

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХЕРСОНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Факультет психології, історії та соціології
Кафедра психології

**ОСОБЛИВОСТІ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ МОТИВАЦІЇ ДО НАВЧАННЯ ТА
НАВЧАЛЬНОЇ УСПІШНОСТІ У ЗДОБУВАЧІВ ПОЧАТКОВОЇ
ЗАГАЛЬНОЇ ОСВІТИ ІЗ СИНДРОМОМ ДЕФЦИТУ УВАГИ**

Кваліфікаційна робота (проект)
на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

Виконав: здобувачка другого
(магістерського) рівня вищої освіти
Спеціальності 053 Психологія
Освітньо-професійної програми
«Психологія»

Наталя ЛЕВЧЕНКО

Керівник: к. психол. н.

Іван КРУПНИК

Рецензент к. психол. н.,

доцентка Ольга АЛЕКСАНДРОВА

ЗМІСТ

| | |
|--|----|
| ВСТУП | 2 |
| РОЗДІЛ 1. Теоретичне обґрунтування взаємозв'язку навчальної успішності та мотивації у молодших школярів з синдромом дефіциту уваги | 6 |
| 1.1. Історичний огляд наукових уявлень та діагностичних критеріїв розладу дефіциту уваги та гіперактивності у дітей..... | 6 |
| 1.2. Причини виникнення та шляхи лікування розладу..... | 19 |
| 1.3. Ускладнення в навчанні молодших школярів із розладом дефіциту уваги та гіперактивності..... | 26 |
| 1.4. Особливості мотивації молодших школярів із РДУГ та її вплив на успішність навчання..... | 34 |
| РОЗДІЛ 2. Емпіричне дослідження мотивації до навчання та навчальної успішності у здобувачів початкової загальної освіти із синдромом дефіциту уваги | 48 |
| 2.1. Організація та методика емпіричного дослідження..... | 48 |
| 2.2. Діагностичні критерії та виявлення РДУГ у вибірці молодших школярів..... | 51 |
| 2.3. Аналіз навчальної мотивації та ставлення до школи..... | 62 |
| 2.4. Взаємозв'язки симптоматики РДУГ, мотивації навчання та шкільної успішності..... | 72 |
| ВИСНОВКИ | 77 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ | 80 |
| ДОДАТКИ | |
| Додаток А. Кодекс академічної доброчесності здобувача вищої освіти ХДУ..... | 88 |
| Додаток Б. Інструменти для діагностики симптомів поведінкових розладів та мотиваційної сфери молодших школярів | 89 |
| Додаток В. Порівняльний аналіз експертних оцінок вираженості РДУГ у молодших школярів..... | 93 |
| Додаток Г. Однофакторний дисперсійний аналіз..... | 94 |
| Додаток Д. Рекомендації щодо корекції та розвитку мотиваційної сфери учнів із розладом дефіциту уваги та гіперактивності..... | 97 |

ВСТУП

У 2004 році Всесвітня асоціація дитячої та підліткової психіатрії визнала синдром дефіциту уваги та гіперактивності «проблемою № 1» у сфері охорони психічного здоров'я. Це обумовлено по-перше, поширеністю цього розладу, який за найскромнішими підрахунками зустрічається у 3 % учнів шкільного віку (частіше називають поширеність у 10-20 %). По-друге, розлад супроводжується численними та серйозними супутніми проблемами (емоційними, когнітивними, поведінковими), обумовлює дезадаптацію в навчальній та соціальній сфері і важко піддається корекції.

Проблемі дефіциту уваги і гіперактивності дітей приділяють серйозну увагу фахівці, вона часто обговорюється шкільними психологами, педагогами та батьками. Сьогодні відомі основні нейропсихічні причини виникнення розладу, механізми його впливу на поведінку дитини та виникнення вторинних проблем, погоджено способи медичного лікування та психологічної терапії. Психологічний та педагогічний супровід таких дітей обґрунтований в працях західних вчених (R. A. Barkley, G. J. Du Paul, C. Gillberg, S. Goldstein, M. Goldstein, T. Lee та баг. ін.); ці питання вивчають вітчизняні неврологи та психотерапевти Н. В. Васильєва, О. І. Романчук, І. І. Марценковська, І. В. Сухіна, О. Г. Ферт та інші. Не зважаючи на численні здобутки у вивченні синдрому дефіциту уваги, кількість дітей, у яких діагностовано цей розлад, щороку зростає, а ефективних шляхів допомоги досі не знайдено. Багато аспектів проблеми залишаються нез'ясованими та суперечливими, серед них проблема навчальної мотивації – однієї з неочевидних функцій, що відчуває сильний дефіцит при цьому розладі.

Багато дослідників та практиків відзначають порушення мотиваційної сфери, що супроводжують синдром дефіциту уваги, та шукають можливості відповідних втручань (Т. J. Dekkers, E. Furukawa, R. Lavoie, S. Morsink, E. Ventouri, J. Wu та ін.). Проте у вітчизняній психології ця тематика практично не висвітлена і не підкріплена емпіричними дослідженнями.

Отже, проблема дослідження психологічних особливостей дітей цієї категорії залишається надзвичайно актуальною. Від її вирішення залежить організація навчання та психологічний супровід школярів. Очевидно, що будь-яка програма з розвитку шкільних чи соціальних навичок для дітей із РДУГ має стимулювати їх пізнавальну активність та враховувати специфіку мотивації. Це обґрунтовує вибір теми кваліфікаційної роботи магістра «Особливості взаємозв'язку мотивації до навчання та навчальної успішності у здобувачів початкової загальної освіти із синдромом дефіциту уваги».

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Робота виконана згідно плану науково-дослідницької роботи кафедри психології Херсонського державного університету, в межах теми «Соціально-психологічні технології розвитку особистості» (державний реєстраційний № 0112U001440). Це дослідження є логічним продовженням роботи, присвяченої вивченню когнітивних особливостей учнів з синдромом дефіциту уваги, проведеної в 2019-2020 рр. під керівництвом доктора психологічних наук, професора І. С. Поповича.

