного супроводу. Для досягнення цієї мети були проведені опитування та інтерв'ю батьків, вихователів ЗДО, вчителів початкової школи, що дозволило визначити рівень обізнаності з РДУГ в освітній сфері та у батьків, побачити основні проблеми та потреби сімей, а також сформулювати методи ефективної взаємодії вихователів та батьків в процесі педагогічного супроводу.

Нижче, надані дані опитування батьків, діти яких навчаються в початковій школі (Таблиця 1), вчителів початкової школи (Таблиця 2) Опитування проводилось на базі ліцею «Тріумф», П'ятихатської міської ради, Дніпропетровської області. В опитуванні взяли участь 94 респонденти батьків, 7 респондентів – вчителів початкової школи.

Таблиця 3 – опитування батьків закладу дошкільної освіти старшої дошкільної групи, взяли участь 13 респондентів. Таблиця 4 – результати опитування вихователів ЗДО, у якому взяли участь 5 респондентів.

Опитування проводилось на базі ЗДО №4 «Сонечко»П'ятихатської міської ради, Дніпропетровської області за допомогою гугл-форми та анкетування.

Таблиця 1

Опитування батьків початкових класів ліцею «Тріумф»

	Запитання	Відповіді			
		Так	Ні	Частков о	Не можу відповіст и
	Доводилось Вам спостерігати таку поведінку дитини в дошкільному віці впродовж довготривалого часу (півроку):				
	1.1 Не відповідає, коли кличуть або роблять зауваження;	4%		5%	
	1.2. Занадто галаслива; завжди плаче, коли щось хоче; перебиває розмову дорослих;	3%	—	2%	
	1.3 Не вміє чекати своєї черги; руйнує те, що побудували інші діти; часто губить або забуває свої речі;	3%		5%	
	1.4. Неуважна під час заняття, відволікається;		—		
	1.5. Імпульсивна (відповідає або щось робить, не дослухавши питання чи завдання до кінця),	6%		4%	
	1.6. Гіперактивна (не може всидіти на одному місці, постійно перебуває в русі: крутиться на місці, ходить, бігає без потреби)	4%	—		
	Всього:	4,5%	59,5	16%	
		24,5%	%		
		(23)	(56)	(15)	—

	Чи знайомі Ви з діагнозом Розлад дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ)?	45,7% (43)	54,3% (51)	—	—
	Чи доводилось Вам чути про цей розлад в дошкільному віці дитини від: 3.1 Вихователя садочку 3.2 Педіатра 3.3 Психолога 3.4 Не доводилось Всього:	1,1% (1) 5,3% (5) 5,3% (5) 11,7%	— — 88,3% (83)	—	—
	Чи вважаєте Ви, що вихователі садочку мають бути обізнаними з симптомами розладу із дефіцитом уваги та гіперактивності, щоб допомогти батькам вчасно розпізнати розлад в дитині?	78,7% (61)	4,3% (7)	—	17% (16)
	За статистикою, цей розлад більше проявляється в початковій школі (коли дитина йде до школи і виявляються труднощі в навчанні, спілкуванні). То вважаєте за потрібне вже в закладі дошкільної освіти організовувати педагогічний супровід для батьків, які виховують дітей з РДУГ? (Педагогічний супровід — це взаємоузгоджена комплексна діяльність команди фахівців та батьків дитини спрямована на	64,9% (61)	7,4% (7)	—	27,7% (26)

	створення необхідних умов, що сприяють розвитку особистості дитини, засвоєнню нею знань, умінь)				
--	---	--	--	--	--

Таблиця 2

Опитування вчителів початкової школи ліцею «Тріумф»

/п	Запитання	Відповіді	
		Так	Ні
	Чи знайомі Ви із розладом дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ) у дітей?	100%	—
	Чи знайомі Ви з симптомами розладу дефіциту уваги та гіперактивності	42,9%	57,1%
	Чи були у Вашій педагогічній практиці діти, у яких спостерігалась така поведінка впродовж довготривалого часу (півроку):		—
	3.1. Не відповідає, коли кличуть або роблять зауваження; не вміє чекати своєї черги; перебиває розмову дорослих або однокласників;	25%	
	3.2. Хлопці часто конфліктують з однокласниками; дівчата можуть бути замріяні – «літати на хмарах»;	35%	
	3.3. Проблеми в навчанні: плутають букви, цифри, мало засвоюють учбового матеріалу; неуважні під час уроку, відволікаються;	20%	
	3.4. Імпульсивні (відповідають або щось роблять, не дослухавши питання чи завдання до кінця),	10%	
	3.5. Не можуть всидіти на одному місці (постійно перебуває в русі:	10%	

	крутяться на місці, ходять, бігають без потреби), часто гублять або забувають свої речі. Всього:	100%	
	Якщо у Вас були такі діти в класі, то скільки їх було: 1 дитина 2 дитини 3 дитини <3 дитини Не було	100% із них 14,3% (1) 42,9%(3) 28,6%(2) 14,2%(1) —	—

Таблиця 3

Опитування батьків старшої групи ЗДО № 4 «Сонечко»

В опитуванні брали участь 13 осіб батьків

№ п/п	Запитання	Відповіді		
		Так	Ні	Частково
1.	Чи знайомі Ви з діагнозом Розлад дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ)?	38,5%	61,5%	
2.	Доводилось Вам чути про цей розлад від: Вихователя садочку педіатра психолог	23,1% 0% 15,4% —	 61,5%	 —

	не доводилось			
3.	Чи вважаєте Ви, що вихователі мають бути обізнаними з розладом дефіциту уваги та гіперактивності, щоб допомогти батькам вчасно розпізнати розлад в дитині?	75%	—	25%
4.	Чи прислуховуєтесь Ви до порад вихователя звернутися до фахівців стосовно нетипової поведінки дитини	76,9%	—	23,1%

Таблиця 4

Опитування вихователів ЗДО №4 (% , 5 вихователів)

№ п/п	Запитання	Відповіді	
		Так	Ні
1.	Чи знайомі Ви з розладом дефіциту уваги та гіперактивності?	80%	20%
2.	Доводилось Вам виховувати дітей з ознаками РДУГ?	80%	20%
3.	Чи потрібен педагогічний супровід батькам, які виховують дитину з РДУГ?	80%	—

2.2. Аналіз отриманих результатів та їх інтерпретація

Проаналізувавши отримані дані опитування, можемо зробити висновки щодо обізнаності батьків, вихователів та вчителів стосовно розладу із дефіцитом уваги та гіперактивності, потреби в організації педагогічного супроводу в закладах дошкільної освіти.

Результат опитування батьків початкової школи має такі показники:

Знайомі з РДУГ – 45,7% опитуваних, 54,3% – не знайомі. Спостерігали дітей з поведінкою, притаманною розладу, – 24,5% опитаних батьків, 59,5% – не спостерігали, 16% – частково спостерігали. Ми можемо зробити висновок, що теоретична обізнаність батьків щодо РДУГ вища, ніж практичне спостереження або обізнаність стосовно симптомів РДУГ.

Лише 11,7% батьків чули про розлад від вихователя, психолога, та педіатра, причому від вихователя садочку – найменший процент 1,1%, від педіатра – 5,3%, психолога – 5,3%. Можемо припустити, що 34% з 45,7% обізнаних мали інші джерела обізнаності.

78,7% респондентів вважають, що вихователі мають бути обізнаними з симптомами РДУГ, щоб допомогти батькам вчасно розпізнати розлад в дитині. 64,9% респондентів вважають за потрібне організовувати педагогічний супровід вже в закладах дошкільної освіти для батьків, які виховують дитину з РДУГ, 7,4% не вважають потрібним педагогічний супровід, 27,7% – не можуть відповісти на це запитання. Ми бачимо, що більшість батьків підтримують педагогічний супровід у ЗДО, це значить, вони визнають проблему у суспільстві з підтримки батьків, які виховують дітей з РДУГ.

Опитування вчителів початкової школи показали нам наступні результати: 100% опитаних вчителів знайомі з розладом дефіциту уваги та гіперактивності. Але обізнаність щодо симптомів РДУГ складає 42,9% опитаних, 57,1% – не обізнані, або мало обізнані.

На запитання, чи були діти в педагогічній практиці, у яких спостерігались притаманні РДУГ симптоми (було запропоновано перелік симптомів) впродовж довготривалого часу (півроку) – 100% опитуваних відповіли «так».

Також в нашому опитуванні підтвердились твердження, що в кожному класі перебуває 2–3 дитини, а іноді і більше, яким притаманна поведінка РДУГ (Скрипник Т.). Найбільший відсоток 42,9% опитуваних вчителів підтвердили присутність двох дітей з симптомами РДУГ, 28,6% підтвердили присутність трьох таких дітей, більше трьох – 14,2%, одна дитина – 14,3%.

Ця поширеність підкреслює важливість того, щоб педагоги були оснащені стратегіями для ефективної підтримки цих дітей. Спеціальні втручання, методи управління поведінкою та співпраця з батьками та фахівцями мають вирішальне значення для підтримки цих дітей.

Метою опитування вчителів також було підтвердити або спростувати дані статистики на наявність 2–3 дітей в класі, які мають поведінку притаманну РДУГ. Ці дані підтвердилися, оскільки в школі цей розлад більше проявляється ніж в дошкільному віці. Всі опитувані вчителі підтвердили присутність у класі 2–3 таких дітей.

Опитування батьків, діти яких відвідують дитячий садочок, показало такий результат: знайомі з цим розладом 38,5%, не знайомі – 61,5%, від вихователя садочку чули про цей розлад 23,1%, від психолога – 15,4%, від педіатра – не чули. 75% батьків вважають, що вихователі мають бути обізнаними з РДУГ та його симптомами, щоб допомогти вчасно розпізнати цей розлад в дитині. 76,9% прислухаються до поради вихователя звернутися до фахівців, якщо це буде потрібно. Цей показник говорить про високий рівень довіри батьків вихователям. Хоча рівень обізнаності батьків з РДУГ біля сорока відсотків, більшість підтримують обізнаність вихователів у виявленні цього розладу та направлення батьків до фахівців.

Опитування вихователів показало, що 80% знайомі з РДУГ та мали на вихованні дітей з притаманною поведінкою РДУГ.

Також 80% вихователів підтримують педагогічний супровід батьків, які виховують дітей з розладом дефіциту уваги та гіперактивності.

Отже, обізнаність батьків як в школі, так і в садочку менше, ніж вихователів та вчителів. Але батьки бачать потребу в організації педагогічного супроводу в закладах дошкільної освіти, їм потрібна допомога у розпізнаванні цього розладу в дитині, потрібно більше інформації донести до батьків.

Вчителі та вихователі також потребують більш ретельного ознайомлення з РДУГ, його симптомами. Необхідно набувати знань про методи та засоби подолання негативної поведінки дитини, як привернути уваги, як будувати позитивні відносини з дитиною та її батьками.

