



СУЧАСНИЙ ПЕДАГОГ

Коллективна наукова монографія

Том 1



Об'єднання науковців GlobalNauka
<http://www.globalnauka.com>
Онлайн-сервіс «Організатор конференцій»
<http://orgconf.com/>

СУЧАСНИЙ ПЕДАГОГ

Коллективна наукова монографія
Том 1

Дніпро
Акцент ПП
2020

Наукова редакційна колегія:

Василенко Інна Анатоліївна – к.т.н., доц., доцент кафедри технології неорганічних речовин та екології ДВНЗ «Український державний хіміко-технологічний університет» (м. Дніпро).

Іванченко Анна Володимирівна – к.т.н., доц., доцент кафедри хімічної технології неорганічних речовин Дніпровського державного технічного університету (м. Кам'янське);

Мандрика Тетяна Петрівна – викладач вищої категорії, ПЦК програмної інженерії, завідувача підготовчим відділенням Коледжу ракетно-космічного машинобудування ДНУ імені Олеса Гончара (м. Дніпро).

Автори:

<i>Андрушко І.А.</i>	<i>Дубовик Т.М.</i>	<i>Мордованець М.А.</i>	<i>Скиба М.І.</i>
<i>Басіч А.С.</i>	<i>Зозуля І.Є.</i>	<i>Махмутова Г.Ф.</i>	<i>Ткаченко С.Л.</i>
<i>Боднарюк І.М.</i>	<i>Ізнатенко В.М.</i>	<i>Ніколаєнко Л.П.</i>	<i>Чигвінцева О.П.</i>
<i>Бойко Ю.В.</i>	<i>Кізь О.Б.</i>	<i>Олійник І.В.</i>	<i>Чупринов Є.В.</i>
<i>Василенко І.А.</i>	<i>Ковальова І.Б.</i>	<i>Поздрань Ю.В.</i>	<i>Шаповал Ю.Д.</i>
<i>Вдовиченко І.Н.</i>	<i>Коренко М.Г.</i>	<i>Прокопець Т.В.</i>	<i>Шимкович О.Д.</i>
<i>Вербицька Т.Г.</i>	<i>Кормер М.В.</i>	<i>Сергєєва О.В.</i>	<i>Шмельцер К.О.</i>
<i>Грицай Ж.М.</i>	<i>Макаренко Л.Ф.</i>	<i>Синьгубенко Л.М.</i>	<i>Юрченко Ю.Ю.</i>
<i>Грицай Л.І.</i>	<i>Мандрика Т.П.</i>	<i>Свишчина І.І.</i>	

Рецензенти:

Савченко Марія Олегівна – к.т.н., доц., доцент кафедри технології неорганічних речовин та екології ДВНЗ «Український державний хіміко-технологічний університет» (м. Дніпро);

Лялюк Віталій Павлович – д.т.н., проф., завідувач кафедри металургійних технологій Криворізького металургійного інституту Національної металургійної академії України (м. Кривий Ріг).

С 91 **Сучасний педагог:** колект. наук. монографія. Дніпро: Акцент ПП, 2020. – Т. 1. – 236 с.

ISBN 978-966-921-261 0

У монографії представлені результати наукових досліджень, новітніх педагогічних розробок та практичних впроваджень у навчальний процес, які піднімають його на новий якісний рівень, роблять доступним і більш ефективним для всіх учнів.

ISBN 978-966-921-261 0

© автори, 2020

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. СУЧАСНИЙ ПЕДАГОГ СЕРЕДНЬОЇ ЗАГАЛЬНООСВІТНЬОЇ ШКОЛИ	
<i>Басіч А.С.</i> ДИФЕРЕНЦІЙОВАНЕ ДОМАШНЄ ЗАВДАННЯ З УКРАЇНСЬКОЇ МОВИ ТА ЛІТЕРАТУРИ ЯК ЗАСІБ РОЗВИТКУ ТВОРЧИХ ЗДІБНОСТЕЙ УЧНІВ	6
<i>Боднарюк І.М.</i> ФОРМУВАННЯ КРЕАТИВНОЇ ОСОБИСТОСТІ НА УРОКАХ УКРАЇНСЬКОЇ МОВИ І ЛІТЕРАТУРИ	15
<i>Василенко І.А., Андрушко І.А., Ніколаєнко Л.П., Скиба М.І.</i> ЕКОЛОГІЧНА ОСВІТА І ВИХОВАННЯ	21
<i>Грицай Л.І., Грицай Ж.М.</i> ПЕДАГОГІКА ПАРТНЕРСТВА ЯК ОДНА ЗІ СКЛАДОВИХ КОНЦЕПЦІЇ НОВОЇ УКРАЇНСЬКОЇ ШКОЛИ	32
<i>Ігнатенко В.М.</i> ВИКОРИСТАННЯ ІНСЦЕНІЗОВАНИХ КАЗОК НА УРОКАХ ПРИРОДОЗНАВЧИХ ДИСЦИПЛІН ДЛЯ РОЗВИТКУ ТВОРЧИХ ЗДІБНОСТЕЙ УЧНІВ	42
<i>Макаренко Л.Ф.</i> МЕТОД ПРОАНАЛІЗОВАНИХ ПОМИЛОК УСНОГО МОВЛЕННЯ У НАВЧАННІ АНГЛІЙСЬКОЇ МОВИ	56
<i>Прокопець Т.В.</i> ВИХОВАННЯ ТВОРЧОЇ ОСОБИСТОСТІ ПРИ РОЗВ'ЯЗУВАННІ ВІНАХІДНИЦЬКИХ ЗАДАЧ	65
<i>Синишина І.І.</i> ВОДА – ЖИТТЄДАЙНА СИЛА	79
<i>Ткаченко С.Л., Вербицька Т.Г.</i> STEM-УРОК «ДОСЛІДЖУЄМО ВУГЛЕКИСЛИЙ ГАЗ»	86
РОЗДІЛ 2. СУЧАСНИЙ ПЕДАГОГ ВИЩОГО НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ	
<i>Вдовиченко І.Н.</i> ПРОБЛЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ ЗАНЯТЬ СПОСОБОМ ВЗАЄМНОГО НАВЧАННЯ	99
<i>Дубовик Т.М.</i> КОМП'ЮТЕРНІ МОДЕЛІ ТА МЕТОДИ НАВЧАННЯ ІТ-СПЕЦІАЛІСТІВ	108
<i>Зозуля І.С., Поздрань Ю.В.</i> ФОРМУВАННЯ МОТИВАЦІЇ НАВЧАННЯ ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ В УКРАЇНІ НА ЗАНЯТТЯХ З УКРАЇНСЬКОЇ МОВИ ЯК ІНОЗЕМНОЇ	117