Мета дослідження – теоретично проаналізувати та емпірично вивчити специфіку розвитку мотивації до навчання у молодших школярів із розладом дефіциту уваги, з'ясувати взаємозв'язок мотивації та навчальної успішності.

Досягнення мети передбачало виконання конкретних завдань:

1) оглянути наукову літературу з проблематики навчальної успішності дітей з розладом дефіциту уваги та гіперактивності, визначити причини порушень мотивації та їх значущість у виникненні шкільної дезадаптації;

2) уточнити діагностичні критерії синдрому дефіциту уваги, провести емпіричне дослідження у вибірці учнів молодших класів загальноосвітніх шкіл: виявити поширеність розладу та супутніх проблем;

3) з'ясувати особливості мотивації до навчання у дітей, що мають розлад та їх відмінності від однолітків, встановити значущі взаємозв'язки між показниками мотивації та навчальної успішності;

Об'єктом дослідження виступає розлад дефіциту уваги та гіперактивності в молодшому шкільному віці. *Предмет дослідження* – взаємозв'язок мотивації до навчання та навчальної успішності у здобувачів початкової загальної освіти із синдромом дефіциту уваги.

Методи дослідження. Для досягнення поставлених в роботі завдань використано комплекс теоретичних та емпіричних методів:

- *теоретичні*: аналіз, порівняння, систематизація та узагальнення даних наукових джерел з означеної проблематики;

- *емпіричні*: експертна оцінка та психологічна діагностика особливостей психічного розвитку учнів молодших класів (використано Опитувальник симптомів поведінкових розладів у дітей та підлітків «NICHQ Vanderbilt», Систему вікової діагностики навчальної мотивації школярів Н. В. Калиніної та М. І. Лук'янової, методику «Оцінка рівня шкільної мотивації» Н. Г. Лусканової).

Було організовано емпіричне дослідження у вибірці 125 учнів II та III класів, серед яких 63 хлопчики та 62 дівчинки. Респондентами виступили самі учні, їхні батьки та вчителі молодших класів, що виступали в якості експертів, оцінюючи поведінку дитини на заняттях та її шкільну успішність. В процесі аналізу даних вибірку розділено на дві експериментальні та контрольну групу відповідно виявленій симптоматиці. Для обробки отриманих результатів застосовано наступні статистично-математичні методи: аналіз описових статистик і частотний аналіз для визначення особливостей вибірки; критерій кореляції Пірсона для визначення зв'язків між вимірними параметрами; порівняльний аналіз підвбірок за допомогою t-критерію Стьюдента та однофакторного дисперсійного аналізу. Для розрахунків використовувалось пакет аналізу даних Microsoft Excel 2010 та програма IBM SPSS Statistics 22.0.

Наукова новизна одержаних результатів:

- *вперше* представлені результати оцінки навчальної мотивації українських школярів із симптомами розладу дефіциту уваги та

гіперактивності; показано складні взаємозв'язки мотивації та успішності здобуття основних шкільних навичок;

- *уточнено* відомості про діагностику розладу, його поширеність серед учнів початкових класів; виявлено специфічні відмінності в оцінках поведінки дітей з боку вчителів та батьків, що по-різному сприймають наявні прояви дефіциту уваги та гіперактивності;

- *розширено та поглиблено* існуючі знання про синдром дефіциту уваги та проблеми, які він викликає при вступі дитини до школи.

Практичне значення одержаних результатів. Результати дослідження будуть корисні шкільним психологам, педагогам та батькам. Робота містить адаптовані україномовні діагностичні методики, готові до використання в шкільному середовищі (зокрема, запропоновано авторську модифікацію методики визначення навчальної мотивації), а також практичні рекомендації для дорослих, що взаємодіють з гіперактивною дитиною.

Апробація результатів дослідження. Результати дослідження обговорювалися на засіданні кафедри психології від 05 грудня 2022 року (протокол №6) та представлені на XXV Міжнародній науково-практичній конференції «Сучасні аспекти модернізації науки: стан, проблеми, тенденції розвитку» (7 жовтня 2022 р., м. Рига (Латвія), дистанційно). Матеріали роботи опубліковано в тезах «Результати дослідження мотивації до навчання та навчальної успішності у молодших школярів з розладом дефіциту уваги та гіперактивності» (<http://perspectives.pp.ua/public/site/conferency/conf-25.pdf>).

Структура роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел, п'яти додатків. Обсяг основного тексту складає 77 сторінок, містить 11 таблиць і 5 малюнків. Список джерел містить 67 праць, із них 37 іноземними мовами.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ НАВЧАЛЬНОЇ УСПІШНОСТІ ТА МОТИВАЦІЇ У МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ З СИНДРОМОМ ДЕФІЦИТУ УВАГИ

1.1. Історичний огляд наукових уявлень та діагностичних критеріїв розладу дефіциту уваги та гіперактивності у дітей

Плеяда симптомів, яка представляє собою синдром дефіциту уваги та гіперактивність, відома вже багато років, але мала різні назви та пояснення.

На початку ХХ ст. розлад пов'язували з ураженням головного мозку і називали *minimal brain damage*. Пізніше було встановлено, що не всі діти з неухважністю та гіперактивністю мають явні органічні ураження мозку, тому формулювання уточнили як *minimal brain dysfunction*; ця назва використовувалась до 1980-тих років (Ферт О. Г., 2020) [28, с. 53]. Термін «мінімальна мозкова дисфункція» об'єднав велику групу легких, непрогресуючих неврологічних симптомів (когнітивних, мовних, рухових, поведінкових та інших), при яких спостерігається затримка біологічного дозрівання певних структур ЦНС та виконуваних ними регулятивних функцій. Важливо, що за загальним рівнем інтелекту такі діти відповідають нормі, але відчують певні труднощі із навчанням у школі та з соціальною адаптацією (Міщук Т. М., Каландяк О. М., 2012) [17].