2.3. Добір засобів та методів для індивідуальних занять з дитиною, яка має ознаки РДУГ

Розлад із дефіцитом уваги та гіперактивністю (РДУГ) є одним із найбільш поширених нейропсихологічних порушень у дітей дошкільного та шкільного віку, який проявляється завдяки труднощі у концентрації уваги, імпульсивності та надмірну активність. Особливості роботи з такими дітьми вимагають не лише адаптації педагогічних підходів, але й інтеграції спеціальних методик, спрямованих на розвиток уваги, самоконтролю та соціальних навичок.

Індивідуальні заняття відіграють ключову роль у корекції поведінкових проявів і сприяють покращенню когнітивного та емоційного розвитку дитини. Важливою складовою такої роботи є добір відповідних засобів та методів, які враховують не лише особливості конкретної дитини, а й базуються на сучасних дослідженнях у галузі нейропсихології, педагогіки та дитячої психології.

Цей розділ спрямовано на визначення ефективних методів роботи з дітьми, які мають ознаки РДУГ.

Особливу увагу приділено інтерактивним методам, використанню ігрової терапії, а також когнітивно–поведінковим стратегіям, які довели свою ефективність у роботі з дітьми з РДУГ.

Розлад із дефіцитом уваги та гіперактивністю (РДУГ) вимагає комплексного підходу до навчання та виховання дітей, які мають цей стан. Вибір методів роботи залежить від індивідуальних особливостей дитини, її вікових характеристик та ступеня вираженості симптомів. Основна мета застосування методів — допомогти дитині подолати труднощі, пов’язані з недостатньою концентрацією уваги, імпульсивністю та гіперактивністю, а також сприяти її соціалізації, адаптації та розвитку навчальних навичок.

Сучасні методи роботи з дітьми з РДУГ базуються на міждисциплінарному підході, що поєднує педагогічні, психологічні та терапевтичні стратегії. Значну увагу приділяють когнітивно–поведінковим методам, які довели свою ефективність у формуванні самоконтролю та регулюванні поведінки дітей. Також активно застосовуються ігрові методи, арт–терапія, сенсорна інтеграція, а також методики релаксації та фізичної активності.

Особливістю роботи з дітьми з РДУГ є необхідність дотримання структури занять, чітких правил і позитивного підкріплення. Застосування диференційованого підходу та індивідуалізація навчання дозволяють створити сприятливе середовище для розвитку особистості дитини та її академічних досягнень.

Унаочнимо (рис. 2.1) та розглянемо більш детально основні методи, що використовувалися для індивідуальної роботи з дитиною, яка має ознаки РДУГ.

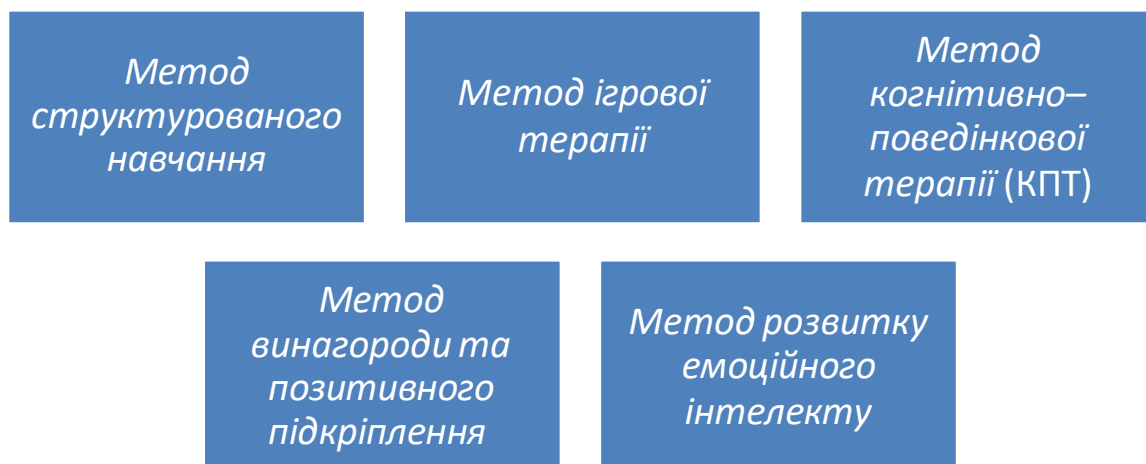


Рис. 2.1. Основні методи, що використовувалися для індивідуальної роботи з дитиною, яка має ознаки РДУГ

1. *Метод структурованого навчання* є одним із найефективніших підходів у роботі з дітьми, які мають розлад дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ). Основна ідея методу полягає у створенні чіткої, передбачуваної структури занять, що сприяє зниженню рівня тривожності, підтримці уваги та формуванню самоконтролю у дитини.

Основні елементи методу структурованого навчання складають:

а) Чіткий розклад: використання розкладу дня або занять, що дозволяє дитині розуміти послідовність подій.

Використання візуальних підказок, таких як ілюстрації, піктограми або картки з етапами діяльності.

б) Поділ завдань на невеликі частини: складні завдання розбиваються на прості кроки, що легко виконати послідовно.

Цей підхід знижує рівень перевантаження інформацією і допомагає дитині концентруватися на одному завданні за раз.

в) Стабільність і передбачуваність: підтримка сталої структури занять створює відчуття безпеки.

Чітке дотримання правил і розпорядку зменшує ризик виникнення імпульсивної поведінки.

г) Використання таймерів та сигналів: для контролю часу на виконання завдань використовуються таймери або інші часові маркери.

Це допомагає дитині орієнтуватися у часі та уникати затримок.

д) Позитивне підкріплення: заохочення за виконання завдань у вигляді похвали, наклеювання або інших мотивуючих нагород.

Підкріплення успіху допомагає дитині зберігати мотивацію.

є) Організація середовища: приміщення для занять повинно бути організованим: мінімізація відволікаючих чинників, наявність спеціального робочого місця.

Використання кольорових міток і контейнерів для впорядкування матеріалів.

ж) Контроль і підтримка уваги: залучення коротких фізичних пауз між заняттями для зниження гіперактивності.

Часта зміна видів діяльності для підтримання інтересу.

Переваги методу:

Покращує навички планування і послідовності дій у дітей.

Допомагає формувати самодисципліну і самоконтроль.

Забезпечує передбачуваність і стабільність, які знижують стрес у дітей із РДУГ.

Підвищує ефективність засвоєння матеріалу за рахунок зосередження уваги.

Метод структурованого навчання рекомендований для використання педагогами, батьками та фахівцями, які працюють із дітьми з РДУГ. Його ефективність підтверджена в численних дослідженнях і практичному застосуванні.

2. Метод когнітивно-поведінкової терапії (КПТ)

Когнітивно–поведінкова терапія (КПТ) є однією з найефективніших психотерапевтичних методик для роботи з дітьми, які мають розлад дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ). Цей підхід фокусується на зміні деструктивних поведінкових моделей і мислення, які можуть ускладнювати життя дитини та її соціальну адаптацію.

Основні принципи методу КПТ:

а) Зв'язок між думками, емоціями та поведінкою: КПТ допомагає дітям усвідомити, як їхні думки впливають на емоції та поведінку.

Навчання розпізнавати негативні автоматичні думки, які можуть провокувати імпульсивність чи зниження концентрації.

б) Формування самоконтролю: використання технік для розвитку навичок саморегуляції, зокрема вміння зупинитися і обдумувати дії перед їхнім виконанням.

Розвиток позитивного мислення для подолання фрустрації та агресії.

в) Цілеспрямована зміна поведінки: робота з конкретними ситуаціями, в яких дитина проявляє неадаптивну поведінку.

Навчання альтернативних моделей поведінки для досягнення бажаного результату.

г) Навички вирішення проблем: КПТ сприяє розвитку стратегій розв'язання конфліктів, взаємодії з однолітками та адаптації до змін.

Використання моделей соціального навчання для формування корисних комунікативних навичок.

д) Робота із батьками та вчителями: Батьки та педагоги залучаються до терапії, щоб підтримувати навчений підхід у повсякденному житті дитини.

Формування в дорослих розуміння особливостей поведінки дитини та способів її корекції [17].

Техніки, які застосовуються у КПТ:

- Позитивне підкріплення: заохочення позитивної поведінки за допомогою похвали чи винагород.

- Моделювання поведінки: демонстрація бажаних моделей поведінки завдяки рольові ігри або приклади.
- Щоденники поведінки: ведення записів про власні дії та емоції для їх аналізу.
- Розвиток навичок усвідомленості: навчання технік релаксації та концентрації.
- Крокові інструкції: поділ завдань на прості, зрозумілі етапи для їхнього успішного виконання.

Переваги КПТ:

Допомагає дітям навчитися справлятися з імпульсивністю та підвищувати концентрацію.

Сприяє покращенню стосунків із однолітками та дорослими.

Знижує прояви стресу й тривожності у дітей із РДУГ.

Практичне застосування:

КПТ ефективно поєднується з іншими підходами, такими як структуроване навчання та поведінкові стратегії. Метод також адаптований для дітей молодшого віку, у яких значний акцент робиться на участі батьків у терапевтичному процесі [17,28].

3. Метод ігрової терапії

Ігрова терапія є ефективним методом роботи з дітьми з РДУГ, адже гра є їхньою природною формою спілкування. Цей метод спрямований на розвиток соціальних, емоційних і когнітивних навичок, а також на корекцію поведінкових труднощів.

Основні цілі ігрової терапії:

- Підвищення саморегуляції: завдяки грі дитина вчиться контролювати свої емоції, розвиває здатність до концентрації та послідовного виконання завдань.
- Розвиток соціальних навичок: ігри сприяють вмінню взаємодіяти з іншими, вирішувати конфлікти та формувати здорові стосунки.

- Корекція поведінки: діти завдяки ігри можуть моделювати нові способи поведінки, прийнятні в соціальному середовищі.
- Емоційна підтримка: гра допомагає дитині виразити свої почуття, зменшити тривогу або напругу.

Основні види ігрової терапії:

а) Структурована ігрова терапія: психолог або педагог планує ігровий процес із конкретними цілями, як—от розвиток уваги чи вирішення конфліктів.

Приклади ігор: ігри на чергування (навчання чекати своєї черги), рухливі ігри для зниження гіперактивності.

б) Неструктурована (вільна) гра: дитина сама обирає вид діяльності, що дозволяє їй виявити індивідуальні потреби та інтереси.

Це допомагає виявити емоційні проблеми або специфічні труднощі дитини.

в) Рольова гра: використання сценок, де дитина грає певну роль, що дозволяє моделювати соціальні ситуації та знаходити правильну поведінкову стратегію.

Наприклад, гра «в школу» може допомогти дитині зрозуміти та відпрацювати правила поведінки у класі.

г) Ігри для розвитку уваги: використовуються для зменшення імпульсивності та підвищення здатності концентруватися на завданні.

Приклади: складання пазлів, настільні ігри з правилами.

д) Терапія з використанням іграшок: використовуються іграшки, які допомагають дитині моделювати реальність (наприклад, ляльки, машинки, конструктори).

Завдяки цьому діти виражають свої переживання та проблеми завдяки грі.

Переваги ігрової терапії:

Забезпечує безпечне середовище для вираження емоцій.

Підтримує індивідуальний підхід до потреб кожної дитини.