<i>Кізь О.Б., Мордованець М.А.</i> ГПЕРАКТИВНІСТЬ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ: МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ТА СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНІ ВИМІРИ	126
<i>Кормер М.В., Шмельцер К.О., Ковальова І.Б.</i> ВПРОВАДЖЕННЯ ПРИНЦИПІВ ДУАЛЬНОЇ ОСВІТИ ДЛЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ ХІМІКІВ-ТЕХНОЛОГІВ	137
<i>Мандріка Т.П.</i> ДУАЛЬНА ОСВІТА ТА СУЧАСНИЙ КОЛЕДЖ	146
<i>Олійник І.В.</i> ПЕДАГОГІЧНА ПРАКТИКА МАЙБУТНІХ ДОКТОРІВ ФІЛОСОФІЇ ЯК ПРОВІДНИЙ ФАКТОР ФОРМУВАННЯ ДОСЛІДНИЦЬКОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ	153
<i>Сергеева О.В.</i> ВИКОРИСТАННЯ ПРИКЛАДНИХ РОЗРОБОК СТУДЕНТІВ СПЕЦІАЛЬНОСТІ 123-КОМП'ЮТЕРНА ІНЖЕНЕРІЯ У НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ В УДХТУ	161
<i>Синсгубенко Л.М., Юрченко Ю.Ю.</i> ПОЗААУДИТОРНА РОБОТА ВИКЛАДАЧІВ НА ПРИКЛАДІ РОБОТИ ГУРТКА «ЗНАВЦІ ХОЛОДУ»	172
<i>Чигвінцева О.П., Бойко Ю.В.</i> ЗАСТОСУВАННЯ ІННОВАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ НАВЧАННЯ ХІМІЇ В УМОВАХ ВИЩОГО ЗАКЛАДУ ОСВІТИ	186
<i>Чупринов Є.В., Коренко М.Г.</i> ВПРОВАДЖЕННЯ НАОЧНИХ МЕТОДІВ ФІЗИЧНОГО МОДЕЛЮВАННЯ В ПРОЦЕСІ НАВЧАННЯ ТЕХНОЛОГІВ-МЕТАЛУРГІВ	197
<i>Шаповал Ю.Д.</i> ШЛЯХИ ФОРМУВАННЯ МОТИВАЦІЙНОЇ, ІНФОРМАЦІЙНОЇ ТА ПРОЦЕСУАЛЬНО-ДІЯЛЬНІСНОЇ ГОТОВНОСТІ СУЧАСНОГО ПЕДАГОГА ДО ОСОБИСТІСНО ОРІЄНТОВАНОЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ	210
<i>Шимкович О.Д., Махмутова Г.Ф.</i> МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИКЛАДАННЯ БІОЛОГІЇ ТА ХІМІЇ ІНОЗЕМНИМ СЛУХАЧАМ НА ЕТАПІ ДОУНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ ПІДГОТОВКИ	224

викладача врахування особистого досвіду студентів, інтересів та схильностей, емоцій та почуттів, статусу в колективі.

Список літератури:

1. Аббасан Уасин. Способы формирования мотивации изучения русского языка в иракской аудитории. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата педагогических наук : специальность 13 00 02 – теория и методика обучения и воспитания (русский язык как иностранный). Санкт-Петербург, 2007.

2. Ильин Е. П. Мотивация и мотивы. СПб. : Питер, 2006. 512 с.

3. Міхненко Г. Е. Мотивація як рушійна сила процесу оволодіння іноземною мовою студентами немовних вузів. URL: http://www.rusnauka.com/2_ANR_2010/Philologia/1_57399.doc.Htm (дата звернення: 30.12.2019).

4. Капитонова Т. И., Москвин Л. В. Методика обучения русскому языку как иностранному на этапе предвузовской подготовки. СПб. : Златоуст, 2006. 273 с.