Поряд з цим, ще в 1930-тих роках був описаний синдром під назвою *hyperkinetische erkrankung* (гіперкінетичний розлад), якому притаманні надмірна рухова активність і патологічно підвищене відволікання. Цей підхід використала Американська асоціація психіатрів у другому виданні Діагностичного і статистичного посібника з психічних захворювань (DSM-II, 1968 р.), куди було додано діагностичну категорію «гіперкінетична реакція дитячого віку» (*hyperkinetic reaction of childhood*); в цій інтерпретації його

також включено до Міжнародної класифікації хвороб ВООЗ (МКХ-9, 1975 р.) як «гіперкінетичний розлад дитячого віку». В МКХ-10 діагностичну категорію перейменували на «*гіперкінетичний розлад*» (*Hyperkinetic disorders*). Це група розладів, яка характеризується раннім початком (переважно перші п'ять років життя), відсутністю витримки у діяльності, яка вимагає використання когнітивних функцій, схильністю до перескакування з однієї діяльності на іншу, не завершивши жодної, разом з дезорганізованою, слабо регульованою та надмірною активністю (WHO, 2019) [66].

З часом фахівці з'ясували, що гіперактивність є лише одним із проявів цілого комплексу порушень, при яких основний дефект пов'язаний з недостатністю механізмів уваги і гальмівного контролю. В новій концепції зроблено додатковий акцент на неуважності, відповідно впроваджене визначення «розлад дефіциту уваги з і без гіперактивності» (DSM-III, 1980 р.), а згодом «розлад дефіциту уваги і гіперактивності» (DSM-IV, 1994 р.; DSM-V, 2013 р.). Діагностичні критерії РДУГ змінювалися та уточнювались з кожним переглядом DSM та МКХ, академічні дискусії навколо цієї термінології досі тривають.

Наразі спеціалісти використовують термін «*розлад дефіциту уваги та гіперактивності*» (аббревіатура РДУГ, в англomовному варіанті ADHD - Attention Deficit Hyperactivity Disorder), який більш повно охоплює проблему. Поряд з цим в науковій літературі та в суспільних обговореннях часто використовують паралельні назви: «гіперкінетичний розлад», «гіперактивність», «гіперактивний розлад з дефіцитом уваги», «синдром дефіциту уваги» і т.ін. Фахівці все частіше висловлюють думку, що правильніше розглядати РДУГ як порушення контролю над імпульсивними формами поведінки, а не як розлад поведінки, незважаючи на подібну симптоматику (R. Barkley, 1996; О. Романчук, 2015; О. Г. Ферт, 2020) [23; 28; 33]. Отже, сучасна назва все ще недостатньо чітко та точно відображає сутність розладу, головною проблемою якого є не стільки неуважність або гіперактивність, скільки біологічно обумовлений *розлад розвитку*

самоконтролю. Ймовірно, з накопиченням емпіричних даних та уточненням розуміння природи РДУГ буде прийнято нове формулювання.

Незважаючи на велику кількість літератури, що описує РДУГ, його визначення продовжують обговорюватися і ставиться під сумнів. Сьогодні більшість авторів розуміють його як комплексне, стійке порушення функціонування нервової системи, що включає три головні симптоми:

- *неуважність*: труднощі в концентрації, часті відволікання на зовнішні стимули, нездатність зосередитись, уважно стежити за деталями, підтримувати увагу в діяльності або іграх, дотримуватись інструкцій, доводити до кінця розпочаті справи, та ін.);

- *гіперактивність*: дезорганізованість, надмірна активність, неспокійні рухи частинами тіла, ковзання на місці, неможливість всидіти на місці, неадекватна шумність в іграх та ін. (ця особливість дуже помітна у структурованих, організованих ситуаціях, які потребують відносного спокою та самоконтролю поведінки);

- *імпульсивність*: балакучість без адекватної реакції на соціальні обмеження, нездатність очікувати в черзі, часте переривання інших та встрявання в розмови або ігри, тощо (Бояршинова К. І. та ін., 2019) [4].

Найбільш вичерпним, на наш погляд, є визначення РДУГ, надане українським психотерапевтом О. І. Романчуком: «поліморфний клінічний синдром, головним проявом якого є порушення здатності дитини контролювати та регулювати свою поведінку, що виливається у рухову гіперактивність, порушення уваги та імпульсивність» (Романчук О., 2015) [23]. Це розлад розвитку, прояви якого присутні з раннього дитинства і мають стійкий, неминущий характер. Автор особливо наголошує на поліморфності розладу, широкому спектрі його можливих проявів.

Остання редакція DSM-V описує гіперактивний розлад з дефіцитом уваги як постійну модель поведінки з неуважністю та/чи гіперактивністю-імпульсивністю, що заважає роботі чи розвитку (American Psychiatric

Association, 2013) [31]. Він включає 8 симптомів стійкої неуважності та 8 симптомів гіперактивності/імпульсивності – див. схему на рис. 1.1.