Сприяє розвитку навичок, необхідних для повсякденного життя та навчання.

Практичне застосування:

Ігрова терапія використовується педагогами, психологами та спеціалістами з корекційної роботи в дитячих садках, центрах розвитку та шкільних закладах. Вона може поєднуватися з іншими методами, такими як когнітивно–поведінкова терапія або структуроване навчання, для досягнення максимального ефекту в роботі з дітьми з РДУГ.

4. Метод винагороди та позитивного підкріплення

Метод винагороди й позитивного підкріплення є одним із найефективніших підходів у роботі з дітьми з РДУГ. Він базується на принципах поведінкової терапії та використовується для заохочення бажаної поведінки завдяки зовнішню мотивацію.

Основні принципи методу:

- Позитивне підкріплення: за кожну проявлену бажану поведінку дитина отримує винагороду. Це може бути похвала, маленький подарунок або додаткова можливість виконати улюблену діяльність.
- Чіткість і конкретність: дитині необхідно чітко пояснити, яка поведінка є прийнятною і що вона отримає за її виконання.
- Поступовість: спочатку винагороджуються навіть невеликі досягнення, але з часом вимоги до поведінки підвищуються, і винагороди стають більш рідкісними.
- Негайність підкріплення: позитивна реакція має слідувати одразу після правильної поведінки, щоб зв'язок між дією й винагородою був очевидним.

Види винагород:

Соціальні винагороди:

- Похвала, усмішка, підтримка дорослих або ровесників.
- Наприклад: «Молодець, ти сьогодні чудово справився із завданням!»

Матеріальні винагороди:

- Стікери, іграшки, маленькі подарунки.

Дозвілля як винагорода:

- Можливість обрати гру, додатковий час на розваги або перегляд улюбленого мультфільму.

Застосування методу:

Робота з таблицями поведінки:

- Використовуються графіки або таблиці, де дитина отримує позначки (наприклад, зірочки) за виконання конкретних завдань чи демонстрацію позитивної поведінки.

- Після досягнення певної кількості балів вона отримує винагороду.

Складання контракту:

- Між дорослим і дитиною укладається «угода» про те, які дії будуть винагороджено й чим саме.

Ігровий підхід:

- Використання ігор, у яких дитина виконує завдання та одержує бали, які потім обмінюються на винагороди.

Переваги методу:

Формує у дитини позитивний досвід правильної поведінки.

Допомагає створити прогнозоване та зрозуміле середовище для дитини.

Сприяє підвищенню самооцінки й упевненості в собі.

Обмеження:

Важливо уникати матеріальної залежності: дитина не повинна вважати, що кожна дія потребує винагороди.

Ефективність методу залежить від системності й послідовності його використання.

Практичний приклад:

Якщо дитина зазвичай не прибирає свої іграшки, дорослий може сказати: «Якщо ти складеш іграшки після гри, отримаєш наклейку. Коли

назбираєш п'ять наклейок, ми разом підемо в парк». Це мотивує дитину, робить процес навчання цікавим і результативним.

5. Метод розвитку емоційного інтелекту

Розвиток емоційного інтелекту (ЕІ) у дітей, які мають ознаки РДУГ, є важливим елементом педагогічної та психологічної роботи. Емоційний інтелект визначається як здатність усвідомлювати, розуміти та управляти як власними емоціями, так і емоціями інших.

Основні компоненти емоційного інтелекту:

- Усвідомлення власних емоцій: навчання розпізнавати та називати свої емоції.
- Управління емоціями: розвиток здатності регулювати свій емоційний стан у різних ситуаціях.
- Соціальні навички: розуміння емоцій інших людей і адекватне реагування на них.
- Емпатія: вміння співпереживати та підтримувати інших.

Основні методи розвитку емоційного інтелекту:

– Емоційні карти та щоденники:

Використання карток із зображеннями емоцій для визначення власного стану або розв'язання ситуативних завдань.

Щоденники емоцій, де дитина записує або малює свої почуття упродовж дня.

– Ігри та вправи:

Рольові ігри: Відтворення різних ситуацій, щоб дитина могла практикувати розпізнавання та управління емоціями.

«Як я себе почуваю»: Дитина описує свої емоції за допомогою кольорів або порівнює їх із природними явищами (наприклад, «Я злюся, як буря»).

– Навчання навичок саморегуляції:

Техніки глибокого дихання, медитації та релаксації, які допомагають дитині заспокоїтися під час емоційного напруження.

– Читання та обговорення:

Використання казок і книг, у яких герої стикаються з емоційними проблемами. Після читання з дітьми обговорюють почуття персонажів і їхні вчинки.

– Картки з емоційними реакціями:

Дитині пропонують обрати правильну реакцію на ситуацію. Наприклад: «Як ти вчиниш, якщо друг забере твою іграшку?»

– Моделювання поведінки:

Демонстрація дорослими моделей конструктивного вираження емоцій. Дитина вчиться завдяки спостереження.

Практичне значення методу:

Діти краще усвідомлюють свої емоції та вчать справлятися з ними.

Покращується соціальна взаємодія та формуються здорові стосунки.

Знижується ризик імпульсивних дій, які характерні для дітей із РДУГ.

Приклад вправи: «Кубик емоцій» – на кожній стороні кубика намальовані різні емоції (радість, сум, злість тощо). Дитина кидає кубик і розповідає, коли вона відчувала емоцію, яка випала, і як вона могла впоратися з нею.

Метод розвитку емоційного інтелекту є надзвичайно важливим для створення комфортного середовища для дітей із РДУГ, допомагаючи їм краще адаптуватися до соціуму та освітнього процесу.

Техніки розвитку уваги та концентрації для дітей із РДУГ

Такі техніки спрямовані на покращення здатності фокусуватися, утримувати увагу та зменшувати рівень імпульсивності. Ці техніки можуть бути використані як у домашніх умовах, так і в навчальних закладах.

1. Техніка «Сигнал уваги»

Дорослий домовляється з дитиною про сигнал (слово, рух чи звук), який використовуватиметься для нагадування про необхідність зосередитися.

Дитина вчиться реагувати на сигнал і повертатися до завдання.

2. «Пісочний таймер» або техніка обмеженого часу

Використовується таймер, щоб поділити завдання на невеликі етапи (наприклад, 5–10 хвилин).

Після кожного етапу дитина отримує короткий відпочинок і нагороду за виконання.

3. Ігри для тренування уваги

«Знайди відмінності»: дитина шукає різницю між двома зображеннями.

«Що змінилося?»: дорослий змінює кілька предметів у кімнаті, і дитина має знайти зміни.

«Ритмічне плескання»: дитина повторює за дорослим певний ритм плескання.

4. Мнемонічні вправи

Завдання на запам'ятовування деталей, таких як списки слів, числа чи зображення.

Наприклад: показати набір картинок на кілька секунд, а потім запитати, що дитина запам'ятала.

5. «Вибіркове зосередження»

Дитині пропонують знайти у тексті або серед об'єктів слова, предмети чи символи, які відповідають певному критерію (наприклад, усі слова, що починаються на букву «А»).

6. Медитація та техніки уважності (майндфулнес)

Навчання глибокому диханню або зосередженню на фізичних відчуттях.

Наприклад: «Послухай звуки навколо тебе упродовж однієї хвилини і розкажи, що почув».

7. Ігри для розвитку самоконтролю

«Червоне світло, зелене світло»: коли дорослий говорить «зелене світло», дитина рухається, а на «червоне світло» має зупинитися.

«Дотримуйся інструкції»: завдання, де дитина виконує кілька інструкцій поспіль, наприклад, «взьми кубик і поклади його в коробку, а потім принеси мені книгу».

8. Створення структурованого розпорядку

Дотримання чітких часових рамок для виконання завдань.

Створення чек–листів для контролю виконання завдань.

9. Використання візуальних засобів

Використання малюнків, таблиць чи піктограм для кращого розуміння та виконання завдань.

Наприклад: графіки «що робити спочатку», «такий крок».

10. Фізичні вправи для уваги

Короткі вправи на координацію: «Дотягнися до носа правою рукою, потім до вуха лівою».

Танці під музику або виконання простих рухів у ритм.

Ці техніки допомагають дітям із РДУГ покращити свої навички зосередженості, що позитивно впливає на навчання, поведінку та соціальні взаємини.

Вибір методів для роботи з дитиною, яка має ознаки РДУГ, повинен бути індивідуальним, ґрунтуватися на ретельній оцінці її особливостей, рівня розвитку, симптомів і потреб.

Ключовими принципами вибору методів є:

- індивідуальний підхід: методи та засоби повинні враховувати вік дитини, ступінь прояву симптомів, когнітивні можливості та емоційний стан. Наприклад, для молодших дітей ігрові методи можуть бути більш ефективними, тоді як для старших – когнітивно–поведінкові стратегії;
- системність і послідовність: застосування методів має бути регулярним і структурованим. Чіткий розклад та передбачуваність допомагають знизити тривожність та покращити увагу дитини;
- співпраця з батьками та педагогами: батьки, вихователі та педагоги повинні бути залучені до процесу вибору та застосування методів, що дозволяє забезпечити узгоджений підхід у різних середовищах, таких як дім та навчальний заклад;

- оцінка ефективності: методи мають бути адаптовані залежно від змін у поведінці та стані дитини. Регулярна оцінка результатів дозволяє коригувати програму допомоги;
- поєднання підходів: використання комбінації методів, таких як ігрова терапія, структуроване навчання, розвиток емоційного інтелекту та когнітивно–поведінкові техніки, забезпечує комплексний вплив на різні аспекти поведінки та навчання.
- фокус на сильних сторонах дитини: методи повинні підкреслювати сильні сторони дитини, стимулюючи її самовпевненість та мотивацію до навчання й співпраці.

Отже, правильний вибір методів сприяє створенню комфортного середовища для дитини, допомагає їй адаптуватися до навчального процесу, розвивати навички саморегуляції та покращувати міжособистісні взаємини.

2.4 Висновок до розділу 2

Завдяки нашому дослідженню, ми побачили рівень обізнаності батьків, вихователів і вчителів початкової школи з розладом із дефіцитом уваги та гіперактивності та їх ставлення до педагогічного супроводу батьків, які мають дітей із РДУГ. Ми побачили, що знання про існування цього розладу є у вчителів, вихователів, в меншій ступені у батьків. Але більш ретельної обізнаності з симптомами та проявами розладу у всіх категоріях респондентів не вистачає. Необхідна більша інформаційна розголошеність щодо РДУГ: брошури, буклети, інформація на сайтах закладів освіти, просвітницька робота серед батьків – все це допоможе збільшити рівень знань стосовно розладу дефіциту уваги та гіперактивності у дітей дошкільного віку в суспільстві. Організація семінарів, просвітницьких методичних заходів у ЗДО допоможуть підвищити вихователям знання про симптоми розладу, які методи допоможуть знизити агресію, небажану поведінку дитини, як виховувати емпатію до однолітків, будувати дружні стосунки, як поговорити з батьками і допомогти їм.