5. Сіваченко О., Недашківська А. Що мотивує студентів вивчати українську мову як іноземну в Північній Америці. Теорія і практика викладання української мови як іноземної. 2016. Випуск 12. С. 3–11.

6. Федотова Н. Л. Методика преподавания русского языка как иностранного. Практический курс. СПб. : Златоуст, 2013. 200 с.

7. Фурт Д. В. Motivation factors of the Ukrainian language teaching to foreign students. Social Educational Project of Improving Knowledge in Economics. 2018. Ed. 20.

8. Фурт Д. В. Мотиваційні чинники навчання української мови студентів-іноземців. Науковий журнал «Молодий вчений». Херсон, 2017. № 5 (45). С. 435 – 439.

9. Щороку зростає кількість іноземних студентів, які хочуть здобувати вищу освіту в Україні. URL: <https://press.unian.ua/press/10144736-shchoroku-zrostaye-kilkist-inozemnih-studentiv-yaki-hochut-zdobuvati-vishchu-osvitu-v-ukrajini-video.html> (дата звернення: 30.12.2019).

Кізь Ольга Богданівна, канд. психол. наук, доцент кафедри психології Тернопільський національний педагогічний університет імені Володимира Гнатюка, м. Тернопіль

Мордованець Маріанна Андріївна, магістрантка факультет педагогіки та психології Тернопільський національний педагогічний університет імені Володимира Гнатюка, м. Тернопіль

ГІПЕРАКТИВНІСТЬ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ: МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ТА СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНІ ВИМІРИ

Анотація: розкрито сучасні підходи до тлумачення сутності та причин виникнення гіперактивного розладу, визначення його типів, форм, механізмів прояву та діагностичних критеріїв виявлення. Викладено рекомендації щодо

необхідності об'єднання зусиль різнопрофільних фахівців, зокрема вчителів, психологів, соціальних працівників, лікарів загальної практики, педіатрів, психіатрів задля надання вчасної та оптимальної допомоги дітям з гіперактивним розладом і створення сприятливих умов для їх соціалізації та всестороннього розвитку в освітньому середовищі та сім'ї.

Ключові слова: гіперактивність, синдром гіперактивності, гіперактивний розлад, імпульсивність, неухважність, молодший шкільний вік, психолого-педагогічних супровід, психокорекція.

Актуальність дослідження зумовлена необхідністю створення розвивального і безпечного освітнього середовища для всестороннього розвитку кожної дитини, з гіперактивним розладом зокрема, та використання інноваційних методів навчання і виховання таких дітей у звичайних класах закладів загальної середньої освіти, що суголосить сучасним акцентам у реформуванні національної системи освіти та реалізації Концепції Нової української школи.

Гостороактуальність вирішення цього завдання зумовлюється тенденцією до зростання кількості дітей, у яких офіційно діагностовано порушення розвитку і відхилення поведінки різної генези, зокрема і гіперактивний розлад. Відсутність у дітей із гіперактивним розладом достатнього рівня розвитку шкільних навичок, надмірна активність, неухважність, імпульсивність у поведінці та інтелектуальній діяльності, натомість – шкільна дезадаптація і порушення поведінки, труднощі у взаєминах з оточуючими (однолітками, учителями, батьками) – спонукають зарубіжних та вітчизняних науковців до ґрунтовного аналізу проблеми залучення таких дітей у загальноосвітній простір шляхом надання комплексної мультидисциплінарної педагогічної, психологічної, медичної, соціальної підтримки, розробки індивідуальної траєкторії здобуття освіти.

Аналізування останніх публікацій. Гіперактивність є доволі складною медико-психологічною та соціально-педагогічною проблемою, позаяк лежить на межі генетики і неврології, психології та акушерства, соціології і педагогіки, психотерапії і психокорекції тощо. Серед зарубіжних та вітчизняних науковців проблема гіперактивності імпліцитно розкрита у численних працях учених: медичні аспекти вивчали Я. Бікшаєва, П. Вендер, Г. Гофман, Л. Журба, Д. Ісаєв, В. Ковальов, А. Личко, І. Марценковський, М. Певзнер, О. Романчук, Дж. Стіл, Є. Суковський, Г. Сухарева, О. Ткачова, Л. Чутко, Ю. Шевченко, А. Штраус; психологічні особливості дітей із гіперактивним розладом – Р. Барклі, І. Брязгунов, Р. Валлер, В. Дуглас, М. Заваденко, М. Касьян, О. Лютова, Г. Моніна, О. Плахотіна, Л. Руденко, Т. Саваж, О. Токар; педагогічні характеристики учнів із гіперактивним розладом – Дж. ДуПауль, Д. Гілборн, С. Зенталь, С. Ріф, М. Федоренко; особливості соціалізації дітей з гіперактивним розладом – С. Амес, Т. Борисова, Т. Ємельянцева, В. Кузьміна, О. Куцінко, Л. Матюхіна, Л. Прокопів, І. Сухіна, О. Ферт, Л. Ясюкова; способи надання педагогічної підтримки дітям з гіперактивним розладом у школі – Р. Аубрі, Р. Гібсон, Ф. Бредлі, М. Дюрхейм, М. Касьян, Т. Коттман, М. Мітчелл, Дж. Мурро, Т. Рібардер, Л. Стоун, Т. Фаласеніді, А. Шартранд тощо.