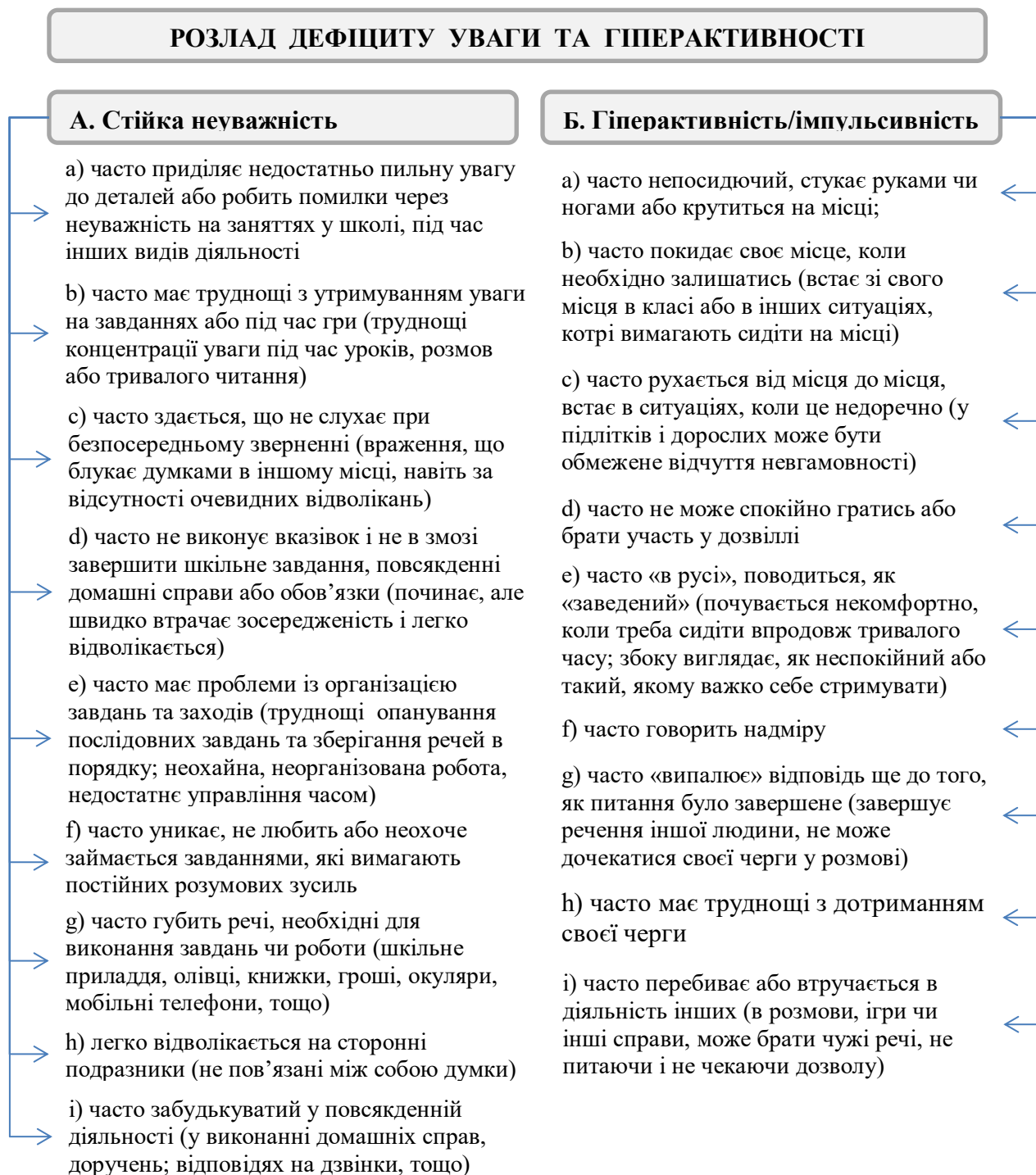


Рис. 1.1. Діагностичні критерії РДУГ відповідно до DSM-V, складено за матеріалами Синопису діагностичних критеріїв DSM-V та протоколів NICE (Підлісецька Л., 2014) [25].

Діагностика кожного з компонентів передбачає шість чи більше з перехованих симптомів, які тривають щонайменше шість місяців у ступені,

що не узгоджується з рівнем розвитку дитини, і негативно впливають на її діяльність. Декілька симптомів стійкої неухважності та гіперактивності/імпульсивності мають бути присутні у двох або більше важливих середовищах, включаючи соціальне, сімейне та освітнє. При цьому симптоми не пояснюються іншими клінічними розладами (шизофренією, інтоксикацією, депресією, тривожним розладом, тощо) і не є проявом опозиційної поведінки, демонстративної непокори, ворожості або нерозуміння завдань чи інструкцій.

В останній редакції DSM-V відбувся ряд важливих змін у вимогах до діагностики РДУГ:

а) підвищено віковий критерій появи симптомів: прояви неухважності або гіперактивності мають бути виявлені до 12 років (раніше до 7 років);

б) вимога присутності *функціональних порушень* у двох або більше життєвих сферах внаслідок проявів неухважності або гіперактивності-імпульсивності зменшена до *присутності симптомів* неухважності або гіперактивності-імпульсивності у двох або більше життєвих сферах;

в) усунене виключення для осіб з розладами аутичного спектру, оскільки симптоми обох розладів зустрічаються одночасно;

г) знижені вимоги щодо симптоматики підлітків і дорослих: достатньо 5 присутніх ознак порушення уваги та/або гіперактивності/імпульсивності.

Найсуттєвіша зміна стосується перегляду віку початку розладу. Початково критерій появи симптомів до 7 років мав за мету уникнути хибного діагностування РДУГ у дітей, чия неухважність чи гіперактивність була спричинена реакцією на шкільний стрес. Існують дані, що діти з раннім початком РДУГ (до 7 років) можуть мати більш виражені поведінкові симптоми і гіперактивність, у них частіше трапляється затримка вербального та фізичного розвитку (T. Lee et al., 2020) [50].

В МКХ-10 РДУГ відповідала діагностична рубрика F90 **Гіперкінетичні розлади**, включена в категорію «Поведінкові і емоційні розлади, дебют яких зазвичай відбувається в дитячому та підлітковому віці».

Вона включала два якісно-різні підтипи: порушення активності та уваги (F90.0 Disturbance of activity and attention) та гіперкінетичний розлад поведінки (F90.1 Hyperkinetic conduct disorder) (WHO, 2019) [66]. В останній редакції МКХ-11, імплементацію якої у клінічну практику розпочато у 2021 р., враховано результати сучасних досліджень мозку, що демонструють затримки у дозріванні кори та введено нову діагностичну категорію «Порушення нейророзвитку» (Neurodevelopmental disorders). До неї входять, крім РДУГ, розлади інтелектуального розвитку, мови і мовлення, розлади аутичного спектру, рухової координації навичок, тики та розлади навчання, пов'язані з розвитком. Формулювання та діагностичні вимоги щодо РДУГ приведено у відповідність критеріям DSM-V: назву переформульовано із гіперкінетичного розладу в «Розлад дефіциту уваги та гіперактивності» (Attention deficit hyperactivity disorder) (World Health Organization, 2022) [65].