РОЗДІЛ 3. ПЕДАГОГІЧНИЙ СУПРОВІД БАТЬКІВ, ЯКІ МАЮТЬ ДИТИНУ З РДУГ В УМОВАХ ЗАКЛАДУ ДОШКІЛЬНОЇ ОСВІТИ

3.1. Роль педагога в підтримці дитини з РДУГ

Для нашого дослідження важливо визначення дефініцій «супровід» та «педагогічний супровід». Так, О. Єрмоєнко в дослідженні теми педагогічного супроводу зазначає, що актуальність педагогічного супроводу освітнього процесу зумовлено стратегічними змінами розвитку освіти України та новітніми тенденціями в загальносвітовому освітньому просторі [5].

В освітній системі набуває розповсюдження особлива культура підтримки шляхом *педагогічного супроводу*, що розглядається як особливий вид допомоги супроводжуваному та забезпечує особистісний розвиток і виховання в умовах освітнього процесу, сприяє цілеспрямованому розкриттю здібностей людини, зростанню її професіоналізму, працездатності, збереженню здоров'я та життя. Ця модель діяльності в освіті набуває розповсюдження в різноманітних закладах освіти, серед яких дошкільні, шкільні, середні та вищі професійні заклади.

Поняття *супровід* за визначенням О. Єрмоєнко – це різноманітна система, в якій можна визначити форми роботи, спрямованість, предмет та об'єкт [71]. Тому педагогічний супровід має такі особливі характеристики: об'єднання мети психологічної та педагогічної допомоги; фокусування на особистості учня (реалізації потенційних можливостей, розкритті індивідуальних особливостей особистості); підтримка оптимально значущих якостей особистості; корекція вад розвитку; надання суб'єкту освітньої діяльності права самостійно здійснювати свій вибір і нести за нього відповідальність [5].

Звідси можна визначити мету *педагогічного супроводу* – підвищення психолого-педагогічної компетентності всіх учасників освітнього процесу.

Результатом педагогічного супроводу є рішення й дія, що веде до прогресу в розвитку супроводжуваного. Автор зазначає, що *супровід* розглядається як цілісна діяльність, командна взаємодія викладачів, майстрів виробничого навчання, вихователів, батьків, практичних психологів, соціальних педагогів, медпрацівників.

За визначенням О. Єрмоєнко, педагогічний супровід – *це система професійної комплексної допомоги, яку потребують учасники освітнього процесу (учні, батьки, педагогічні працівники адміністрація освітніх установ) у створенні умов для повноцінного і гармонійного розвитку особистості з урахуванням сучасних підходів до розвитку, навчання та виховання [5].* Педагогічний супровід, на думку автора, це, педагогічна майстерність викладача (вихователя), зокрема й володіння ним новітніми інформаційними технологіями освітнього процесу.

Педагогічний супровід спрямовано на створення системи професійної діяльності педагога для успішного навчання та розвитку особистості, з одного боку, а з іншого – на взаємодію суб'єктів виховання і навчання при вирішенні проблем, пов'язаних із процесом освіти. Діяльність педагога різноманітна за своїми функціями та змістом. Вона передбачає оволодіння різноманітними професійними вміннями: гностичними – вміння пізнавального й аналітичного змісту; проєктивними – вміння прогнозувати, створювати об'єкт як певну цілісність в уяві, визначати прогноз професійної діяльності; конструктивними – вміння створювати реальну модель спланованої діяльності – «я знаю, як це зробити, я створю зазначені умови»; комунікативними – вміння спілкуватися зі слухачами – «я вмію формувати доцільні для навчання відносини»; організаторськими – здатність реалізовувати план діяльності – «я зроблю заплановане обов'язково, незважаючи на певні труднощі»; креативними(творчими) вміннями [5].

Узагальнюючи різні підходи до визначення поняття «супровід», автор вважає його комплексним методом, в основі якого лежить єдність чотирьох функцій:

- діагностична (виявлення суті проблеми);
- інформаційна (розкриття шляхів розв'язання проблеми);
- консультаційна (надання допомоги на етапі ухвалення рішення й вироблення плану вирішення проблеми);
- оперативна (вчасна допомога в розв'язанні проблеми з опорою на потенційні можливості особистості);
- аналітична (вивчення результатів педагогічного супроводу, корекція відхилень у розв'язанні проблем, пошук шляхів удосконалення умов для самореалізації суб'єкту супроводу [5].

Отже, педагогічний супровід батьків, які мають дитину з РДУГ в умовах закладу дошкільної освіти, це комплексна психологічна та педагогічна допомога батькам краще зрозуміти в чому полягає сутність розладу (нейробиологічне порушення) та його проявами, які є чинники цього розладу, допомогти впровадити поведінкову терапію вдома, розкрити сильні та індивідуальні особливості дитини, створити умови для повноцінного і гармонійного розвитку особистості.

Але, в організації педагогічно супроводу найпершим та найважливішим кроком є вчасна діагностика РДУГ й організація програми допомоги, що базується на ефективних, науково обґрунтованих методах втручань.

На важливості вчасної діагностики наголошують такі вчені як К. Крутій, І. Деснова, Л.Чопик, М.Мусієнко, О. Ферт та інші.

Так, К. Крутій та І.Деснова зазначають, що цей розлад можна розпізнати вже в молодшому дошкільному віці. І чим раніше розлад буде діагностовано і застосовано правильний психолого-педагогічний супровід дитини, навчання батьків, тим менше негативних наслідків зазнає дитина та її батьки [12].

Звісно, що сам педагог не в змозі організувати педагогічний супровід. Для цього потрібна команда фахівців – психолог, фахівці інклюзивно-ресурсного центру, допомога батьків.

У дітей розлад із дефіцитом уваги та гіперактивності спостерігається сповільнене дозрівання функцій лобної долі кори головного мозку.

Недостатня зрілість лобної долі кори головного мозку призводить до розладів різних виконавчих функцій, що пов'язані з організацією та регулюванням поведінки: розлад імпульс-контролю; розлад прогнозування, планування та самоорганізації поведінки; розладу контролю емоцій; розладу контролю над власною руховою активністю, регулювання процесу збудження та/або гальмування [15]. Унаочнимо інформацію за допомогою рис. 2.1.

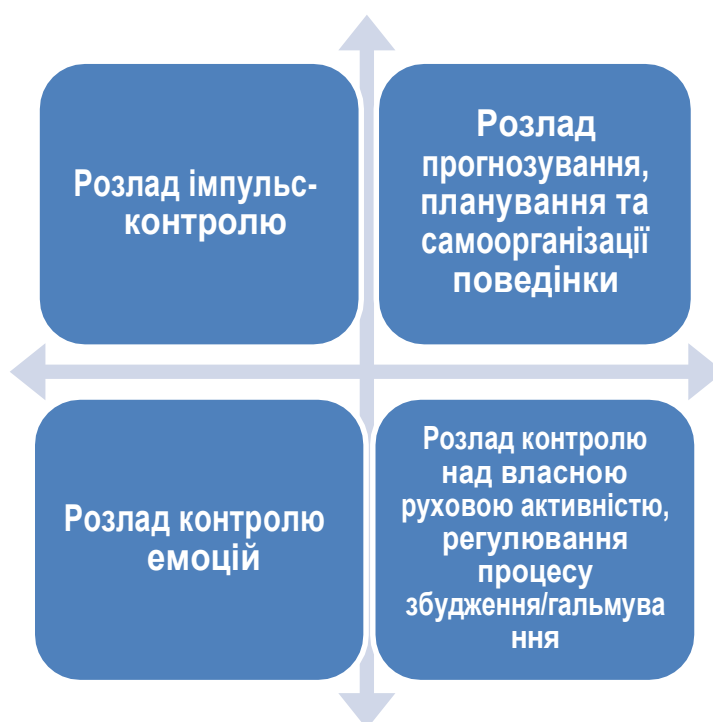


Рис. 2.1. Розлади виконавчих функцій, що пов'язані з організацією та регулюванням поведінки у дітей зі РДУГ

Тому важливу роль у процесі підтримки таких дітей відіграє педагог, адже саме він є тим фахівцем, який безпосередньо працює з дитиною в освітньому середовищі. Педагоги – це ті, хто частіше контактують з дитиною, вони спостерігають за поведінкою дитини у різних видах діяльності,

успішністю, соціальною адаптацією і можуть зробити висновки щодо поведінки і розвитку дитини.

Також при діагностуванні РДУГ, медичні працівники, які беруть участь в обстеженні дітей з проблемами поведінки, зазвичай, шукають інформацію від людей, які оточують дитину – це батьки або законні представники дитини і вихователі ЗДО, педагоги початкової школи [10].

Так що ми можемо зробити висновок, що перша роль педагога/вихователя – це *інформаційна*. Вони збирають інформацію шляхом спостереження за дитиною, на фоні інших дітей поведінка дитини з РДУГ буде відрізнятися, тому і легше таку дитину побачити.

За допомогою нескладного опитувальника (Додаток Б) вихователь може виявити ознаки РДУГ у дитини. Якщо на більшість запитань були надані позитивні відповіді, то досить ймовірно, що у дитини РДУГ. Втім цей розлад можна сплутати з іншими проблемами та розладами, тому дуже важливо скерувати родину до фахівців у сфері психічного здоров'я для подальшого ретельного обстеження та діагностики.

Тепер педагог переходить до *дипломатичної місії* – донести батькам свої спостереження та припущення щодо стану дитини. До розмови з батьками педагог має підготуватися заздалегідь, важливо бути доброзичливими до дитини і батьків та мати бажання допомогти.

Під час розмови потрібно повідомити батьків про припущення, що в їхньої дитини є РДУГ і пояснити, що саме мається на увазі під розладом із дефіцитом уваги та гіперактивності. Також можна запропонувати батькам заповнити опитувальник (Додаток Б) на виявлення ознак РДУГ. Якщо позитивних відповідей більше половини, необхідно наголосити на тому, що потрібне ретельне обстеження і комплексна допомога. Тож рекомендується звернутися за допомогою до дитячого психіатра задля отримання належної допомоги, також варто поцікавитися намірами та наступними кроками батьків, і що вони думають стосовно цієї розмови.

У процесі обстеження дитячий психіатр проведе комплексну діагностику психічного розвитку дитини і зможе виявити той чи інший розлад. Якщо буде підтверджено РДУГ у дитини, то дитячий психіатр обговорить з батьками план допомоги, який має ґрунтуватися на сучасних міжнародних протоколах допомоги: поведінкова терапія та медикаментозна терапія [10]. Далі батькам необхідно звернутися до інклюзивно-ресурсного центру (ІРЦ) і пройти комплексну психолого-педагогічну оцінку розвитку дитини. Маючи висновок від ІРЦ, батьки можуть написати заяву до закладу дошкільної освіти про зарахування дитини в інклюзивну групу. Згідно з цією заявою директор ЗДО створює інклюзивну групу, потім створюється команда психолого-педагогічного супроводу. Інклюзивно-ресурсний центр відіграє провідну роль у формуванні психолого-педагогічного, соціального супроводу дитини з РДУГ та її батьків.

