

УДК 373/2:316.61]:07
DOI 10.31654/2663-4902-2022-PP-3-16-23

Пихтіна Н. П.

кандидат педагогічних наук, доцент кафедри дошкільної освіти
Ніжинського державного університету імені Миколи Гоголя
pnykhtina@ukr.net
orcid.org/0000-0001-6684-436

ОСОБЛИВОСТІ ВІЯВУ ГІПЕРАКТИВНОСТІ У ДОШКІЛЬНИКІВ: РІЗНОВИДИ, ЧИННИКИ ДЕТЕРМІНАЦІЇ, МЕТОДИКА ТА РЕЗУЛЬТАТИ ВИВЧЕННЯ

У статті окреслені й охарактеризовані опорні поняття, що визначають сутність синдрому гіперактивності з дефіцитом уваги (СДГУ) у дітей. Проаналізовані чинники детермінації гіперактивності у дошкільників. Обґрунтовані три групи концепцій, що пояснюють її сутність та причини виникнення: виключно біологічне пояснення гіперактивному розладу, акцентування його соціальної природи і детермінації, схвалення багатофакторного впливу біологічних та соціальних чинників на дитячу гіперактивність.

Детально схарактеризовано соціальний блок чинників, зокрема, наслідування батьківської гіперактивної поведінки, виражені сімейні дисгармонії, недостатність батьківської любові, емоційна депривація, педагогічна занедбаність.

Представлений деструктивний механізм впливу гіперактивності дитини на негативне ставлення до неї інших, виникнення та ускладнення її інших поведінкових проблем.

Обґрунтована необхідність практичного вивчення гіперактивності у дошкільників. Розроблена методика вивчення вияву гіперактивності у дітей в умовах закладу дошкільної освіти. Обґрунтовані основні блоки ознак синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю: рухова активність, порушення уваги, імпульсивність, що склали критерії вивчення гіперактивної поведінки дошкільників.

Задіяні відповідні емпіричні методи: інтерв'ю, спостереження та стандартизовані опитувальники. Отримані емпіричні результати прокоментовані та проаналізовані.

***Ключові слова:** гіперактивність, синдром дефіциту уваги (СДУ), рухова активність, порушення уваги, імпульсивність, заклад дошкільної освіти (ЗДО).*

Актуальність. Явище гіперактивності та дефіциту уваги у ранньому дитячому та дошкільному віці стає сьогодні суттєвою проблемою психічного розвитку дитини, її соціалізації, засвоєння відповідних програм виховання і розвитку дітей, їх шкільного навчання (Л. Алексеєва, О. Лютова, Г. Моніна, О. Романчук, А. Сиротюк).

За різними даними, кількість дітей з гіперактивною (гіпердинамічною) поведінкою, яка, як правило, супроводжується проблемами зі стійкістю уваги та здібністю до її концентрації, становить у загальній популяції від 1,5 до 20 відсотків (М. Белянчикова, О. Романчук). Деякі автори відмічають також довгостроковий вплив дитячої гіперактивності на її соціальну адаптацію в майбутньому та життя дорослої людини (К. Рідл, Дж. Рапорт).

Вивчення причин та механізмів таких змін має значення у створенні ефективних засобів психологічного супроводу, профілактичних, реабілітаційних заходів та інших напрямів психологічної допомоги. Все означене вище робить актуальним створення, апробацію й дослідження ефективності методик та програм психологічної діагностики, психологічної корекції та немедикаментозної психологічної терапії, їх організацію в систему ефективного психологічного супроводу дітей з гіперактивністю та дефіцитом уваги. Створення такої системи є можливим, з одного боку, на основі аналізу умов виникнення гіперактивної поведінки з дефіцитом уваги в онтогенезі, з іншого – через виявлення найбільш ефективно діючих чинників у процесі цієї допомоги. Соціальна значущість та недостатній рівень вивчення означеної проблеми зумовили необхідність її поглибленого вивчення й аналізу у психолого-педагогічній науці і практиці.

Мета статті: теоретично обґрунтувати, розробити та експериментально вивчити психолого-педагогічні умови подолання гіперактивності у дошкільників засобами ігрової діяльності у ЗДО.

Дослідницькі завдання, що розв'язуються у статті:

1. З'ясувати сутність проблеми гіперактивності дітей дошкільного віку;
2. Вивчити причини, прояви та наслідки дитячої гіперактивності;
3. Визначити критерії, показники та практично вивчити стан виявлення гіперактивності у дітей старшого дошкільного віку.

Виклад основного матеріалу. Поняття «гіперактивність» складають дві частини. Частина «гіпер...» вказує на перевищення норми. Частина «активний» означає діючий,

діяльний. Тож гіперактивність відображає стан, при якому активність і збудливість людини перевищує норму [8].