За сучасними критеріями ВООЗ, РДУГ характеризується стійкою формою (принаймні 6 місяців) неуважності та/або гіперактивності-імпульсивності, яка прямо негативно впливає на академічне, професійне чи соціальне функціонування. Ці прояви мають бути помічені до 12 років, хоча деякі особи можуть потрапити під клінічне спостереження пізніше, коли вимоги середовища перевищують компенсаторні можливості психіки. Ступінь неуважності та гіперактивності/імпульсивності виходить за межі нормальних варіацій, очікуваних для віку та рівня інтелектуального функціонування. Відносний баланс і специфічні прояви симптомів різняться в окремих індивідів і можуть змінюватися в ході розвитку. Щоб поставити діагноз РДУГ, прояви неуважності та/або гіперактивності-імпульсивності мають бути очевидними в багатьох ситуаціях або середовищах (вдома, у школі, на роботі, з друзями чи родичами), але вони можуть різнитися залежно від обстановки. При цьому симптоми не можна краще пояснити іншим психічним, поведінковим або нервовим розладом, вони не є наслідком дії речовин чи ліків (WHO, 2022) [65].

Широкий спектр проявів РДУГ є причиною наявності різних уявлень у дитячій психіатрії щодо меж, які можна вважати власне розладом. Класифікації DSM-IV та МКХ-10 дещо по-різному підходили до діагностики. Межі DSM-IV були ширші і включали легші форми розладу, в яких присутні лише симптоми порушення уваги або лише гіперактивності/імпульсивності. Відповідно, виділялося три підвиди РДУГ: комбінована форма, форма з домінуючим порушенням уваги та з домінуючою гіперактивністю. Критерії МКБ-10 були вужчі, суворіші і охоплювали лише важкі форми розладу, які відповідали комбінованій формі за DSM-IV. У клінічній практиці та наукових публікаціях підхід DSM використовується частіше, адже дозволяє ідентифікувати різні форми РДУГ і відповідно обирати методи корекції, адже умовно «легкі» форми можуть супроводжуватися серйозними вторинними проблемами і призводити до значних порушень функціонування особистості.

Проблема поліморфності розладу та класифікації його підтипів довгий час знаходиться у фокусі уваги науковців, призводячи до уточнень системи класифікації та зміни розуміння патогенетичної природи РДУГ. Наприклад, P. Jensen та співавтори обґрунтовують виділення двох нових підкласів РДУГ – агресивного та тривожного (Jensen P.S., Martin D., Cantwell D.P., 1997) [44].

О. І. Романчук підкреслює, що сутність діагностичних ярликів не в тому, щоб навішувати їх на дітей, перестаючи при цьому бачити їх неповторну індивідуальність, а в тому, щоб розуміти особливості конкретної дитини і знати, як їй допомогти в подоланні труднощів. Підтипи РДУГ відрізняються за клінічними характеристиками, профілями коморбідних розладів та ризиком розвитку вторинних проблем. За даними досліджень, дітям з домінуючою неуважністю більш властиві проблеми з навчанням, тривожні розлади та депресія; переважання гіперактивності-імпульсивності більш пов'язане із опозиційною, агресивною та антисоціальною поведінкою. З усіх підтипів найважчим є комбінований, який супроводжується розвитком проблем, притаманним двом іншим групам. Поширеність комбінованого підтипу серед хлопців і дівчат становить 3:1, а підтипу з домінуючими

порушеннями уваги 1:1, загальна поширеність теж відрізняється – перший підтип зустрічається в 3-4 рази частіше (Романчук О., 2015) [23].

Отже, Американська психіатрична асоціація та ВООЗ встановили міжнародні стандарти діагностики РДУГ, на основі яких розробляються клінічні опитувальники, які зазвичай заповнюють батьки або вчителі дитини. Діагноз вповноважені ставити різні фахівці: спеціалізовані психологи, дитячі психіатри та неврологи, педіатри з розвитку; при цьому вони спираються на дані опитувальників, доповнені власною клінічною оцінкою. Існує проблема певної суб'єктивності експертів у використанні стандартизованих критеріїв, що робить процес діагностики менш надійним. В Україні визначення синдрому РДУГ сьогодні також залишається неоднозначним.

Труднощі своєчасного виявлення пов'язані, першу чергу, із поліморфністю розладу – його клінічна картина надзвичайно різноманітна, має багато проявів, «масок», вторинних та супутніх порушень. Щонайменше 70% дітей із РДУГ мають принаймні ще один стійкий коморбідний розлад, який часто висувається на перший план, маскуючи симптоматику. Ці проблеми не менш важливі та шкідливі, адже визначають довгостроковий прогноз розвитку дитини (С. Gillberg et al., 2004) [41]. Отже, РДУГ є певним «клінічним викликом» для фахівців різних напрямків, включаючи педіатрів, вчителів, психологів, психіатрів та соціальних працівників, що потребує високого рівня компетенції для грамотної діагностики та терапії. Супровід таких пацієнтів ускладнюється відсутністю інтеграції різних фахівців, які працюють окремо один від одного, використовуючи різні теоретичні та методологічні підходи: фармакологічні засоби, психологічну терапію, освітні та соціальні втручання, а також їх комбінації [23].

Диференціальна діагностика РДУГ передбачає розмежування з іншими розладами: порушенням інтелектуального розвитку, розладом аутичного спектру, розладом рухової координації, розладом навчання, пов'язаним з розвитком, депресивними та тривожними розладами, опозиційно-зухвалим та

асоціальним розладом поведінки, тощо. Всі ці порушення часто співіснують та виникають спільно з проявами РДУГ (WHO, 2019; 2022) [70; 71].