Рекомендованими є психолого-педагогічні втручання, розраховані на батьків і вчителів дітей із РДУГ, які спрямовано на:

- пояснення суті й механізмів основних ознак розладу;
- підвищення компетенцій у щоденній взаємодії з дитиною;
- побудову системи правил і заохочень, системи тайм-аутів;
- підвищення ефективності управління поведінкою дитини.

Отже, педагогу також треба навчитися застосовувати методики корекційної роботи, створювати підтримуюче середовища, де дитина з РДУГ відчувала б розуміння, мотивацію та можливість розвиватися у своєму власному темпі. Завдяки вмілому педагогічному супроводу можна значно полегшити адаптацію дітей з РДУГ до вимог освітнього процесу та суспільства, що є основою для їх успішного майбутнього. Педагогічна підтримка дітей з РДУГ також вимагає від педагога терпіння, емпатії та високого рівня професійної підготовки. Важливо, щоб педагог був обізнаний щодо особливостей таких вихованців.

3.2. Взаємодія вихователя і батьків у процесі педагогічного супроводу

Взаємодія вихователя і батьків є одним з найважливіших аспектів у процесі педагогічного супроводу дітей, адже саме це партнерство створює умови для ефективного розвитку дитини, формування її особистісних якостей та адаптації до соціуму. Педагогічний супровід, що здійснюється в тісній співпраці з родиною, дозволяє забезпечити комплексний підхід до розвитку дитини, враховуючи її індивідуальні потреби, особливості психоемоційного стану та рівень готовності до навчання.

Розглянемо загальні засади педагогічного супроводу батьків шляхом партнерської взаємодії.

В роботі Н. Голота, А. Карнаухової зазначається, що на відміну від досить авторитарної педагогіки минулого, сучасна дошкільна освіта вирізняється відкритістю, прагненню до встановлення суб'єкт-суб'єктних взаємин між усіма учасниками освітнього процесу [2].

Педагогам задля комфортного перебування кожного вихованця в закладі дошкільної освіти, забезпечення якості освіти важливо встановити партнерську взаємодію з кожною родиною, створити атмосферу взаємопідтримки та спільності інтересів щодо духовного розвитку дітей, захисту їхніх прав, соціалізації.

Саме партнерство на сьогодні є типом конструктивної взаємодії, що передбачає не лише досягнення визначеної мети при рівності у правах та обов'язках усіх суб'єктів освітнього процесу, але й задоволення їх потреб, координацію їх зусиль заради пріоритету інтересів дитини. При цьому на кожного учасника покладається відповідальність за результат партнерської взаємодії. І саме в цьому аспекті, як показує практика дошкільної освіти, виникають найбільші складнощі. Йдеться про те, що, нажаль, багато вітчизняних педагогів не усвідомили важливість суб'єкт-суб'єктної взаємодії в освітньому процесі й не готові вибудовувати партнерську взаємодію з усіма його учасниками.

Це, насамперед, стосується дитини, заради інтересів якої згуртовуються зусилля всіх інших учасників освітнього процесу. Водночас не всі дорослі (як вихователі, так і батьки) вбачають у дитині суб'єкта взаємодії, учасника освітнього процесу.

Діють стереотипи: дитина дошкільного (а особливо – раннього віку), маленька. Вона із задоволенням та захопленням наслідує дорослих, багато чого не знає й не усвідомлює завдяки відсутності життєвого досвіду й завдяки вік. Як при цьому вона може бути суб'єктом освітнього процесу? А якщо їй не захочеться відгукуватися на взаємодію, співпрацю з дорослим? Тут педагогу слід послуговуватися тим, що психологічну основу педагогіки партнерства складають суб'єкт-суб'єктні стосунки – співпраця двох суб'єктів.

Цей тип взаємин є для сучасної організації освітнього процесу оптимальним, бо, з одного боку, він зберігає за педагогом функцію управління процесом освітньої взаємодії, а з іншого – забезпечує дитині можливість діяти самостійно, виявити та реалізувати свої потреби, прагнення. Саме партнерство в освітньому процесі закладу дошкільної освіти забезпечить дитині можливість вільно висловлювати свої думки, виявляти активність у пізнанні навколишнього світу, ініціативу; відчувати повагу до себе навчатися поважати інших.

Щодо організації педагогічного партнерства з батьками. Автори Н. Голота, А. Карнаухова зазначають, що саме педагогічне партнерство має бути в основі педагогізації, виховання батьків [61].

Педагогізація – це цілеспрямована допомога дорослим у вигляді освітнього процесу, спрямовану на підвищення самостійності та виваженості рішень батьків у конкретних виховних ситуаціях.

Надзвичайно важливою умовою повноцінного становлення особистості дитини дошкільного віку є забезпечення єдності вимог до її виховання та розвитку в умовах сімейного та суспільного виховання [2].

Отже, педагогічна взаємодія з сім'ями вихованців є необхідною умовою повноцінного становлення зростаючої особистості та є джерелом збагачення

педагогічних знань батьків. Знову ж, слід зауважити, що, як свідчить практика дошкільної освіти, значна частина батьків не відчувають потреби до налагодження партнерської взаємодії з вихователями власних дітей: переважна частина розглядає таку взаємодію як втручання у виховання дитини в умовах сім'ї; інші батьки не готові поділитися з педагогами з проблемами, що виникають у них стосовно виховання дітей.

Умовами партнерської взаємодії при цьому має виступати довіра, бажання почути іншу точку зору й розглянути її, чи, зрештою, її прийняти, готовність на продовження такої взаємодії, як корисної, важливої. В цьому аспекті видається особливо важливим налагодження педагогічного партнерства між суб'єктами освітнього процесу в групах раннього віку, а саме: між малятами, педагогом та батьками вихованців.

Партнерські взаємини між адміністрацією, вихователями та батьками дають можливість оперативно реагувати на актуальні виклики та проблеми виховання дітей раннього та дошкільного віку, а саме відстежувати зміни у поведінці дитини, краще розуміти її вподобання, спільно вибудовувати траєкторію розвитку кожного малюка.

Рівень партнерських взаємин з батьками та їх очікування від взаємодії з педагогами, закладом дошкільної освіти загалом можуть бути виявлені та оптимізовані за допомогою різноманітних методів та форм роботи, таких як: анкетування, опитування, спільне складання планів освітньої взаємодії, відвідування сімей вихованців вдома та проведення загальних батьківських зборів.

Також до цих традиційних форм роботи можна застосовувати сучасний підхід, що надає батькам більшу свободу у вирішенні завдань виховання. Досвід свідчить, що для виявлення потреб батьків, їх проблем і труднощів у вихованні дітей корисними є бесіди та консультації (колективні та індивідуальні), тематику яких батьки вибирають самостійно з переліку питань, що охоплюють програму розвитку закладу дошкільної освіти, а також питання щодо поведінкових проявів дітей тощо.

Досвід практики дошкільної освіти дозволяє зазначити, що партнерська взаємодія між закладом дошкільної освіти та родинами вихованців має враховувати налагоджену комунікацію, що дозволяє оперативно відгукуватися на будь-які зміни та проблеми (створення чатів чи груп у соціальних мережах та месенджерах, проведення відеобесід).

Наприклад, батьки надсилають свої пропозиції у закриту групу у соціальних мережах або на сайт закладу дошкільної освіти. На сайті закладу дошкільної освіти є сторінка вікової групи, а також додаткова інформація щодо розвитку дітей раннього або дошкільного віку. Для зручності, додаткова інформація кодується за допомогою QR-коду на інформаційному стенді вікової групи. Цей код є досить ефективним, оскільки багато сучасних батьків не хочуть довго затримуватись біля інформаційних стендів, вважаючи, що вже мають достатньо знань з питань виховання дітей раннього або дошкільного віку. Однак, майже всі молоді батьки мають смартфони з програмами для зчитування інформації.

Щодо найважливіших питань, батьки можуть повідомити їх завдяки «Скриньки довіри», яка розміщена поряд з інформаційним стендом закладу дошкільної освіти. Використовуючи «Куточок для батьків», який знаходиться в кожній віковій групі, можна надати QR-коди для отримання актуальної інформації щодо розвитку та виховання дітей раннього або дошкільного віку. Електронне консультування та телефонний зв'язок є ефективними формами педагогічного партнерства з батьками, особливо під час війни. Згідно нашого опитування, батьки дітей з садочку відкриті до спілкування і готові приймати поради та рекомендації вихователів.

Ефективним способом взаємодії з батьками є проведення індивідуальних зустрічей, в яких беруть участь вихователі групи та фахівці, такі як психолог, педіатр, невропатолог, реабілітолог і логопед. Така потреба виникає у закладі дошкільної освіти через війну, де діти з різними проблемами отримують підтримку.

Під час таких зустрічей фахівці не лише висловлюють свої думки, але й уважно слухають батьків, виявляють зацікавленість та доброзичливість. В цей час батьки більш охоче і відверто розповідають про труднощі, що можуть виникати в сім'ї, про свої занепокоєння, пов'язані з поведінкою дитини, а також діляться успіхами своїх дітей [61].

У випадку дітей з ознаками РДУГ, взаємодія вихователя і батьків стає особливо важливою. Це дозволяє не лише своєчасно виявити симптоми розладу, але й розробити стратегії підтримки, спрямовані на покращення поведінкових і когнітивних функцій дитини. Тісна співпраця дозволяє вихователю враховувати потреби дитини у навчальному процесі, а батькам — отримати рекомендації щодо підтримки дитини вдома, що, в свою чергу, забезпечує стабільність у розвитку та адаптації малюка [2].

3.3 Рекомендації родині, яка виховує дитину із РДУГ

У своїх стосунках з дитиною слід дотримуватися «позитивної моделі». Хвалити дитину в кожному випадку, коли вона на це заслуговує, помічати навіть незначні її успіхи. Пам'ятати, що гіперактивні діти ігнорують зауваження й догани, але чутливі до найменшої похвали.

– Будувати стосунки з дитиною бажано на довірі, а не на страху. Вона завжди повинна відчувати Вашу допомогу й підтримку. Формувати у дитини адекватну самооцінку. Особливо важливий фізичний контакт із дитиною. У напруженій ситуації обійміть її, притисніть до себе, погладьте, заспокойте, скажіть лагідне слово – в динаміці це дає виражений позитивний ефект, оскільки м'язова та емоційна напруга дитини будуть знижуватися. А постійні зауваження й обмеження лише збільшують прірву між батьками та їхніми дітьми.

- Частіше говоріть «так», уникайте слів «ні», «не можна», «не чіпай», «забороняю», оскільки це для дитини, фактично, пустий звук.