Слід визнати, що в Україні рівень освіченості щодо ГРДУ і в суспільстві, і серед медичних фахівців, і серед педагогічної громадськості залишається дуже низьким. Неусвідомленою залишається і соціальна значущість цієї проблеми. Якщо і вдається зусиллями батьків чи психологів закладу освіти вчасно діагностувати розлад, то рівень допомоги дітям з ГРДУ в Україні ще далекий до міжнародних стандартів, і переважна частина дітей не отримує належної підтримки.

Новизна. В Україні лише з XXI ст. розпочато впровадження системної і цілеспрямованої допомоги дітям із синдромом гіперактивності та їхнім батькам. І. Марценковський, Я. Бікшаєва, О. Ткачова публікують праці в українських медичних виданнях з проблеми синдрому гіперактивності. Проте, проаналізувши вітчизняну та зарубіжну літературу, можна стверджувати, що поведінка гіперактивних дітей – найчастіше об'єкт дослідження фахівців медичної галузі.

Синдром дефіциту уваги і гіперактивності є досить розповсюдженим розладом, який підтверджують різні дані у наукових джерелах. До прикладу, у публікаціях наводять дані про те, що в США ці цифри вагаються від 4 до 20 %, у Великобританії – 1-3 %, у Німеччині – 8-18 %, Італії – 3-10 %, Китаї – 1-13 %, Австралії – 7-10 %. Стверджується, що у дітей 7-12 років ознаки синдрому можна діагностувати в 2-3 раз частіше у хлопчиків порівняно з дівчатками. Цей значний відсотковий діапазон та гендерні відмінності спричинені відсутністю єдиних діагностичних критеріїв та методів оцінки симптомів захворювання.

Викладення основного матеріалу. Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги – це самостійне психологічне порушення, прояв мінімальних мозкових дисфункцій, що визначається за діагностичними критеріями відповідно до Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду (в МКХ-10 СДУГ включено у V главу «Психічні та поведінкові розлади» (F00-F99), до підрозділу «Поведінкові та емоційні розлади, що починаються звичайно в дитячому та підлітковому віці» (F90-F98), безпосередньо до групи «Гіперкінетичні розлади» (F90) під кодом F90.0).

У Діагностичному і статистичному посібнику з психічних розладів, розробеному Американською психіатричною асоціацією, в 1962 році до DSM-II було введено майже ідентичне по суті поняття: «гіперкінетична реакція дитинства». У 1980 році у DSM-III змінено формулювання діагнозу на «Дефіцит уваги з гіперактивністю або без гіперактивності» – це новий різновид синдрому дефіциту уваги, який може протікати лише з порушенням уваги без гіперактивності. У системі DSM-IV-TR (2000 рік) використовуються терміни «синдром дефіциту уваги» та «синдром дефіциту уваги з гіперактивністю», що характеризують порушення поведінки, що найчастіше зустрічаються у дітей.

Керівництво МКБ-10 і DSM-IV виокремлює чотири форми синдрому: з переважними порушеннями уваги; із переважанням гіперактивності та імпульсивності; змішана форма; резидуальна форма. Якщо першу форму синдрому утворюють симптоми неуважності, слабкої концентрації уваги і дезорганізованості (ADHD-PI), то другу – симптоми гіперактивності та імпульсивності (ADHD-HI). Аналізуючи ці дві форми, дійшли висновку, що

критерії оцінювання і лікування є індивідуальним. Унаслідок чого виділили ще змішану та резидуальну форму синдрому.

Колективом українських медиків адаптовано для системи охорони здоров'я України версію клінічної настанови Management of attention deficit and hyperkinetic disorders in children and young people. Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2009. Документ був обраний робочою групою як ключовий прототип найкращої практики надання медичної допомоги пацієнтам із дефіцитом уваги та гіперактивністю, відповідно до Меморандуму про взаємодію та співпрацю між Комітетом національної служби охорони здоров'я Шотландії з поліпшення якості та Міністерством охорони здоров'я України, підписаний 29.09.2008 року. Клінічна настанова «Розлад із дефіцитом уваги та гіперактивністю у дітей та молоді» – це документ, що містить систематизовані положення щодо медичної та медико-соціальної допомоги, розроблені з використанням методології доказової медицини на основі підтвердження їх надійності та доведеності, і має на меті надання допомоги лікарю і пацієнту в прийнятті раціонального рішення в різних клінічних ситуаціях [6, с. 8].

Як зазначено у Клінічній постанові, розлад із дефіцитом уваги та гіперактивністю (РДУГ) та гіперкінетичний розлад (ГКР) є викликом для професіоналів різних напрямків, включаючи лікарів загальної практики, дільничних педіатрів, вчителів, психологів, психіатрів, педіатрів та соціальних працівників. Основні симптоми РДУГ і ГКР мають значний вплив на розвиток дитини, включаючи соціальне, емоційне та когнітивне функціонування, і вони несуть відповідальність за значну захворюваність та дисфункцію дитини або молодої людини, їх групи однолітків та їх сім'ї. Вторинні симптоми РДУГ і ГКР 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 фахівці повинні бути зацікавлені у виявленні та лікуванні РДУГ та ГКР та їх вторинних симптомів [6, с.10].