Для РДУГ характерний високий рівень супутньої патології – до 70 % випадків супроводжуються принаймні ще одним (коморбідним) порушенням розвитку нервової системи. Найчастіше це порушення когнітивних функцій, розвитку мови, порушення дрібної і загальної моторики, координації рухів, а також тикові розлади. Більше половини таких дітей страждають на опозиційний розлад поведінки. Вони погано керовані батьками і вчителями, можуть навмисно турбувати оточення, чинять всупереч іншим. Часто діагностуються антисоціальні поведінкові розлади – дитина порушує права інших людей через крадіжки, фізичну агресію чи знищення майна. У 33 % дітей із РДУГ протягом життя може бути діагностований тривожний розлад, депресивний епізод, маніакальні чи гіпоманіакальні афективні епізоди, синдром Туретта (Марценковська І. І., 2020) [14].

Крім коморбідних захворювань нервової системи, РДУГ супроводжується рядом специфічних *вторинних розладів* і проблем:

- проблеми з успішністю і поведінкою у школі: відставання в навчанні, невміння учитись, низька мотивація (байдуже, пасивне чи активно негативне ставлення до навчання) (Fleming M. et al., 2016) [39];

- проблеми у міжособистісних відносинах: конфлікти з членами сім'ї, складні відносини з однолітками (що супроводжується соціальною ізоляцією, опозиційністю), а також ризик втрати родинних зв'язків (Романчук О., 2015);

- низька та нестабільна самооцінка, відсутність впевненості у собі та почуття власної гідності, низька самоефективність, труднощі у подоланні невдач (Ventouri E., 2020) [63];

- підвищений ризик зловживання та/або залежності від психоактивних речовин (Erskine H. E. et al., 2016) [38];

- ризикована поведінка: особи із РДУГ набагато частіше стають винуватцями або жертвами нещасних випадків, дорожньо-транспортних

пригод, мають високий ризик незапланованої вагітності, зараження венеричними захворюваннями і т.ін (Марценковський І., 2021) [16];

- антисоціальна поведінка: схильність до правопорушень та кримінальних дій, приналежність до антисоціальних угруповань.

Однією з характерних рис цих дітей є порушення соціальної адаптації через недостатній рівень соціальної зрілості. Окрім вказаних особливостей, у дітей зі РДУГ часто зустрічаються зміни в емоційно-вольовій сфері: розгальмованість, роздратованість, плаксивість. Значна амплітуда емоційних переживань, афективна напруженість, труднощі у спілкуванні з дорослими й однолітками призводять закріплення ворожості до оточуючих, формування негативної «Я-концепції», виникнення неврозоподібних або психопатичних розладів (Н. В. Васильєва, 2020) [18].

Вторинні проблеми ускладнюють клінічну картину та посилюють стан дезадаптації дитини. РДУГ є хронічним захворюванням, отже багато дітей продовжують відчувати симптоми та пов'язані з ними функціональні порушення у підлітковому та дорослому віці. Наявність розладу у шкільному віці протягом усього наступного життя корелює з академічними та професійними проблемами, більш низьким соціальним статусом і матеріальним благополуччям (Марценковський І., 2021) [16]. Наявні симптоми також можуть напружувати міжособистісні стосунки, включаючи стосунки з членами сім'ї, однолітками та романтичними партнерами, особливо в контексті групової взаємодії. О. Романчук відзначає, що ціна вторинних розладів для дитини, її сім'ї та суспільства загалом дуже висока. Проте більшість проблем не є вироком для дитини та піддається терапії; їх можна попередити за умови надання своєчасної та компетентної допомоги.

Іншим важливим аспектом діагностики є *межа з нормою* та поріг визначення порушення. Оскільки гіперактивність представлена в загальній популяції як континуум, основні симптоми РДУГ можна вважати поведінкою, граничною з нормою (Бояршинова К. І. та ін., 2019) [4]. Такі риси, як рухова активність, неухважність, імпульсивність є нормальними у

дошкільному та молодшому шкільному віці; вони присутні у багатьох дітей, підлітків і навіть дорослих, особливо у переламні періоди розвитку. Вони також можуть виникати у відповідь на травмівні події та реакції горя в дитинстві. Якщо ці риси не створюють для дітей та їх оточення великих проблем, і не призводять до порушень поведінки, навчання, соціального розвитку, то про розлад не йдеться. Діагноз РДУГ вимагає, щоб відповідні симптоми були постійні у часі, поширені в різних ситуаціях, не відповідали рівню розвитку та негативно впливали на академічну, професійну чи соціальну діяльність (WHO, 2022) [65]. Умовна межа між нормою та патологією створює певні труднощі у діагностиці, особливо при легких формах РДУГ. Втім, реальність цього розладу і пов'язаних з ним проблем неможливо недооцінити чи відкинути.

При діагностиці РДУГ слід пам'ятати, що всім дітям властива вища, в порівнянні з дорослими, рухова активність. Для дошкільників характерна мимовільна увага з малим обсягом та слабким розподілом; повну увагу на уроці діти можуть зберігати не більше 15-20 хвилин. Також слід згадати, що процес дозрівання лобних структур в онтогенезі триває до 12-15 років. При легких формах РДУГ (що складають 30-40% від загальної кількості) до підліткового віку ці діти наздоганяють ровесників (Романчук О., 2015) [23].

Оскільки гіперактивні діти не відносяться до категорії аномального розвитку, вони навчаються в масовій загальноосвітній школі. Але такі учні мають специфічні особливості психіки, поведінки та діяльності, які без спеціально організованої психологічної допомоги спричиняють неготовність до навчання в школі, труднощі шкільної адаптації і проблеми в засвоєнні навчального матеріалу (Годлевська В., 2021) [6].

Відсутність єдиних поглядів на природу і прояви РДУГ призводить до неоднозначності у методах та результатах діагностики, суперечливості прогнозів розвитку, а також труднощів побудови в організації навчання та корекційно-розвивальної роботи.