- Доручіть дитині частину домашніх справ, які необхідно виконувати щоденно (купувати хліб, мити посуд, годувати собаку тощо) та ні в якому разі не виконуйте їх за неї.
- Заведіть щоденник самоконтролю й відмічайте в ньому разом з дитиною її успіхи вдома й у школі.
- Введіть бальну або знакову систему винагородження (можна кожний гарний вчинок позначати зірочкою, а за певну їх кількість нагороджувати іграшкою, солодощами або давно обіцяною поїздкою).
- Уникайте завищених чи, навпаки, занижених вимог до дитини. Намагайтеся ставити перед нею завдання, які відповідають її можливостям.
- Визначте для дитини рамки поведінки – що можна, а чого не можна. Вседозволеність, безперечно, не принесе ніякої користі.
- Система заборон повинна обов'язково супроводжуватися альтернативними пропозиціями. Наприклад, дитина починає рвати шпалери (цілком розповсюджений прояв). Безумовно, слід зупинити її й дати замість цього який-небудь аркуш паперу: «Спробуй порвати ось це, а коли закінчиш, збери всі шматочки в кошик для сміття».
- Постійно вимагайте повторити, як дитина почула та зрозуміла звернення до неї. Для підкріплення усних інструкцій використовуйте зорову стимуляцію.
- На певний проміжок часу визначайте дитині лише одне завдання, щоб вона могла його повністю і якісно виконати. Наприклад, з 8.30 до 9.00 прибирати постіль. Для цього можна використати будильник або кухонний таймер. Спочатку обговоріть завдання, а потім підключайте техніку. Це буде сприяти зниженню агресії.
- Завдання повинні бути простими і конкретними («почисть зуби, а тепер одягайся», а не «збирайся до школи»).
- Не нав'язуйте дитині жорстких правил. Ваші вказівки повинні бути вказівками, а не наказами. Вимагайте виконання правил, які стосуються її безпеки й здоров'я. Оскільки гіперактивні діти часто бувають моторно

незграбними, роблять небезпечні дії, не думаючи про наслідки, тому їх слід оберігати від можливих травм голови. Демонстративна поведінка дитини – це її спосіб привернути Вашу увагу. Проводьте з нею більше часу: грайте, навчайте, як правильно спілкуватися із іншими людьми, як поводити себе в громадських місцях, переходити вулицю та іншим соціальним навичкам.

- Дотримуйтесь вдома чіткого розпорядку дня. Вживання їжі, прогулянки, ігри, відхід до сну повинні здійснюватися в один і той самий час. Одразу хваліть і винагороджуйте дитину за хорошу поведінку.

- Вдома необхідно створити для дитини спокійну обстановку.

Ідеально було б виділити їй окрему кімнату або частину її для занять, ігор, усамітнення, тобто створити власну «територію». У кімнаті повинна бути мінімальна кількість предметів, які б не відволікали й не розсіювали увагу дитини. Колір шпалер має бути не яскравим, заспокійливим (краще за все блакитний). Було б добре організувати в її кімнаті спортивний куточок.

- Якщо дитині важко вчитися, не вимагайте від неї високих оцінок з усіх предметів. Достатньо мати гарні оцінки з 2-3 основних предметів.

- Створіть необхідні умови для навчання. У дитини повинен бути свій куточок. Під час занять на столі не повинно бути нічого, що відволікало б її увагу. Над столом не повинно бути ніяких плакатів і фотографій.

- Уникайте за можливістю великого скупчення людей. Перебування в магазинах, ринках тощо вкрай збуджують дитину. Оберігайте дитину від перевтоми, оскільки вона призводить до зниження самоконтролю й зростання рухової активності. Обмежуйте час перебування перед телевізором і комп'ютером.

- Слідкуйте за тим, щоб дитина висипалася. Недостача сну впливає на здатність засвоювати матеріал

Розвивайте в неї усвідомлене гальмування, вчіть контролювати себе. Перед тим, як щось зробити, нехай порахує, від 1 до 10, а потім від 10 до 1.

- Надавайте дитині можливість витратити надлишкову енергію. Корисні щоденні фізичні навантаження на свіжому повітрі – тривалі

прогулянки, біг, спортивні заняття. Розвивайте гігієнічні навички, зокрема, загартування. Але не перевтомлюйте дитину.

- Виховуйте в дитини інтерес до якого-небудь заняття. Їй важливо відчувати себе вмілою та компетентною в якійсь справі. Завдання батьків – знайти ті заняття, які б давалися дитині й підвищували її впевненість у собі. Проте не слід перевантажувати дитину заняттями в різних гуртках, особливо в тих, де є значні навантаження на пам'ять та увагу, а також, якщо дитина не отримує особливого задоволення від цих занять.

- Зробіть усе можливе для підвищення самооцінки дитини, адже завдяки дефіцит уваги вона може неправильно розуміти вказівки та іншу

Головне у співпраці з гіперактивною дитиною – постійна винагорода позитивної та бажаної поведінки, стимулювання мотивації, заохочення до потрібних дій [6].

Процес педагогічного супроводу дітей у дитячому садку вимагає постійної комунікації між вихователем і батьками. Це включає регулярні консультації, обговорення результатів навчання та поведінки, а також спільну розробку індивідуальних планів розвитку для кожної дитини. Тому важливо, щоб вихователь не лише володів знаннями з питань педагогіки, а й умів ефективно взаємодіяти з батьками, створюючи атмосферу довіри і підтримки.

Висновок до розділу 3

Підсумовуючи, ми можемо зазначити, що роль педагога в підтримці дитини з розладом із дефіцитом уваги та гіперактивності є надзвичайно важливою для успішної соціалізації та освітнього процесу такої дитини. Педагог має бути не лише фахівцем у своїй предметній галузі, але й активним партнером у розумінні особливостей розвитку дітей з РДУГ. Важливою складовою є створення інклюзивної атмосфери, де дитина зможе відчути себе підтриманим та прийнятим. Співпраця з психологами, батьками та іншими викладачами є важливою частиною процесу, який дозволяє педагогу не лише

ефективно реагувати на поведінкові особливості дітей, але й створювати індивідуальні плани розвитку, які забезпечують дитині найкращі умови для її всебічного розвитку.

Отже, роль педагога в ЗДО стає не тільки в організації освітнього процесу, але й у тому, щоб бути надійною підтримкою для дітей з РДУГ, надаючи їм можливості для розвитку, успіху та гармонійного розвитку.

Взаємодія вихователя і батьків є важливим аспектом педагогічного супроводу, що забезпечує комплексний підхід до розвитку дитини. Ефективна співпраця між вихователями і батьками сприяє гармонійному розвитку дитини, завдяки чому дозволяє забезпечити єдність вимог, підходів та методик, як у закладі дошкільної освіти, так і вдома. Це забезпечення стійкості педагогічного впливу та кращої адаптації дітей до різних умов навчання, розвитку емоційної, соціальної і когнітивної сфери.

Ключовим елементом такої взаємодії є відкритість і довіра між вихователями і батьками. Батьки повинні мати змогу отримати інформацію про успіхи, труднощі та досягнення своїх дітей, а вихователь — вивчити думку та побажання батьків, що дозволяє створити найбільш комфортні умови для розвитку дитини. Педагогічний супровід включає в себе не лише освітні заходи, але й емоційну підтримку, що батьки бачать потреби та особливості своїх дітей, а також дає рекомендації щодо їх виховання.

ВИСНОВКИ

У роботі ми ретельно ознайомилися та дослідили розлад із дефіцитом уваги та гіперактивності (РДУГ) та його проявами у дітей дошкільного віку. РДУГ – це складний, хронічний і гетерогенний розлад розвитку, який типово починається в дитинстві та зберігається в дорослому віці. Це найпоширеніший розлад нейророзвитку зі значним впливом на особисте, соціальне, академічне та професійне функціонування та розвиток ураженої людини. Він з’являється внаслідок ураження центральної нервової системи.

За визначенням DSM–5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition–5), розлад із дефіцитом уваги та гіперактивністю – це неврологічний розлад, що характеризується недостатньою увагою, імпульсивністю та гіперактивністю, які суттєво ускладнюють функціонування особистості [1].

Цей розлад являється вродженим. Тому ми дослідили які чинники можуть зумовлювати появу розладу у дітей. До них можуть відноситися:

- успадкованість – має найбільший вплив;
- екологічне забруднення пестицидами, свинцем, ПХБ;
- алкоголь, куріння, стрес під час вагітності;
- низька вага при народженні, недоношеність;
- пролонгована жовтяниця у малюків.

Дуже важливе вчасне розпізнавання цього розладу, щоб запобігти негативних наслідків в соціальному, емоційному та когнітивному функціонуванні дитини. Тому обізнаність вихователів щодо РДУГ, які найбільше спілкуються і спостерігають за дитиною, вкрай важлива.

Педагогічний супровід батьків, які мають дитину з РДУГ, є важливою складовою ефективної взаємодії між сім’єю та закладом дошкільної освіти (ЗДО). Успішна співпраця сприяє гармонійному розвитку дитини, її соціалізації та подоланню труднощів, пов’язаних із проявами РДУГ.

Особливості педагогічного супроводу в ЗДО полягають в інформуванні та консультуванні батьків, психолого-педагогічній підтримці, у розробці

спільних стратегій виховання, організації тренінгів та семінарів, постійному зворотньому зв'язку, регулярних зустрічах з батьками для обговорення успіхів дитини, труднощів та рекомендацій щодо подальших дій.

Педагогічний супровід батьків повинен базуватися на довірі, відкритості та взаємній підтримці. Це дозволяє батькам відчувати себе впевненими у своїй ролі, а дитині — отримувати необхідну увагу та підтримку як у ЗДО, так і вдома. Такий підхід сприяє створенню єдиного середовища для розвитку, в якому дитина з РДУГ може максимально реалізувати свої можливості.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Американська психіатрична асоціація. *Діагностично-статистичний посібник психічних розладів: DSM-5.*
<https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
2. Голота Н.М., Карнаухова А.В. Організація педагогічного партнерства в ЗДО як умова забезпечення якості освіти дітей раннього та дошкільного віку. 2023. С.68-75.
3. Державний експертний центр міністерства охорони здоров'я України: Розлад із дефіцитом уваги та гіперактивністю у дітей та молоді. Клінічна настанова. 2019. 138. С.9. https://www.dec.gov.ua/wpcontent/uploads/2019/11/2019_09_30_kn_rozladdu.pdf
4. Державний експертний центр міністерства охорони здоров'я України: Розлад із дефіцитом уваги та гіперактивністю у дітей та молоді. Клінічна настанова. 2019. № 138. С. 9. https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2019_09_30_kn_rozladdu.pdf
5. Єрмоменко О. А. Сутність педагогічного супроводу освітнього процесу. *Проблеми інженерно-педагогічної освіти.* 2012. №36. С.36-100: URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pipo_2012_36_19)
6. Загурська С.М. Рекомендації щодо навчання і розвитку дітей із розладом дефіциту уваги та гіперактивності. Інформаційно-методичний збірник. Київський інститут післядипломної освіти педагогічних кадрів. № 4(222), 2019р. С.14-21.
7. Закон України «Про освіту»
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145-19#Text>
8. Закон України «Про дошкільну освіту»
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2628-14#Text>
9. Іванова Т.В. Психологічний супровід дітей дошкільного віку з розладом дефіциту уваги та гіперактивності. GENEZUM: *Збірник тез доповідей*

учасників Всеукраїнської науково-практичної конференції. Одеса, 16.06.2020. С.270-277.