До зовнішніх ознак гіперактивності психологи відносять відволікання, неухважність, імпульсивність, підвищення рухової активності. Перші ознаки гіперактивності з'являються у дошкільному віці. Рівень інтелектуального розвитку, як правило, не залежить від ступеню гіперактивності дитини. Проте остання може суттєво ускладнювати ігрову і навчальну діяльність гіперактивної дитини, її стосунки з оточуючими. Це ускладнення поведінки частіше зустрічається у хлопчиків.

Відомо, що гіперактивність констатується у багатьох формах дитячої активності. Проте, не існує чітко визначеної симптоматики для її діагностики, а біологічне підґрунтя (особливості центральної нервової системи) гіперактивної поведінки у дітей не є повністю з'ясованим.

Гіперактивність дітей може стати проблемою і у більш пізньому – юнацькому та дорослому віці, приводячи до соціальних порушень з делінквентною поведінкою. За оцінкою А.Сиротюк, у дорослих, що з дитинства мали гіперактивний розлад, розповсюдженість антисоціальної поведінки вище на 12% у порівнянні з тими, хто не мав такого розладу та зловживання психоактивними речовинами на 14%. Тож, діти, що страждають на гіперактивний розлад з дефіцитом уваги, мають достовірно більш високий ризик несприятливих наслідків у дорослому віці [9].

У розподілі за гендерною ознакою більшість авторів відзначають, що у гіперактивність у хлопчиків зустрічається у 6-9 разів частіше ніж у дівчаток [1].

Гіперактивність часто супроводжується дефіцитом уваги (СДУ). Його прояви помітні вже у ранньому віці. Фізичний розвиток таких дітей відповідає нормі, а іноді і випереджає її. Такі діти раніше починають сидіти, ходити, говорити. Проте, у них підвищений тонус м'язів, проблеми з концентрацією уваги і сном. Вказані симптоми починають яскраво проявлятися, коли дитина починає відвідувати заклад дошкільної освіти і виникає проблема з адаптацією до нових умов виховання. Така дитина порушує дисципліну, має поганий сон, апетит і порушує поведінку. Тому така гіперактивна поведінка дошкільника позначається в першу чергу на її власних пізнавальних психічних процесах, організації її життєдіяльності та взаємодії з іншими [3].

Наукові дослідження показують, що критичний період прояву гіперактивності – вік від 9 до 18 місяців. Це час, коли дитина починає активно рухатися, повзати, ходити, проявляти себе у просторі. У цьому віці формується вирішальний зв'язок між рухами та каналами сприймання дитини. Тому у цей період важливим є цілеспрямоване керування надмірною активністю дитини. Це полегшить її схильність до гіперактивності та знизить її прояви [9].

Психофізіологія сприймання пояснює природу концентрації на відчуттях, сприйняттях та вказує на гальмуванні неважливих сигналів та акцентуванні на важливих. Тому для виконання точної дії потрібно загальмувати іншу м'язову діяльність багатьох: у зведенні вежі з кубиків дитина дозує силу і напрямок рухів руки, оскільки кожний необережний чи неухважний рух зруйнує зроблене дитиною.

Перші просторові уявлення допомагають дитині орієнтуватись у просторі, розрізнити та диференціювати свої рухи. Це допомагає їй розуміти і гальмувати імпульсивні рухи та спрямовати на них увагу; планувати доцільні рухи та співвідносити силу рухів з необхідними потребами. Це допомагає їй бути впевненою у собі та пробуджує у неї радість від концентрованих дій та власних сил [9].

Чим більше імпульсивних рухів продукує дитина, тим більше це впливає на її безглузду неспокійну діяльність, ускладнює її пристосовуваність до зовнішнього світу. Якщо у цей час батьки не виявлять достатньо турботи про дитину, зокрема тілесну перцепцію у ранньому віці (відчуття тіла), це може привести до гіперактивності.

І. Прекоп акцентує увагу на значенні для дитини комплексного сприймання дотику, рухів та рівноваги. Вони розвивають її здатність зосереджувати увагу на важливих подразниках, гальмувати реакції на другорядні подразники [7].

О. Тохтамиш вважає, що, доки дитина не може орієнтуватись свідомо в активності власних рухів, вона потребує у цьому допомоги дорослих. Відсутність будь яких обмежень, що пов'язана з недостатньою увагою до дитини з боку батьків, може бути одним з чинників формування гіперактивної поведінки [9].

Таким чином, прояви гіперактивності загалом виявляються у нездатності дитини до регуляції власної поведінки, зниженні її можливостей до самокерування. Теоретичне дослідження дозволяє зробити висновок про первинну роль надмірної рухової активності дитини, що зумовлює такі прояви дефіциту функції її уваги, як недостатню стійкість та концентрацію, підвищення відволікання та розсіювання.