Оцінки поширеності РДУГ залежать від ряду факторів: використаних діагностичних критеріїв, методу встановлення (опитування вчителів, батьків чи оцінка лікаря), а також характеристик вибірки. Історично найвищі оцінки спостерігаються у країнах, що використовують відносно широкі критерії DSM, відповідно яким діагноз отримують від 3 до 20 % популяції (Goldstein S., Goldstein M., 1998) [42, с. 67-71]. В національному дослідженні в США протягом 2016-2019 рр. 114,5 тис. батьків опитали стосовно того, чи ставився колись їх дитині діагноз РДУГ. За отриманими даними, поширеність розладу у віці 3-17 років склала 9,8 %, тобто близько 6 млн. дітей. Серед них 62 % отримували фармакологічне лікування, 47 % – поведінкову терапію (Danielson M. et al., 2022) [35]. Декілька досліджень англійської популяції показали рівень поширеності від 2 до 5%, залежно від того, чи були застосовані критерії DSM або більш суворі критерії МКХ [цит. по 4]. Скринінг великої вибірки школярів (більше 22 тис.) з використанням шкали оцінювання вчителів відповідно DSM-IV показав подібну поширеність під час вступу в школу (McArdle P., O'Brien G., Kolvin I., 1995) [54].

Діагностика РДУГ в Україні залишається недостатньою, дані щодо поширеності розладу досі відсутні. О. М. Перепада (2010) вважає, що від 500 до 900 тис. дітей шкільного віку можуть мати особливі потреби, зумовлені дефіцитом уваги [20]. В 2009 р. співробітники НДІ психіатрії МОЗ обстежили 482 учнів загальноосвітньої київської школи та 164 учнів, що навчалися у спеціальній школі для дітей з проблемами шкільної адаптації без розумової відсталості; методика дослідження передбачала опитування батьків та вчителів. Виражені прояви РДУГ були виявлені у 12,2 % дітей в ЗОШ та 27,4 % учнів спеціальної школи, що значно більше, ніж аналогічна статистика в Європі і США. При цьому більше третини дітей з РДУГ мали супутні антисоціальний або опозиційно-демонстративний розлади поведінки. Розлад супроводжувався порушенням шкільних навичок та дрібної моторики. На основі отриманих результатів зроблено висновок, що загальноосвітні школи погано інтегрують дітей з РДУГ (Марценковська І. І., 2009) [15].

Статистика засвідчує, що РДУГ – один із найпоширеніших поведінкових розладів в дитячому віці та головна причина звернень до дитячих психіатрів. Якщо взяти за основу найменшу з відомих статистик 3 %, то виходить, що кожна тридцята дитина має РДУГ, тобто в кожному класі загальноосвітньої школи є принаймні один такий учень. Попри поширеність, розлад часто діагностується несвоєчасно, невірно або взагалі не виявляється, тому більша частина дітей не отримує своєчасної та належної допомоги. Так, в деяких європейських країнах поширеність РДУГ в офіційних звітах близька до нуля, що реально говорить про неналежне діагностування [4].

Слід звернути увагу на існування суперечливих думок і спекуляцій навколо РДУГ, які ускладнюють своєчасне виявлення розладу та надання ефективної допомоги: заперечується його біологічна природа, проблема пояснюється поганим вихованням (батькам рекомендують бути суворішими до дитини та вимагати від неї дотримання встановлених правил) або злими намірами дитини, її лінощами, безвідповідальністю, егоїзмом, тощо. Одним із найнебезпечніших міфів є заперечення РДУГ як реального діагнозу – нібито це штучно створена проблема, що насправді не потребує втручань. Часто батьки чують (в тому числі від фахівців), що «нічого страшного, з віком минеться». Насправді в більшості випадків дитина не переростає цей синдром, а навпаки, накопичує вторинні проблеми. Пасивне очікування призводить до втрати цінного часу, адже чим раніше відбудеться психологічна та медична допомога, тим вона ефективніша. Іншою крайністю є відмова від втручань, бо «дитина така вродилася, з нею вже нічого не поробиш». Все це приводить до відчуття провини, безсилля батьків і не сприяє покращенню стану дитини (Романчук О., 2015) [23, с. 8-10]. З іншого боку, цей розлад, як і інші психіатричні діагнози, часто стигматизується – особи будь кого віку, що демонструють симптоми РДУГ, відчувають негативне ставлення навколишніх до себе (Lebowitz M., 2016) [49]. Дорослим необхідно пояснювати, що, хоча причини РДУГ біологічні, прогноз розвитку

дитини залежить від психосоціальних факторів, насамперед – від залученості і ставлення батьків, а також правильно підбраного коригуючого середовища.

Таким чином, основними проявами РДУГ є порушення концентрації уваги, гіперактивність та імпульсивність, які не відповідають віку і призводять до значних порушень функціонування в різних сферах життя. Це один із найпоширеніших психічних розладів у дитинстві: він спостерігається щонайменше у 3-5 % школярів (з кожним роком поширеність зростає); при цьому у 70-80 % його симптоми мають хронічний характер та зберігаються у зрілому віці. З метою точної діагностики та диференціювання розладу від нормальної поведінки застосовуються діагностичні системи DSM-V і МКХ-11 з чітко окресленими критеріями. Проте часто РДУГ не діагностується, і діти не отримують відповідної допомоги. Через несвоєчасну діагностику і неадекватну допомогу розлад може призводити до серйозних вторинних ускладнень: шкільної та соціальної дезадаптації, порушень особистісного розвитку, девіантної та деліквентної поведінки і т.ін.

1.2. Причини виникнення та шляхи лікування розладу

Знання нейропсихологічних особливостей і патогенезу РДУГ необхідне для обґрунтування відповідної терапії та правил виховання дітей. Щодо причин виникнення РДУГ досі немає однозначної думки спеціалістів. Існують морфологічні, генетичні, нейрофізіологічні, біохімічні, екологічні та соціально-психологічні концепції, які намагаються пояснити механізми розвитку синдрому.