Із точки зору медицини синдром гіперактивності – це комплексний та хронічний розлад мозкових функцій, поведінки та розвитку. Вважається, що виникнення синдрому спричиняють насамперед генетичні фактори, а також ускладнення під час вагітності матері, перенесені у період внутрішньоутробного розвитку інфекційні захворювання у матері, анемія вагітних, загроза переривання вагітності, вживання матір'ю під час вагітності алкоголю (зокрема алкогольна інтоксикація в пізні терміни вагітності), паління, фізичні та емоційні травми матері під час вагітності і годування груддю, переносеність/недоношеність плоду, мала вага дитини при народженні, органічні ураженнями центральної нервової системи (пренатальні патології, нейроінфекції, інтоксикації, черепно-мозкові травми, асфіксії новонародженого, травми під час пологів). Загрозу також становлять захворювання дитини упродовж перших трьох років життя. Усі ці негативні впливи можуть призвести до локальних уражень мозку в кіркових або підкіркових відділах, виникнення мінімальної мозкової дисфункції. Із розвитком молекулярної генетики

з'являється все більше доказів на користь того, що в переважній більшості випадків гіперактивний розлад є розладом генетичної природи та пов'язаний, зокрема, з генами, що відповідають за регулювання обміну й активності двох нейротрансмітерів – дофаміну та норадреналіну [7; 10].

Є. Суковський виокремлює такі причини розвитку гіперактивного розладу:

1. Спадковість. Результати різноманітних досліджень показали, що у родичів дітей це захворювання виявляється у 5-7 разів частіше, ніж у середньому в популяції. За даними деяких інших досліджень, у цих дітей є окремі гени.

2. Затримка мозкового розвитку (незрілий мозок). Вона виникає внаслідок поганої передачі інформації нейротрансмітерами (речовинами, котрі передають імпульси між нервовими клітинами), впливу різноманітних факторів, які призводять до ненормального функціонування мозку. ... функції, за які відповідає лобна кора, є порушеними, а це: контроль поведінки, аналіз інформації; оцінка наслідків своїх дій; уміння діяти відповідно до минулого досвіду [10, с. 19-20].

Рекомендовано з 5-річного віку здійснювати динамічне психологічне спостереження за гіперактивними дітьми, використовуючи індивідуальні відновлювальні методики. Це дозволить подолати затримку дозрівання вищих мозкових функцій у даної групи дітей і запобігти формуванню і розвитку в них дезадаптивного синдрому.

Пояснюючи сутність феномену «гіперактивності», учені визначають ознаки цього розладу: дитина метушлива, ніколи не сидить спокійно, безпричинно рухає кистями рук, стопами, крутиться на стільці, постійно обертається; дитина не в змозі довго всидіти на місці, схоплюється без дозволу, ходить по класу, багато бігає, крутиться, вступає у сутички, намагається кудись залізти, хоча інколи це буває небезпечно; її рухова активність найчастіше не має певної мети; дитина не може гратися в повільні ігри, відпочивати, сидіти тихо і спокійно, займатися чимось конкретним, завжди спрямована на рух, часто буває балакучою. І самі діти означеної категорії, і найближче оточення почасти страждають від властивої їм поведінки, яка відхиляється від прийнятих соціальних норм. Специфічну поведінку дитини із гіперактивним розладом оточуючі можуть помилково трактувати як прояви її невихованості, наслідки вседозволеності [6; 7; 10; 11; 15].

Ряд сучасних дослідників вважають, що симптоми синдрому гіперактивності викликані загальним впливом біологічних та соціальних чинників. Поряд з тим, існує думка, що явище гіперактивності – це нормальна поведінкова реакція теперішнього покоління дітей у суспільстві, а гіперактивність – це їхня реакція на прискорений ритм сучасного життя і неконтрольований потік інформації. До наукового обігу вводять термін «пасіонарність дитини», під яким розуміють комплекс особистісних якостей (енергійність, ініціативність, непереборне прагнення до активності), які забезпечують їй домінування в групі, здатність до спілкування з позиції борця й переможця, до реалізації нестандартного стилю поведінки у грі, під час спеціально організованої або самоїїї діяльності. Акцентується увага на ризиках постановки діагнозу «синдром дефіциту уваги з гіперактивністю» щодо дитини, у якої високо розвинені пасіонарні якості [5].

Клінічна настанова «Розлад із дефіцитом уваги та гіперактивністю у дітей та молоді» наводить основні симптоми РДУГ і ГКР, що включають невідповідні рівню розвитку: неуважність (труднощі в концентрації), гіперактивність (дезорганізований, надмірний рівень активності), імпульсивну поведінку. Для того, щоб відповідати діагностичним критеріям, необхідно, щоб симптоми: мали початок до семирічного віку (РДУГ) або шести років (ГКР), зберігалися не менше шести місяців, були поширеними (наявні в кількох місцях, наприклад, вдома, в школі, у соціумі), викликали значні функціональні порушення, краще не обґрунтовувалися іншими психічними розладами (наприклад, первазивний розлад розвитку, шизофренія, інші психотичні розлади, депресія або тривога) [6, с. 13].