О. Романчук, аналізуючи *причини та прояви гіперактивності у дітей дошкільного віку*, так пояснює негативний механізм впливу гіперактивності дитини на негативне ставлення до неї інших, виникнення та ускладнення її інших поведінкових проблем:

1. На підставі особистого неуспіху формується афективний поведінковий стереотип, який характеризується проявами почуття меншовартості, низькою самооцінкою, проявами гніву, протестуючою поведінкою та агресивністю;

2. Переймається опозиційна манера поведінки як спроба компенсації (протестуюча поведінка, агресивність, кривляння, агресивна поведінка, надмірна говірливість, приниження та знецінювання інших).

3. При довгочасних порушеннях уваги демонструється уникаюча поведінка, як уникнення вимог, що висуваються до дитини у родині чи освітньому закладі (пряме ухилення, осміювання, знецінення) [8].

Окрім цього, негативний вплив на гіперактивну дитину можуть мати соціальні фактори (неблагополучне сімейне середовище, зокрема, неповна сім'я, низька рівень педагогічної обізнаності батьків та їх позитивне підкріплення адекватної поведінки дитини. Це поглиблює порушення уваги; зумовлює зростання імпульсивності, гіперактивності дитини, обмежує організованість її поведінки.

Щодо природи гіперактивності у дітей, існує три групи концепцій, які пояснюють її сутність та причини виникнення. Концепції першої групи надають виключно біологічне пояснення гіперактивному розладу та пов'язують це з фізичними травмами, дією інфекційних, імунних, генетичних чинників. Їх автори так пояснюють причини ГРДУ:

- гіперактивність виникає внаслідок неврологічних пошкоджень, зокрема, як мінімальна мозкова дисфункція [5];

- гіперактивний розлад виникає внаслідок порушення імунної регуляції, що веде до порушення уваги [9];

- ГРДУ виникає внаслідок генетично зумовленого порушення обміну нейромедіаторів, зокрема, дофаміну, норадреналіну [4].

Проте автори цієї групи концепцій не надають специфічної діагностичної процедури для виявлення цього розладу.

Концепції другої групи надають перевагу соціальним чинникам: наслідування батьківської гіперактивної поведінки, виражені сімейні дисгармонії, недостатність батьківської любові, емоційна депривація, педагогічна занедбаність тощо [6].

Згідно з інтеракціоністською теорією, дисгармонійні стосунки між дітьми та дорослими з гіперактивною поведінкою й дефіцитом функції уваги призводять до наслідування дітьми такої поведінки.

В межах теорій цієї групи існує гіпотеза, згідно з якою ГРДУ формується під впливом середовища, загальних несприятливих соціальних умов, які діють опосередковано, серед них – безробіття, низький рівень освіти, недостатність навчального супроводу, зловживання алкоголем та іншими психоактивними речовинами [8].

На суттєву роль соціальних чинників у формуванні гіперактивності вказує І. Прекоп. Ним визначені ознаки гіперактивності, які можуть після народження дитини тривалий час не проявлятися. Зупинимось на їх аналізі детально.

1. Діти можуть бути спокійними під час улюбленої діяльності, але якщо діяльність не така цікава, дитина може концентрувати на ній увагу тільки під керівництвом дорослого.

2. Зниження у гіперактивної дитини адекватно віку розвитку соціальних стосунків, некерованість у групі дітей.

3. Емоційна заражуваність батьками неспокою дитини. Проявляється у тому, що батьки щоб упорядковувати та контролювати рухові імпульси дитини, самі батьки починають хвилюватись і демонструвати хвилювання з приводу та під впливом нецілеспрямованих імпульсів дитини.

4. Зниження надмірного неспокою дитини досягається батьками шляхом улещувань дитини: пропонують їй солодоці, телевізор тощо. Батьківські дії не здійснюються для спрямування дитячої гіперактивності у адекватне русло [7].

Розповсюдженість дитячої гіперактивності з дефіцитом уваги також пов'язується науковцями з характером культурного та соціального устрою суспільства. За оцінкою О. Тохтамиша, у суспільствах з традиційною культурою і у суспільствах з тоталітарним, авторитарним устроєм, гіперактивних дітей значно менше або ж їх майже немає. Найбільша кількість випадків дитячої гіперактивності з дефіцитом уваги приходить на західні країни з розвинутим демократичним типом правління. У країнах, які переходять від авторитарного до демократичного типу правління, зростає кількість гіперактивних дітей [10].

Різкі зміни у стилі життя, технізація та комп'ютеризація можуть впливати на ставлення з боку батьків, вихователів до дитини, викликаючи недостатність батьківської уваги, емоційного тепла, безпосереднього спілкування та спілкування під час предметних та рольових ігор. Вплив вказаних соціокультурних чинників підтверджена даними емпіричних зарубіжних досліджень [6].