10. Коло сім'ї. Центр здоров'я та розвитку. Допомога дітям з розладом із дефіцитом уваги і гіперактивності в освітніх закладах. Методичний посібник.
<https://k-s.org.ua/adhd/>

11. Конституція України
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>

12. Крутій К.Л., Деснова І. С. Термінологічне поле освітнього процесу: супровід та підтримка / Multi disciplinárny zine z národ ní vědecký magazín “Věda a perspektivy” jeregistrován v České republice. Státní registrační číslo u Ministerstva kultury ČR: E 24142. 2022. № 4 (11). p.p.111-121.

13. Скрипник Т. Інклюзивна освіта дітей з розладом із дефіцитом уваги та гіперактивності. *Нейронews: погляд на проблему*. 2020. № 8 (119). С.11-15.

14. Тохтамиш О. М. Психологічний супровід дітей дошкільного і молодшого шкільного віку з гіперактивністю та дефіцитом уваги : дис. канд. мед. наук : спец. 19.00.04. Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України. К., 2010.С.3-11.

15. Ферт О. Психолого-педагогічні умови підготовки фахівців до роботи з гіперактивними учнями в системі загальноосвітніх закладів України. *Вища освіта України*. К., 2008. Т.ІІ (9). С. 572-577.

16. Чопик Л., Мусієнко М. Особливості прояву розладу дефіциту уваги з гіперактивністю у дітей старшого дошкільного віку. *Науковий вісник Вінницької академії безперервної освіти. Серія «Педагогіка. Психологія»*. 2024. №1.

<https://journals.academ.vinnica.ua/index.php/pedpsych/article/view/162/151>

17. Abdollahian E. et al. The effectiveness of cognitive-behavioural play therapy on the symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder in children aged 7-9 years. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*. 2013. № 5(1). P.p. 41-61. doi: 10.1007/s12402-012-0096-0.

18. ADHD – Attention Deficit Disorder in Children. Child Development Institute. 18 Nov. 2010. http://www.childdevelopmentinfo.com/kids_adhd/adhd.shtml
19. Ainsworth S. E., & Scheiter K. Learning by Drawing Visual Representations: Potential, Purposes, and Practical Implications. *Current Directions in Psychological Science*. 2021. № 30 (1). P.p. 61-67. <https://doi.org/10.1177/0963721420979582>
20. American psychiatric association. Diagnostic and Statistical manual of mental disorders. *Fifth edition*. 2013.
21. Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 2015 Aug 6;1:15020. doi: 10.1038/nrdp.2015. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27189265/>
22. Ballard W., Hall M.N, Kaufmann L. Clinical inquiries. Do dietary interventions improve ADHD symptoms in children? *J Fam Pract* 2010;59:234–5.
23. Barkley R.A. ADHD – Long-term course, adult outcome, and comorbid disorders. In P. S. Jensen & J. R. Cooper (Eds.). *Attention deficit hyperactivity disorder: State of the science-best practices*. 2002. pp. 4–14–12. <https://psycnet.apa.org/record/2003-00785-004>
24. Barkley R.A. ADHD – Long-term course, adult outcome, and comorbid disorders. In P. S. Jensen & J. R. Cooper (Eds.). *Attention deficit hyperactivity disorder: State of the science-best practices*. 2002. pp. 4–12. <https://psycnet.apa.org/record/2003-00785-004>
25. Barkley R.A., Murphy K.R., Fischer M. Identifying new symptoms of ADHD in adulthood. New York: Guilford Press; 2008. pp. 170–204.
26. Cayabyab R., Ramanathan R. High unbound bilirubin forage: a neurotoxin with major effects on the development in brain. *Pediatric Research*. P.85:183-190. 2019.
27. Chevalier N., Parent V., Rouillard M., Simard F., Guay M-C., Verre C. The Impact of a Motor-Cognitive Remediation Program on Attentional Functions of Preschoolers With ADHD Symptoms. *Journal of Attention Disorder*. 2017. V. 21. №13. P.1063 – 1072. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1087054712468485>
28. Bhutta A.T, Cleves M.A, Casey P.H, et al. Cognitive and behavioral outcomes of school-aged children who were born preterm: a meta-analysis. *JAMA* 2002; P.288:728–37.

29. Daley D., Jones K., Hutchings J., Thompson M. Attention deficit hyper activity disorder in pre-school children: Current findings, recommended interventions and future directions. *Child: Care, Health and Development*. 2009. V. 35. P. 754-766.
30. Demma M. Cabral I., Stephanie Liu, and Neelkamal Soares Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnostic criteria, epidemiology, risk factors and evaluation in youth. *Journal Translational Pediatric*. 2020. P.104-113. doi: [10.21037/tp.2019.09.08](https://doi.org/10.21037/tp.2019.09.08)<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7082246/>
31. D'Onofrio B.M., VanHulle C.A., Waldman I.D., et al. Smoking during pregnancy and offspring externalizing problems: an exploration of genetic and environmental confounds. *Dev Psychopathol*. 2008.
32. Eubig P.A., Aguiar A., Schantz S.L. Lead and PCB as risk factors for attention deficit/hyperactivity disorder. *Environ Health Perspect* 2010; P.118:1654–67.
33. Faraone S.V., Asherson P., Banaschewski T., Biederman J., Buitelaar J.K., Ramos-Quiroga JA, Rohde L.A., Sonuga-Barke E.J., Tannock R., Franke B.
34. Faraone S.V., Larsson H. Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Mol Psychiatry*. 2019 Apr;24(4):562-575. doi: 10.1038/s41380-018-0070-0.
35. Hack M., Youngstrom E.A., Cartar L., et al. Behavioral outcomes and evidence of psychopathology among very low birth weight infants at age 20 years. *Pediatrics*. 2004. P.34-42.
36. Hung-Chieh Chou., Hung-Chih Lin, Kuang-Hua Huan et al. Associations between Neonatal Jaundice and Autism Spectrum Disorder or Attention Deficit Hyperactivity Disorder: *Nationwide Population Based Cohort Study*. 28 July 2022.
37. Kruty K. Formation of Speech Activity in Older Preschool Children with Autistic Disorders / Bazyma, N., Zdanevych, L., Kruty, K., Tselhnyk, T., Popovych, O., Ivanova, V., & Cherepania, N. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*. 2020. 11(3). P.p. 107-11. <https://doi.org/10.18662/brain/11.3/112>

38. Larsson H., Chang Z., D’Onofrio B. M., Lichtenstein P. The heritability of clinical diagnose dattention deficit hyper activity disorder across the lifespan. *PsycholMed*. 2014. № 44(10). P.p. 2223–2229.
39. Lichtenstein P., Carlstrom E., Rastam M., etal.The genetics of autism spectrum disorders and related neuropsychiatric disorders i 1nchildhood. *Am J Psychiatry* 2010;167:1357–63.
40. Linnet K.M., Dalsgaard S., Obel C., etal. Maternal life style factors in pregnancy risk of attention deficit hyper activity disorder and associated behaviors: review of thecurrentevi dence. *Am J Psychiatry*. 2003;p.160:1028–40.
41. MagnusW., NazirS., AnilkumarA. C., ShabanK.. Attention Deficit Hyperactivity Disorder Stat Pearls Publishing. 2023.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441838/>
42. Mahone E., Martha B. Attention-Deficit/HyperactivityDisorder: A *Historica lNeuropsychological Perspective*. *J IntNeuropsycholSoc* 2017. Oct 23(9-10): p.916-929 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5724393/#R80>
43. Mayer R. E., & Moreno R. Nine ways to reduce cognitive load in multimedia learning. [Educational Psychologist](#). 2003.№ 38 (1). P.p. 43-52.
44. Nigg J.T. ADHD leadex posure and prevention: how much leador how muchevidenceis needed? *ExpertRevNeurother*. 2008;8:519–21.
45. Pelsser L.M., Frankena K., Toorman J., etal. Effectsof a restricted elimination dietont hebehaviour of children with attention-deficithy peractivity disorder (INCA study): a randomisedcontrolledtrial. *Lancet*. 2011;377 P.494–503.
46. RiceF., HaroldG.T., BoivinJ., etal. The links between prenatalstress and off spring development and psychopathology: disentang ling environment alandin herite dinfluences. *PsycholMed*. 2010;40: P.335–345.
47. Rutter M., Thapar A., Pickles A. Gene–environmentinteractions: biologicallyvalidpathwayorartifact? *Arch Gen Psychiatry*. 2009;66:1287–9.)
48. Sprich S., Biederman J., Crawford M.H., Mundy E., Faraone S.V. Adopt iveand biological familie sof children and adol escents with ADHD. *J Am Acad Child AdolescPsychiatry*. 2000;39:1432–7.

49. Thapar A., Cooper M., Jefferies R., et al. What Causes Attention Deficit Hyperactivity Disorder? *Archives of Disease in Childhood*, 2012. 97:260–265.
50. Thapar A., Holmes J., Poulton K., et al. Genetic basis of attention deficit and hyperactivity. *Br J Psychiatry*. 1999; p.174:105–11.
51. Todd R.D, Huang H., Henderson C.A. Poor utility of the age of onset criterion for DSM-attention deficit/hyperactivity disorder: Recommendations for DSM-V and ICD-11. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2008. P.49:942–949. doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.)

ДОДАТКИ

Додаток А



Додаток Б

ПЕДАГОГАМ

Якщо у Вашому класі/групі є вихованці, які мають проблеми зі шкільною успішністю, поведінкою та стосунками з педагогами і ровесниками, наведений перелік можливих проявів РДУГ дозволить Вам запідозрити наявність у дитини цього розладу.

- ☐ Під час заняття багато рухається, вовтузиться на стільці, часто встає з місця.
- ☐ Має проблеми з утриманням уваги на завданні; під час заняття часто неуважний, легко відволікається на сторонні подразники.
- ☐ Не зосереджується на деталях, робить ненавмисні помилки через неуважність у завданнях.
- ☐ Під час заняття часто «відсутній», «десь літає в іншому світі», не чує, коли до нього говорять.
- ☐ Часто відповідає на запитання вихователя, не піднімаючи руки/не отримавши дозволу; багато говорить, часто перебиває інших.
- ☐ Не може витерпіти, коли треба чогось чекати.
- ☐ Дуже емоційний, легко втрачає самовладання.
- ☐ Діє «імпульсивно», не подумавши про наслідки чи правила.
- ☐ Створює проблеми своєю поведінкою в сім'ї/садочку, у стосунках із ровесниками (ненавмисно може поламати те, що будують інші діти, помалювати на чужому малюнку, взяти без дозволу іграшку якою грається інша дитина).
- ☐ Створює багато шуму, голосно розмовляє, перебиваючи інших.
- ☐ Не може самоорганізуватися (наприклад, прибрати іграшки після себе, прибрати своє робоче місце після будь якої діяльності).

Якщо Ви позитивно відповіли на більшість із цих запитань, то досить імовірно, що у Вашого вихованця РДУГ.

БАТЬКАМ

Спробуйте оцінити поведінку своєї дитини за наведеною анкетой. Відзначте

позначкою наявність у Вашої дитини основних симптомів ГРДУ.