Гіперактивний розлад відрізняється від інших варіантів індивідуального розвитку дитини низьким рівнем психологічної готовності до навчання у школі, що обумовлений низькими показниками сформованості важливих для учбової діяльності якостей: ставлення до школи, ставлення до себе, розуміння завдання, формування сенсорних навичок, графічного досвіду, зорового аналізу, довільної регуляції діяльності, навченості. [12, с. 9; 15].

О. Степанов зазначає, що основний дефект у дітей з гіперактивністю зумовлений недостатнім розвитком механізмів регулювання активної уваги і гальмівного контролю. Це створює певні проблеми у навчанні і призводить до низької успішності при нормальному інтелектуальному розвитку дитини [9, с. 83].

В учнів з гіперактивним розладом можуть бути наявні порушення з письма (дисграфія), читання (дислексія), математики (дискалькулія); імпульсивність та гіперактивність (дотримання правил, почерговості), які впливають на активну рухову діяльність дитини під час навчання; виявлено, що діти з гіперактивним розладом мають порушення обробки сенсорної інформації, яке впливає на вестибулярні та пропріоцептивні стимули (дисритмія, відсутність відчуття безпеки, необхідність у постійному русі); експресивне мовлення; уміння налагоджувати взаємини (побудова дружніх взаємин) [12, с.10].

Такі діти часто провокують конфліктну, напружену обстановку в родині й у дитячих колективах, можуть стати причиною травмування себе або своїх однолітків. Вони погіршують соціально-психологічний клімат у групах, стають активним джерелом нервозності, викликають глибоке занепокоєння батьків та вихователів. Несвоєчасність лікування і недостатній психолого-педагогічний супровід таких дітей призводить до того, що вони виростають зі значними психологічними травмами, фобіями, тривожними розладами, мають численні комплекси меншовартісності, низьку здатність до успішної соціальної адаптації. Відтак, когнітивні та поведінкові проблеми, що виникають унаслідок цього розладу, потенційно впливатимуть на усі сфери життєдіяльності особистості.

Основні симптоми РДУГ і ГКР мають значний вплив на розвиток дитини, включаючи соціальне, емоційне та когнітивне функціонування, і вони несуть відповідальність за значну захворюваність та дисфункцію дитини або молодої людини, їх групи однолітків та їх сім'ї. Вторинні симптоми РДУГ і ГКР можуть бути надзвичайно шкідливими. Такі діти часто піддаються тривалим негативним відгукам про їх поведінку і страждають від несприятливого освітнього і

соціального становища. Таким чином, фахівці повинні бути зацікавлені у виявленні та лікуванні РДУГ та ГКР та їх вторинних симптомів [6, с. 10].

Діагностика суттєво ускладнена, позаяк гіперактивність має поведінкові прояви, зовнішньо схожі з багатьма іншими станами: неврозом, психопатією, шизофренією, ЗПР, захворюваннями внутрішніх органів, реакціями на психотравму, підвищеною тривожністю. Разом з тим, як зауважує О. Романчук, гіперактивний розлад з дефіцитом уваги рідко зустрічається ізольовано: щонайменше у 70% дітей з ГРДУ є, як мінімум, ще один супутній психіатричний розлад, у 30% – наявні щонайменше два розлади, у 11% – три і більше [8].

У дітей з діагнозом постійно демонструється академічна неуспішність і відставання в навчанні; у 25-50% наявні опозиційно-демонстративний розлад або розлад поведінки; 25% мають одночасно тривожні розлади; 20% – розлад настрою; 20% мають специфічні порушення розвитку, включаючи специфічні труднощі в навчанні, труднощі, пов'язані з мовою, і труднощі моторної координації; багато дітей з синдромом Туретта мають критерії РДУГ [6, с. 15].

Відтак, важливою залишається своєчасна діагностика ранніх проявів і причин гіперактивності у дітей, адже, на думку багатьох практикуючих психологів і психотерапевтів, корекція гіперактивності в дитячому віці є найбільш ефективною. На даний час не досягнуто консенсусу щодо використання психостимуляторів, психосоціальних, освітніх та інших заходів чи комбінацій втручань, однак загально визнано, що розлад може викликати значну захворюваність і тому повинен лікуватися.

Згідно Клінічної настанови «Розлад із дефіцитом уваги та гіперактивністю у дітей та молоді», діагностом може бути:

1. Спеціаліст з дитячої неврології та розвитку дитини, спеціаліст з дитячої та юнацької психіатрії, педіатр, що має не менш 3 років досвіду роботи в сфері розвитку дитини, спеціаліст-педіатр або фахівець-сімейний лікар, який пройшов навчання, отримав відповідний диплом та набув досвіду у сфері лікування розладу із дефіцитом уваги та гіперактивністю або експерт з дорослої неврології чи психіатрії.

2. Експертні психологи, які отримали спеціалізацію та мають досвід роботи у сфері лікування розладу із дефіцитом уваги та гіперактивністю. За умови, що вони направляють пацієнтів із відповідним діагнозом до уповноваженого медичного спеціаліста для діагностики розладу із дефіцитом уваги та гіперактивністю, щоб визначити наявність супутніх захворювань, а також з'ясувати та підтвердити необхідність прийому ліків.

Цим фахівцям можуть допомагати інші медичні спеціалісти (соціальні працівники, дидактичні діагности, професійні терапевти, фізіотерапевти, логопеди), але вони, та тільки вони, несуть відповідальність за встановлення діагнозу [6, с. 55-56].