Концепції третьої групи притримуються багатофакторного впливу біологічних та соціальних чинників. Існує припущення, що гіперактивність у дітей формується під впливом середовища, загальних несприятливих соціальних умов, які діють опосередковано, серед

них – безробіття, низький рівень освіти, недостатність навчального супроводу, зловживання алкоголем та іншими психоактивними речовинами [9].

Увага науковців зосереджувалась на аналізі біологічних та соціальних чинників з одночасним акцентуванням на соціальному, педагогічному та психологічному аспектах подолання гіперактивності і дефіциту уваги та покращення соціально-психологічних можливостей дитини. Загальною тенденцією для усіх концепцій є визнання важливості немедикаментозних психологічних, педагогічних та соціальних заходів щодо покращення адаптивності, умов розвитку та самореалізації гіперактивних дітей.

Гіперактивність, як різновид негативної поведінки, часто викликає негативні реакції оточення, а саме:

1. Гіперактивні діти не виявляють поведінки, що є звичайною для їх ровесників (неякісне виконання завдань, вимог освітньої програми, соціальна поведінка, результативність ігрової і навчальної діяльності). Вони швидше наражаються на критичні зауваження та отримують покарання, ніж інші діти.

2. Поведінка з порушеною увагою є поведінковим ексцесом, що діє на навколишнє середовище негативно. Така дитина оцінюється здебільш негативно (звинувачення, санкції, покарання, підсилений соціальний контроль тощо) [8].

Це зумовлює небажані зміни в психологічному стані дитини, що ще більше загострює проблему порушення уваги та зменшує подальші можливості розвитку.

Наслідки гіперактивної поведінки дітей дошкільного віку проявляються в психічному та соціальному аспектах. Можуть мати тривалий негативний вплив на самооцінку, соціальну адаптацію та самореалізацію дитини. В окремих випадках ці наслідки мають місце також і у дорослому віці.

Таким чином, прояви гіперактивної поведінки загалом виявляються у обмеженні регуляції дитиною власної поведінки, у зниженні її здатності до самокерування.

Природу гіперактивності пояснюють три групи концепцій: біологічне пояснення гіперактивного розладу, як наслідок фізичних травм, інфекційних, імунних, генетичних чинників чи їх спільної дії; пояснення з позицій соціальних чинників (наслідування батьківської гіперактивної поведінки, виражені сімейні дисгармонії, недостатність батьківської любові, емоційна та тактильна депривація, педагогічна занедбаність тощо); поєднання впливу біологічних та соціальних чинників та визнання важливості немедикаментозних медико-психологічних, педагогічних та соціальних заходів щодо розвитку і самореалізації гіперактивних дітей.

Необхідність практичного вивчення гіперактивності у дошкільників зумовила реалізацію *констатувального педагогічного експерименту*, в межах якого були висунуті та розв'язані наступні дослідницькі завдання:

1. Визначити ознаки гіперактивності у дітей дошкільного віку;
2. Створити банк психодіагностичних методик для вивчення гіперактивних дітей дошкільного віку;
3. Вивчити вплив та взаємозв'язок гіперактивності дітей дошкільного віку з їх поведінкою.

Більшість дослідників виділяють три основні блоки ознак синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ): *рухова активність, порушення уваги, імпульсивність*.

Ці ознаки можна виявити у дітей з раннього віку. Проте, найбільш помітними гіперактивність і проблеми з увагою стають до моменту, коли дитина починає відвідувати ЗДО, оскільки, за оцінкою Л. Виготського, саме тут повноцінний психічний розвиток дитини можливий за умови сформованості уваги [2].

Тому відповідно до виділених груп ознак гіперактивності, ми визначили критерії вияву з відповідними показниками гіперактивності у дошкільників.

Критерій «рухова активність» включає наступні показники:

- дитина завжди націлена на рух;
- вона не в змозі довго всидіти на місці, метушлива;
- її рухова активність не має певної мети;
- часто буває балакуча.

Критерій «неуважність» включає наступні показники:

- дитина не здатна утримувати (зосереджувати) увагу на деталях, через що допускає помилки при виконанні будь-яких завдань (у дитячому садку);
- дитина не в змозі вслухатися в звернену до неї мову, тому ігнорує слова та зауваження оточуючих;

- дитина відчуває величезні труднощі в процесі організації власної діяльності, не вміє доводити виконувану роботу до кінця, оскільки не в змозі засвоїти пропонувані їй правила роботи;

- дитина уникає завдань, які вимагають тривалого розумового напруження, легко відволікається на сторонні стимули;

Критерій «Імпульсивність» включає наступні показники:

- дитина часто відповідає на питання, не замислюючись, не дослухавши їх до кінця, часом просто викрикує відповіді;
- дитина насилу чекає своєї черги, незалежно від ситуації і обстановки;
- дитина зазвичай заважає іншим, втручається в розмови, ігри, пристає до оточуючих;
- дитина не вміє регулювати свої дії і підкорятися правилам, чекати, часто підвищує голос, емоційно лабільна (часто змінюється настрої) [11].