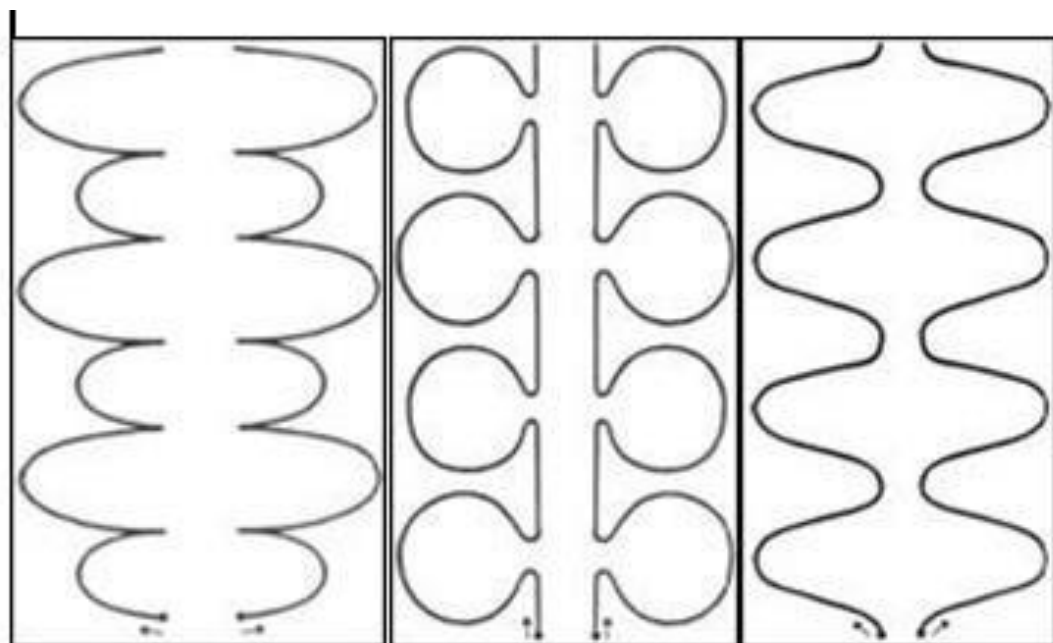
Моя дитина часто...

- ☐ безперервно рухається, не може довго сидіти на одному місці, бігає чи лазить тоді, коли вимагається сидіти на місці
- ☐ багато говорить, перебиває інших, недоречно втручається в розмову інших
- ☐ не може витерпіти, коли треба чогось чекати (наприклад, своєї черги в грі чи в крамниці)
- ☐ має проблеми з утриманням уваги на завданні, легко відволікається на сторонні подразники
- ☐ «відсутня», «десь літає в іншому світі», не чує, коли до неї говорять
- ☐ не зосереджується на деталях, робить ненавмисні помилки через неуважність у класних/домашніх завданнях
- ☐ діє «імпульсивно», не подумавши про наслідки чи правила
- ☐ не має страху, часто діє надто ризиковано
- ☐ створює проблеми своєю поведінкою в сім'ї, у садочку/школі, у стосунках із ровесниками.
- ☐ часто травмується – може врізатися у будь що, коли бігає, не може вчасно загальмувати, падає на рівному місці
- ☐ все «випадає з рук» дитини коли їсть: ложки, виделки, їжа, посуд, коли просите щось потримати

Кінезіологічні вправи

«Дзеркальне малювання»

Малювати на аркуші паперу одночасно обома руками дзеркально-симетричні малюнки, літери.



× × × × × ×

× × × × × ×

× × × × × ×

× × × × × ×

× × × × × ×

1001 30 20-00-01

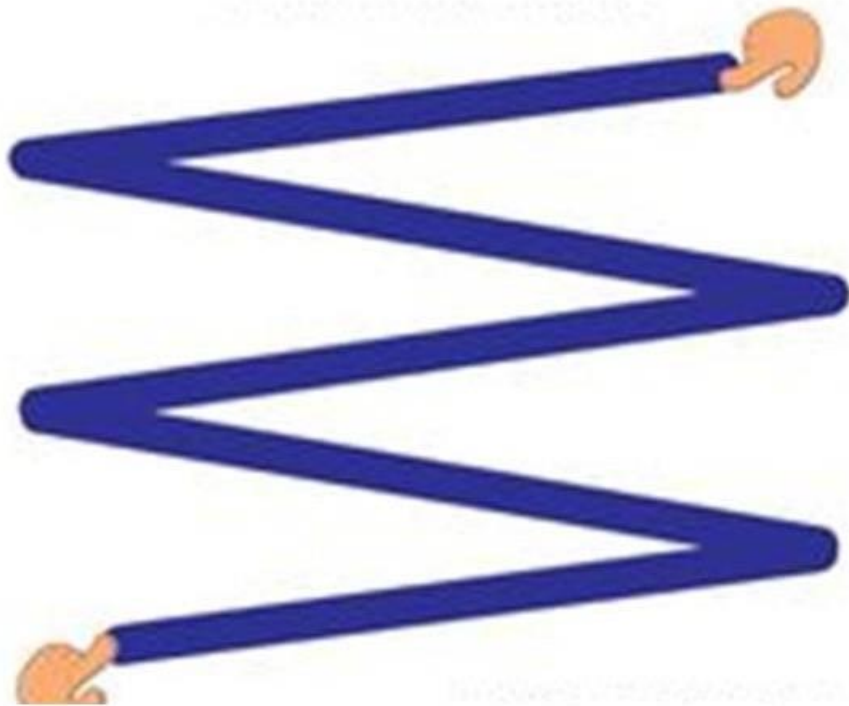
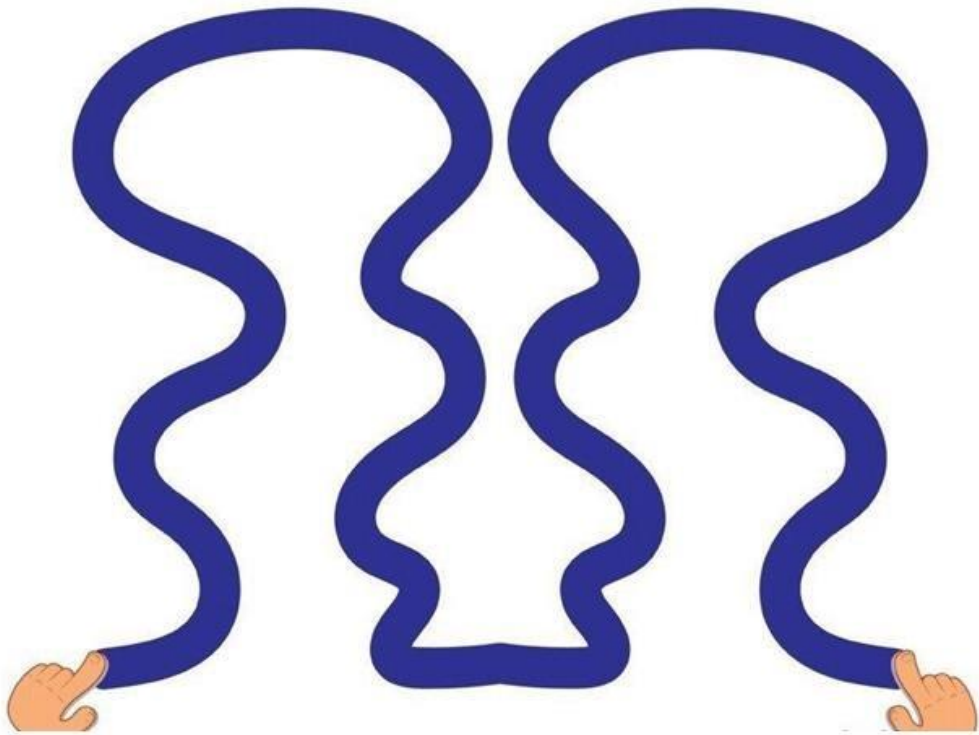
× × × × × ×

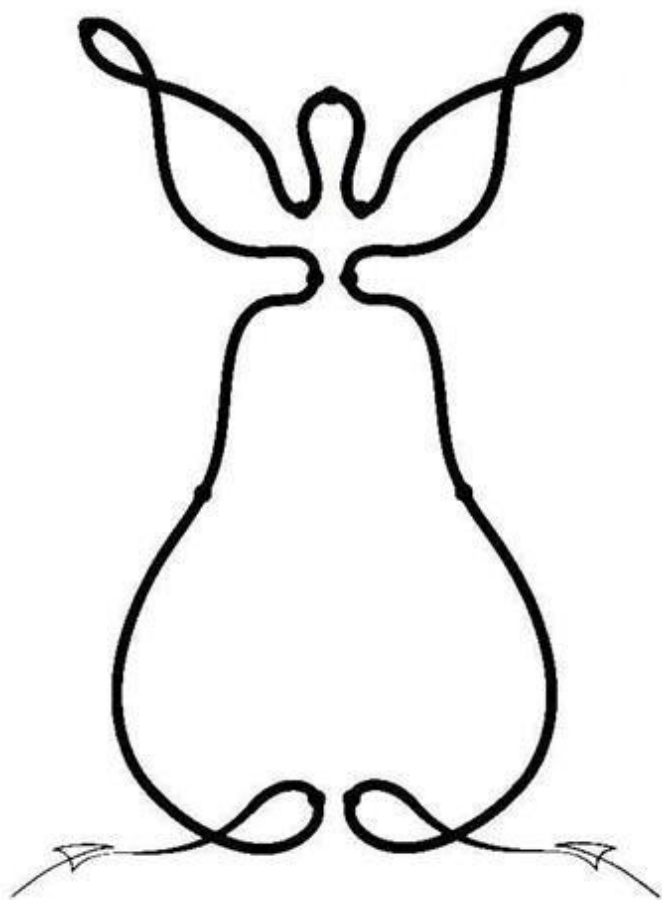
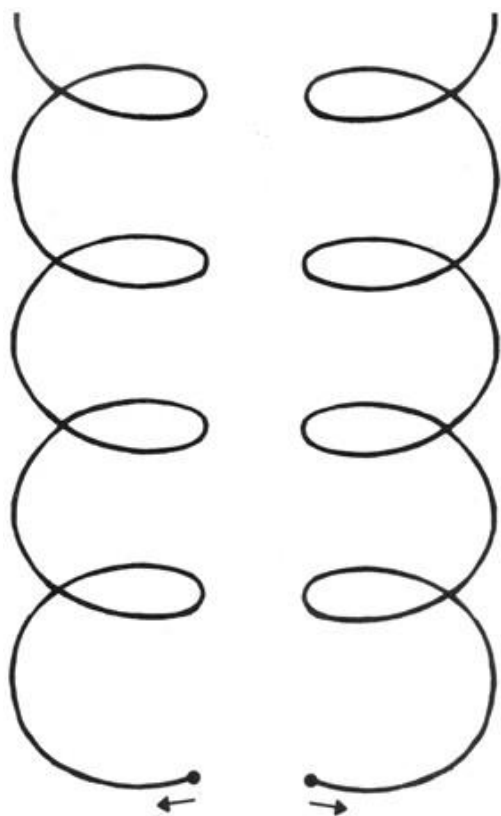
× × × × × ×

× × × × × ×

× × × × × ×

× × × × × ×





Перехресні рухи