На думку О. Романчука, ГРДУ є хронічним розладом із високим показником коморбідності та значним впливом на психосоціальне середовище дитини. Тому діти у більшості випадків потребують мультимодальної програми допомоги, яка впливала б на усі аспекти біопсихосоціального ланцюжка факторів. Медикаментозне лікування напряду впливає на причину розладу, а тому зменшує симптоми ГРДУ, тоді як поведінкова терапія радше контролює

прояви симптомів і спрямована на зменшення спричинених ними функціональних порушень і вторинних проблем. Вона є свого роду «компенсуючою» терапією і не стільки зменшує симптоми розладу, як попереджає їхній можливий негативний вплив на функціонування дитини в основних сферах життя [8].

Лише за допомогою комплексного, цілеспрямованого впливу лікарів, сім'ї, школи можливо подолати негативні наслідки гіперактивності дитини. Психосоціальні втручання збільшують розуміння батьками особливостей своєї дитини, допомагають їм покращити стосунки з нею, виробити ефективні стратегії виховання та керівництва її поведінкою. Це сприятиме зменшенню сімейного стресу, рівня конфліктів, покращить емоційне самопочуття дитини, самооцінку батьків та дитини, функціонування та емоційну атмосферу в родині. Особливою цінністю є зміцнення сім'ї як основного ресурсу дитини. А з огляду на очікувану кількість стресів та випробувань як для сім'ї, так і для дитини, навряд чи може виникнути сумнів у важливості цих втручань, їх особливій підтримуючій та превентивній силі [7; 8].

Взаємодію педагогів з батьками варто спрямувати на вирішення таких завдань: стабілізувати умови перебування дитини в сім'ї, рівень взаємовідносин з батьками та іншими родичами; формувати у дитини з ГРДУ навички слухняності, акуратності, самоорганізації, здатність планувати і доводити до кінця розпочаті справи, розвивати почуття відповідальності за власні вчинки; вчити дитину з гіперактивністю повазі до прав оточуючих людей, правильному мовному спілкуванню, контролю власних емоцій і вчинків, навичкам ефективної соціальної взаємодії з людьми; розвивати дрібну моторику і загальну організацію рухів гіперактивної дитини.

Важливо навчати батьків застосовувати правильні стратегії управління дитиною, покращувати свої навички виховання і допомагати їм вирішувати специфічні проблеми поведінки. Більшість програм включають такі аспекти: 1) надання допомоги батькам у розумінні того, як можна змінити специфіку поведінки і як контролювати зміни, що відбуваються; 2) викладання стратегій управління проблемною поведінкою: встановлення чітких правил з наслідками; використання меж, процедур, зворотних відліків, нагадувань та встановлення лімітів; допомагати батькам бути твердими у вихованні без примусу; використання тихого часу, ігнорування та тайм-ауту; важливість послідовності, контролю і спокійного емоційного середовища; 3) заохочення батьків до похвали, прояву фізичної прихильності, надання нагороди та стимулів для відповідної поведінки; заохочення позитивного батьківського досвіду шляхом участі в іграх та діяльності, орієнтованій на дітей; забезпечення зворотного зв'язку за допомогою безпосереднього спостереження взаємодій між дитиною та батьками [6, с. 22-23].

Не менш важливим є застосування поведінкової терапії в школі педагогами. Особливості соціалізації у класному колективі і школі, загалом емоційно позитивне тло навчання впливають на формування у дитини із гіперактивним розладом просоціальних якостей та емпатійного ставлення до оточуючих. Тому для формування особистості досить важливими є позитивне сприйняття дитиною освітнього процесу, наявність у неї бажання вчитися, що не в останню чергу

зумовлюється комфортністю взаємин з однокласниками, друзями, учителями. Показником цінності освітнього середовища є його сприйняття дитиною як «безпечного», «неворожого», «дружнього», «свого». Важливо вірити у дитину, виражати до неї любов, шанобливе ставлення, охороняти від зла, поважати її свободу, довіряти їй, підтримувати, підбадьорювати, коли вона перебуває у стресовому стані. Це стане запорукою та умовою становлення сильного «Я» дитини, її любові до світу і людей [3, с. 190].

Висновки. Учитель початкових класів повинен володіти базою наукових знань про гіперактивний розлад, своєчасно фіксувати і коригувати відхилення в пізнавальному, особистісному, поведінковому розвитку учнів, вміти застосовувати різні технології вирішення конфліктних ситуацій; володіти навичками роботи дитиною, її батьками чи особами, котрі їх замінюють.

Для комплексного підходу у вихованні і навчанні дітей з ГРДУ необхідна ефективна терапевтична програма, яка повинна виходити з біопсихосоціальної моделі ГРДУ і діяти на всіх рівнях. Основна проблема в тому, що така модель мультимодальної терапії неможлива без командного підходу, де фахівці різних спеціальностей взаємодіють для досягнення спільних цілей. Початкове визначення лікарем-психіатром діагнозу доповнюється психологічною і педагогічною корекцією, що визначає комплексний підхід до проблем гіперактивної дитини і може гарантувати успіх у подоланні багатьох негативних проявів даного розладу та забезпечити ефективність процесу виховання і навчання.