Важливим аспектом діагностики у нашому дослідженні визначене спостереження за дитиною та опитування батьків (вихователів). Останнє важливо тому, що оцінка дитячої поведінки батьками (вихователями) виходить не тільки з потреб психологічної допомоги, але й допомагає визначити стиль виховання. Відзначається, що підвищена чутливість та підвищена реактивність дітей має високу кореляцію з цими ж особистісними якостями серед їхніх батьків у дитинстві. У діагностуванні гіперактивної поведінки дитини важливими інструментами є “Опитувальник дитячої поведінки” та “Опитувальник домашнього скринінгу” [9].

Вирішальним діагностичним інструментом для визначення надмірної моторної активності дошкільника виступало спостереження за поведінкою. При цьому, за дорослими, які виховують дитину, їх взаємодією з дитиною теж велись спостереження у ситуаціях, що провокують проблемну поведінку. Так, після вірогідно провокуючої ситуації дослідник фіксує чинники детермінації такої поведінки, зокрема: складні вимоги, нецікаві завдання, неконструктивні стилі спілкування тощо.

Для точного вимірювання поведінкової активності ми використовували вибіркового за часом контроль у таких формах: послідовне спостереження з використанням сигналу, що фіксується. Це запобігало зміщенню інтервалу спостереження за поведінкою. Таке спостереження надавало можливість встановити, чи сидить дитина на стільці, зайнята ігровою поведінкою, неспокійно рухається, стоїть тощо [11].

Нами використовувались і спостереження без втручання дослідника – вивчення продуктів поведінки гіперактивної дитини: повністю проведена гра впродовж певного часу. Спостереження за гіперактивною дитиною у спеціально створених вихователем ситуаціях (наприклад, прибирання іграшок). Спостереження за засвоєння дій у набутті навичок самостійності (наприклад, вдягання без допомоги). Такі спостереження виявились ефективним інструментом для точного встановлення проблем гіперактивності та перевірки ефективності процесу психолого-педагогічної допомоги.

Методика констатувального експерименту передбачала реалізацію низки етапів. Перший етап передбачав бесіду з батьками або з тими, хто виховує дитину з метою висвітлення найбільш негативних проявів гіперактивності, наприклад таких, як неспокій під час прийняття їжі.

Реалізація першого етапу мотивує батьків до активності щодо підвищення їх обізнаності з конструктивними стилями виховання у родині. Якщо у подальшій роботі відбувається швидке покращення поведінки у відповідних ситуаціях, батьки зацікавлюються подальшою співпрацею. У зв'язку з цим, доцільним може бути і відвідування родини вдома. Це допоможе скласти приблизну картину характерних життєвих умов у сім'ї та особливостей спілкування її членів. Така інформація буде допомагати у подальшій психолого-педагогічній допомозі гіперактивній дитині.

Другий етап дослідження – відносно неструктуроване спостереження за поведінкою дитини (дитина та батьки з якимись іграшками проводять близько однієї години у кімнаті спостережень).

Під час такого спостереження, експериментатор, вихователі фіксують показники, що засвідчують наявність поведінкової проблеми. Нотують необхідні коментарі, враження, припущення та гіпотези, які ґрунтуються на результатах попередніх етапів дослідження гіперактивних дітей. Визначають та фіксують додаткові дані про дитину та її родину, наприклад, про відомі раніше проблеми у вихованні, прояснення батькам сутності поведінкової проблеми їх дитини, про результати спостереження за спілкуванням матері та дитини.

Після достатньої кількості спостережень за поведінкою гіперактивної дитини у проблемних ситуаціях, встановлюється ступінь цього порушення. При цьому важливо враховувати несприятливу психологічну атмосферу у сім'ї, якщо така має місце. Необхідно зважати на конкретні показники гіперактивності з тим, щоб будь яка інша незвичайна поведінка дитини не пов'язувалася з гіперактивністю.

У дослідженні гіперактивності у дошкільників важливим, на наш погляд, є застосування різноманітних опитувальників, що застосовувались нами та третьому етапі дослідницької роботи. Вони розраховані на інтерв'ювання дорослих (батьків, вихователів), які добре знають дитину та спостерігають її поведінку у повсякденному оточенні. Ця діагностична методика складається з питань закритого типу, які, можна умовно об'єднати у три групи:

- 1) питання, спрямовані на оцінку проявів уваги/неуваги дитини;

2) питання, за допомогою яких оцінюється дитяча активність / гіперактивність;

3) питання, що спрямовані на оцінку імпульсивності дитини. Вона може розглядатися як окрема якість та як складова гіперактивності.

Окремо задаються питання про те, чи були прояви неухважності та гіперактивності дитини (за їх наявності) такими ж вираженими у попередні місяці.

Опитувальник містив 19 запитань, у 18 з яких пропонується оцінити частоту проявів певної поведінки у дитини за шкалою:

0 – поведінка не проявляється або проявляється рідко;

1 – поведінка проявляється іноді;

2 – проявляється часто;

3 – проявляється дуже часто.

Перші дев'ять запитань стосуються проявів поведінки, пов'язаних з функцією уваги, наступні шість стосуються проявів гіперактивності, подальші три – проявів імпульсивності дитини. Останнє запитання стосується того, чи були прояви неухважності дитини та її гіперактивності (за їх наявності) такими ж помітними раніше.

Таким чином, діагностика дитячої гіперактивності з дефіцитом уваги, здійснена у нашому дослідженні, мала комплексний характер. Основними діагностичними інструментами нами обрані інтерв'ю, спостереження та стандартизовані опитувальники. У процесі діагностичних процедур важливим було встановлення позитивного контакту з батьками та вихователями, як з метою якісної діагностики гіперактивності дошкільників, так і для подальшого подолання означеної поведінкової проблеми.

Для психолого-педагогічної діагностики проявів гіперактивності у дітей дошкільного віку, ми відвідали ЗДО. Протягом терміну дослідницької роботи, експериментальну групу ЗДО відвідували 15 дітей. Наше спостереження за дітьми розпочиналося із приходу їх до ЗДО та закінчувалося, коли дошкільників вже забирали батьки.

Визначаючи *особливості рухової активності* дітей, ми аналізували їх активність в руховій сфері (на прогулянці). Рівні рухової активності фіксували у таблиці. Нами виявлено, що п'ятеро дітей із п'ятнадцяти, що відвідували групу, мають дуже високий рівень активності у руховій сфері, під час прогулянки, у різних режимних моментах: у пасивному сидінні, у ходьбі та бізі. Такі діти складають 33 % групи.

Оскільки, дані діти, продемонстрували високі показники гіперактивності за першим критерієм рухова активність, ми зупинилися на ретельному спостереженні за активністю цих дітей у спілкуванні з однолітками та під час вільних ігор цих дітей. Результати спостереження представлені у додатку.

Виявили, що ті діти, які найбільше підходять до категорії гіперактивних дітей у порівнянні з іншими дітьми групи, мають найбільшу кількість контактів за три дні спостережень. Ці діти відкриті, готові до спілкування, до допомоги, їм цікаво все і відразу, вони швидко змінювали один вид діяльності на інший, часто не завершивши гру чи справу приймалися до нової.

Визначення *тривалості засинання дитини під час денного сну* протягом тижня ми використовували методіку, що допомагає визначити складнощі у концентрації уваги дитини.

За результатами спостереження за дітьми, що мали фіксовані показники за першим критерієм гіперактивності, зафіксовані найбільші показники тривалості засипання під час денного сну. Це зумовлено їхньою надмірною активністю у першій половині дня, їм важко було вляжати на одному місці, весь час хотіли встати, постійно крутилися, розмовляли, перешіптувалися. Були випадки, деякі діти, з означеної нами групи «ризик», взагалі вдень не спали.

Тест «Прогресивні матриці Равена» (ПМР) нами використаний для *діагностики рівня інтелектуального розвитку і оцінки здатності до логічності мислення* [11].

Тестування проводилося індивідуально з кожною дитиною. Усі діти приймали участь у тестуванні за методикою ПМР вперше.

Діти виконували завдання з інтересом та зацікавленістю. Працювали швидко (мінімальний час, використаний на тест – 8 хвилин, максимальний – 20 хвилин). Діти, що демонстрували гіперактивність за іншими критеріями, виконуючи це завдання, затратили найбільше часу та набрали менші суми балів, ніж інші діти. Це було пов'язано перш за все з тим, що ці діти не могли сконцентрувати свою увагу на завданні, постійно відволікалися, балувалися. Діана поверталася до раніше пройдених завдань, була невпевнена у своєму виборі.

Для *вивчення імпульсивності дитини*, задіявалось троє експертів – дорослих, які добре знають дітей та можуть оцінити рівень їх імпульсивності за визначеними ознаками (20 ознак) в один бал за кожен. Оцінка імпульсивності: 15 – 20 балів – висока; 7 – 14 – середня; 1 – 6 – низька.

Оцінки імпульсивності дітей експериментальної групи розподілились таким чином: 7 дітей – середня імпульсивність, 4 дитини – низька, 4 – висока. Діти, у яких констатувались

інші показники за критеріями рухова активність, погана концентрація уваги, мали високу і середню імпульсивність.