У корекційній роботі важлива участь і злагоджена робота психолога, лікаря, педагога та батьків гіперактивної дитини, оскільки лише комплексне лікування та діяльність усіх перелічених вище підструктур та осіб здатні допомогти дитині та її родині у вирішенні означеної проблеми.

На даний час перед спеціалістами освітніх закладів постає проблема організації медико-психолого-педагогічного супроводу гіперактивних дітей протягом всього періоду виховання і навчання. Стратегія супроводу повинна носити мультимодальний характер. Такий підхід дозволяє визначити оптимальні напрями взаємодії освітнього закладу з батьками та школою, ретельно розробити цілі та зміст роботи з гіперактивними дітьми, визначити напрямки виведення дитини на якісно новий рівень життєдіяльності, адаптації в сучасному соціумі, збереження самоцінності дитинства, враховуючи індивідуальні риси, рівень розвитку та особливості поведінки гіперактивної дитини.

Список літератури:

1. Державний стандарт початкової освіти: постанова Кабінету Міністрів України від 21.02.2018 р. № 87 (із змінами, внесеними згідно з постановою КМУ від 24.07.2019 р. № 688). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/87-2018-p>.
2. Касьян М.В. Психолого-педагогічний підхід до вивчення дітей з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю. Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка / за ред. О.В. Гаврилова, В.І. Співака. Вип. ІХХ. В двох частинах, частина 2. Серія соціально-педагогічна. Кам'янець-Подільський : Медобори, 2012. С. 299-306.

3. Кізь О.Б. Початкова школа – простір без насилля: психологічна підготовка майбутніх учителів до створення безпечного освітнього середовища. Дитинство без насилля: суспільство, школа і сім'я на захисті прав дітей: зб. матеріалів міжнар. наук.-практ. конференції, м. Тернопіль, 29-30 квіт. 2014 р. / за заг. ред. проф. О. Кікінежді. Тернопіль: Стереарт, 2014. С. 188–191.
4. Кізь О.Б. Психологічна підготовка майбутніх вчителів початкової школи в контексті освітніх інновацій. Підготовка майбутніх фахівців початкової та дошкільної освіти: стратегії реформування : колективна монографія / за ред. В. М. Чайки, О. І. Янкович. – Тернопіль : Осадца Ю. В., 2019. с. 92-107.
5. Крутій К. Як не вбити пасіонарія? (2018) URL: <http://education-ua.org/ua/component/content/article/12-articles/1259-yak-ne-vbiti-pasionariya>.
6. Розлад із дефіцитом уваги та гіперактивністю у дітей та молоді. Клінічна настанова, заснована на доказах (2019). URL: http://mtd.dec.gov.ua/images/obgovor/2019_06_07_KN_rozlad_DU.pdf
7. Романчук О. Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги у дітей: практичне керівництво лікарям, психологам, педагогам. К. : Джерело, 2008. 325 с.
8. Романчук О. Коморбідна патологія та супутні проблеми при гіперактивному розладі з дефіцитом уваги. Психоневрологія та нейропсихіатрія. №5-3. 2011. URL: <https://neuronews.com.ua/ua/issue-article-523/Komorbidna-Patologiya-ta-suputni-problemi-pri-giperaktivnomu-rozlad-i-z-deficitom-uvagi#gsc.tab=0>.
9. Степанов О. Психологічна енциклопедія. К.: «Академвидав», 2006. 424 с.
10. Суковський Є. Розлад із дефіцитом уваги і гіперактивністю // Психоневрологія та нейропсихіатрія. №9 (83). 2016. URL: [https://neuronews.com.ua/uploads/files/2016/9\(83\)/nn16-9_17-22_337d33835bf0652adb6da0acbc5e257c.pdf](https://neuronews.com.ua/uploads/files/2016/9(83)/nn16-9_17-22_337d33835bf0652adb6da0acbc5e257c.pdf)
11. Сухіна І.В. Гіперактивна дитина. Харків: Вид-во «Ранок», ВГ «Кенгуру», 2018. 40 с.
12. Фаласеніді Т. Педагогічна підтримка учнів з гіперактивним розладом у загальноосвітній школі США. Автореферат дис. на здобуття наукового ступеня кандидата пед наук. Дрогобицький державний педагогічний університет імені Івана Франка, Міністерство освіти і науки України. Дрогобич, 2016. 21 с.
13. Barkley R. Taking a Charge of ADHD. New York: the Guildford Press, 2005. 331 p.
14. Kiz O.B. Vectors of life-creativity: from a creative students' potential to pedagogical creativity of a primary school teacher. Science achievements: Proceedings of XXXVIII International scientific conference, Seattl, December 14, 2018. Seattl: Lulu Press, 2018. p. 88–91.
15. Mordovanets M. A. HYPERACTIVITY OF PRIMARY SCHOOL CHILDREN AS A MEDICAL-PSYCHOLOGICAL PROBLEM. Proceedings of VI International scientific conference "Scientific achievements during the rapid technological development" (Berlin, December 1, 2019). Berlin, tredition GmbH, 2019. P. 112-118.
16. Palmer E. D., Finger S. An early description of ADHD (Inattention Subtype): Dr. Alexander Crichton and the "Mental Restlessness" (1798). Child Psychology and Psychiatry Reviews. 6. P. 66-73.