Висновки. Таким чином, необхідність ефективної психолого-педагогічної допомоги дітям з гіперактивністю та дефіцитом уваги відповідає тенденції зростання актуальності цього питання у психолого-педагогічній та медичній галузях.

Дитяча гіперактивність є поняттям, що розглядається перш за все як діагностична та корекційна категорія. У психологічному контексті поняття вказує на розлад, внаслідок якого виникають ускладнення в формуванні та розвитку цілеспрямованої поведінки дитини.

Існує три групи концепцій щодо причин синдрому гіперактивності. В концепціях першої групи цей розлад пояснюється біологічно обумовленими чинниками функціонування нервової системи. В концепціях другої групи вирішальним вважається вплив соціального середовища та виховання на формування й розвиток цього розладу. В третій групі представлені концептуальні моделі, які пояснюють виникнення порушень уваги з точки зору багатофакторного феномену.

Встановлено, що значущими чинниками, які підсилюють ризик формування й розвитку дитячої гіперактивності з дефіцитом уваги у дошкільному та молодшому шкільному віці, виступають недостатність проявів турботи та батьківської любові до дитини, особливо у формі емоційно-позитивного ставлення до дитини й тактильного контакту з дитиною, дефіцит батьківської уваги до дитини, відсутність чи недостатність поведінкових обмежень для дитини, схильної до гіперактивної поведінки.

Основними інструментами психолого-педагогічної діагностики гіперактивності дошкільника у нашому дослідженні обрані: інтерв'ю, спостереження та стандартизовані опитувальники. Діагностика вказаного поведінкового відхилення має комплексний характер та передбачає врахування психофізіологічних і соціальних аспектів виховання і розвитку гіперактивної дитини, зокрема аналіз проблемних соціальних ситуацій та соціального середовища, в якому знаходиться дитина. Важливими є різнобічний аналіз свідчень батьків та вихователів, стандартизовані діагностичні процедури, врахування даних спостереження в природному та експериментально створеному середовищах.

Внаслідок практичного вивчення стану виявлення гіперактивності у дошкільників, нами встановлений суттєвий зв'язок між такими показниками, як дитяча рухова активність та розгальмованість, імпульсивність та порушення уваги у дошкільному віці. Найбільше він констатувався між показниками рухової активності та імпульсивності дитини. Наступним по значущості виявлений зв'язок між руховою активністю та порушенням уваги.

В експериментальній групі дітей ЗДО чисельністю 15 осіб, нами виявлені 5 дітей (33%) з ознаками гіперактивної поведінки: рухова активність, порушення уваги, імпульсивність.

Проведене дослідження не вичерпує усієї глибини поставленої проблеми та створює підґрунтя для майбутніх розробок. Перспективи подальшої науково-дослідної роботи вбачаємо у вивченні ефективності комплексних форм психолого-педагогічної допомоги дітям з гіперактивністю, поглибленому вивченню динаміки змін в процесі її подолання, дослідженні чинників зниження ризику формування гіперактивного розладу в ранньому віці.

Література

1. Буняк Н. А. Психофізіологічні основи і засоби контролю за розвитком дітей за умов їх перебування в дошкільному закладі: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня доктор психол. наук. Київ: Інститут психології АПН ім. Г. Костюка, 1998. 32 с.
2. Виготський Л. С. Розвиток вищих форм уваги у дитячому віці. *Вибрані психологічні твори*. Просвітництво, 1956. С. 386–425.
3. Гуртавцова А. Гіперактивність: особливість характеру чи нездоров'я? *Дошкільне виховання*. 2013. № 11. С. 16–19.
4. Максименко С. Д. Основи генетичної психології. Київ, 1998. 218 с.
5. Міжнародна класифікація хвороб (10 перегляд). Класифікація психічних та поведінкових розладів: Клінічні описи та вказівки з діагностики. Київ: Факт, 1999. 272 с.
6. Оклендер В. Вікна у світ дитини: посібник із дитячої психотерапії; перекл. з англ. Клас, 2001. 336 с.
7. Прекоп І. Маленький тиран. Як діти маніпулюють батьками. Мова, 2002. 192 с.
8. Романчук О. Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги у дітей. Львів: Джерело-Крео, 2008. 326 с.
9. Сиротюк О. Л. Синдром дефіциту уваги із гіперактивністю. Діагностика, корекція та практичні рекомендації батькам та педагогам. ТЦ Сфера, 2002. 293 с.
10. Тохтамиш О. М. Дитяча гіперактивність: виникнення, розвиток, методи психосоціальної допомоги. *Актуальні проблеми психології*. Т. 1. Соціальна психологія. Організаційна психологія. Економічна психологія: зб. наукових праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України / за ред. Максименка С. Д., Карамушки Л. М. Київ: Міленіум, 2005. Ч. 14. С. 154–156.

11.Тохтамиш О. М. Психодіагностика дитячої гіперактивності та дефіциту уваги у дошкільному віці. *Наукові записки Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України* / за ред. академіка С. Д. Максименка. Київ: Главник, 2005. Вип. 26. Т. 4. С. 171–175.

References

1. Buniak, N.A. Psykhofiziologichni osnovy i zasoby kontroliu za rozvytkom ditei za umov yikh perebuvannia v doshkilnomu zakladi: avtoref. dys. na здобуття наук. ступеня доктор психол. наук. Київ: Інститут психології АПН ім. Н. Костіюка, 1998. [in Ukrainian].
2. Vyhotskyi, L.S. Rozvytok vyshchikh form uvahy u dytiachomu vitsi. Vybrani psykho-lohichni tvory. Prosvitnytstvo, 1956. [in Ukrainian].
3. Hurtavtsova, A. Hiperaktyvnist: osobyvist kharakteru chy nezdorovia? Doshkilne vykhovannia. 2013. № 11. S. 16–19 [in Ukrainian].
4. Maksymenko, S.D. Osnovy henetychnoi psykhologii. Kyiv, 1998. [in Ukrainian].
5. Mizhnarodna klasyfikatsiia khvorob (10 perehliad). Klasyfikatsiia psykhichnykh ta povedinkovykh rozladiv: Klinichni opysy ta vkazivky z diahnostryky. Kyiv: Fakt, 1999. [in Ukrainian].
6. Oklender, V. Vikna u svit dytyny: posibnyk iz dytiachoi psykhoterapii; perekl. z anhl. Klas, 2001. [in Ukrainian].
7. Prekop, I. Malenkyi tyran. Yak dity manipuliuiut batkamy. Mova, 2002. [in Ukrainian].
8. Romanchuk, O. Hiperaktyvnyi rozlad z defitsytom uvahy u ditei. Lviv: Dzherelo-Kreo, 2008. [in Ukrainian].
9. Syrotiuk, O.L. Syndrom defitsytu uvahy iz hiperaktyvnistiu. Diahnostryka, korektsiia ta praktychni rekomendatsii batkam ta pedahoham. TTs Sfera, 2002. [in Ukrainian].
10. Tokhtamysh, O.M. Dytiacha hiperaktyvnist: vynykennia, rozvytok, metody psykhoso-tsialnoi dopomohy. Aktualni problemy psykhologii. T. I. Sotsialna psykhologhiia. Orhaniza-tsina psykhologhiia. Ekonomichna psykhologhiia: zb. naukovykh prats Instytutu psykhologii im. H. S. Kostiuka APN Ukrainy / za red. Maksymenka S. D., Karamushky L. M. Kyiv: Milenium, 2005. Ch. 14. S. 154–156 [in Ukrainian].
11. Tokhtamysh, O.M. Psykhodiahnostryka dytiachoi hiperaktyvnosti ta defitsytu uvahy u doshkilnomu vitsi. Naukovi zapysky Instytutu psykhologii im. H.S. Kostiuka APN Ukrainy / za red. akademika S.D. Maksymenka. Kyiv: Hlavnyk, 2005. Vyp. 26. Т. 4. S. 171–175 [in Ukrainian].

Pykhtina N.

candidate of Pedagogical Sciences (PhD),
a Docent of the Department of Preschool Education
Nizhyn Gogol State University
npykhtina@ukr.net
orcid.org/0000-0001-6684-436

FEATURES OF HYPERACTIVITY IN PRESCHOOL CHILDREN: VARIETIES, DETERMINING FACTORS, METHODOLOGY AND STUDY RESULTS

The article outlines and characterizes key concepts that determine the essence of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children. Factors determining hyperactivity in preschoolers were analyzed. Three groups of concepts explaining its essence and causes are substantiated: an exclusively biological explanation of hyperactivity disorder, emphasis on its social nature and determinations, approval of the multifactorial influence of biological and social factors on children's hyperactivity.

The social block of factors is characterized in detail, in particular, imitation of parental hyperactive behavior, pronounced family disharmony, insufficient parental love, emotional deprivation, pedagogical neglect.

The destructive mechanism of the influence of the child's hyperactivity on the negative attitude of others towards him, the occurrence and complication of his other behavioral problems is presented.

The need for a practical study of hyperactivity in preschoolers is substantiated. The method of studying the manifestation of hyperactivity in children in the conditions of a preschool education institution has been developed. The main blocks of signs of attention deficit hyperactivity disorder are substantiated: motor activity, attention disorders, impulsivity, which made up the criteria for studying hyperactive behavior of preschoolers.

Relevant empirical methods are used: interviews, observations and standardized questionnaires. The obtained empirical results are commented and analyzed.

Key words: hyperactivity, attention deficit syndrome (ADS), motor activity, attention deficit disorder, impulsivity, preschool education institution.