Історично однією з перших була висунута гіпотеза про те, що РДУГ є наслідком *органічного ураження ЦНС* у ранньому онтогенезі: внаслідок перинатальної патології (ускладнення вагітності, гіпоксія чи асфіксія новонародженого), черепно-мозкових травм, нейроінфекцій (енцефаліт, менінгіт), метаболічних порушень, дії токсичних речовин, тощо. В плані локалізації порушень йдеться про поразку зон лобових ділянок кори та

підкірки, зокрема базальних гангліїв. Доказами такої дисфункції є дані КТ та МРТ про наявність органічних структурних дефектів мозку у осіб із РДУГ; результати ЕЕГ, що виявляють знижену активність та функціональну незрілість цих відділів; а також дані про зменшений метаболізм глюкози та зниження кровотоку у шляхах від лобової кори до базальних гангліїв, лімбічної системи та мозочка (Goldstein S., Goldstein M., 1998) [42, с. 199-226]. Дефіцит функціонування лобових часток мозку включає в себе функції поведінкового гальмування, контролю уваги при наявності відволікаючих стимулів, а також ряд виконавчих функцій: інтерналізація мови, вербальна та невербальна робоча пам'ять, емоційна та мотиваційна саморегуляція, планування та тимчасова організація поведінки (Barkley R., 2006) [32].

Хоча органічні ураження ЦНС часто виявляються у дітей із РДУГ, огляд сучасних досліджень свідчить, що вони не є специфічними для цього розладу і в значній частині випадків відсутні, тобто недостатні для пояснення його виникнення. Водночас накопичувалися дані про *спадкову природу* РДУГ – розлад зустрічається серед кровних родичів у 5–7 разів частіше, ніж в середньому у популяції (Barkley R., 1996) [36]. Все це змусило дослідників висувати інші теорії щодо причин РДУГ.

Наступною гіпотезою, що отримала наукове підтвердження, стало припущення про *порушення обміну нейротрансмітерів* норадреналіну та дофаміну, які задіяні у передачі нервових імпульсів між лобовою корою та підкірковими утвореннями. Основним доказом цього стала ефективність медикаментів – психостимуляторів, що специфічно діють на ці нейротрансмітерні системи і призводять до зменшення симптомів РДУГ у 70-90 % дітей. З розвитком молекулярної генетики з'явилися докази, що розлад пов'язаний із специфічними генами, які відповідають за регулювання активності дофаміну та норадреналіну. Сьогодні вважається, що у більшості випадків РДУГ саме генетичні фактори відіграють провідну етіологічну роль. Генетична форма розладу обумовлюється комбінаціями різних генів, що пояснює поліморфну клінічну картину: існування різних ступенів тяжкості та

підтипів РДУГ, а також високу частоту коморбідних розладів, значна частина яких також має генетичну природу (Романчук О., 2015) [23].

З позицій нейрофізіології, при РДУГ спостерігається дисбаланс між процесами збудження та гальмування в ЦНС. Передні відділи мозку виконують гальмівну функцію щодо підкіркових структур, які забезпечують автоматизовані моторні акти і рухову активність. Ця ділянка також відповідає за зв'язок між лімбічною системою (сфера почуттів, настроїв, самопочуття), ядрами стовбура мозку (моторика) і корою великого мозку (пізнавальні процеси, адаптивна поведінка, мотивація). Затримка дозрівання передніх відділів мозку зумовлює формування когнітивних, емоційно-вольових та психомоторних розладів (Напреєнко О. К., 2011) [9].

Сьогодні одною з найбільш визнаних є концепція РДУГ, розроблена R. A. Barkley (1996, 2006) [32; 33], що представляє його як *розлад самоконтролю*, біологічно обумовлений недостатньою зрілістю функцій лобової кори. Важливо розуміти, що лобова кора відповідальна за *виконавчі функції*, які полягають у загальному контролі, регуляції та програмуванні поведінки людини. Це свого роду «центральный командний пункт», який синтезує та аналізує інформацію, на цій основі приймає рішення і дає керівництво до дії. Особливо важливою є здатність лобової кори тимчасово гальмувати імпульси. Людині потрібний деякий час, щоб згадати минулий досвід та пов'язати з ним існуючу ситуацію, а також зазирнути в майбутнє і спрогнозувати наслідки своїх дій. Це забезпечує можливість згадати свої цілі, пов'язати задумані дії з існуючими правилами та очікуваннями інших.

При народженні дитини ці функції не сформовані; тому малюки діють негайно та імпульсивно під впливом обставин, не осмислюючи свої дії. В ранньому дитинстві поведінка непостійна, оскільки повністю визначається ситуацією «тут і зараз»: якщо малюк чогось хоче – вимагає, якщо йому щось неприємно – щосили намагається цього уникнути. Можна сказати, що дитина не визначає свою поведінку, скоріше вона є реакцією на те, що відбувається в навколишньому середовищі (Романчук О., 2015) [23].

По мірі дорослішання, відбувається біологічне дозрівання головного мозку та набуття досвіду, отже виконавчі функції удосконалюються. Це проявляється у здатності особи до свідомого управління своєю поведінкою, почуттями та бажаннями. Дозрівання виконавчих функцій пов'язане зі *здатністю планувати свої дії*, тобто ставити близькі й далекі цілі, розробляти та втілювати план їх здійснення; концентруватися на завданнях, не відходячи від внутрішніх директив; протистояти спокусам робити щось інше, дотримуватися часових графіків і т. ін. Найважливіша функція полягає у *контролі уваги* – людина може обирати, на чому потрібно зосередитися і довільно утримувати увагу, всупереч спокусам переключитися на щось легше або цікавіше (з цим пов'язана роль лобової кори в аналізі та синтезі інформації). Формується здатність виважено *аналізувати складні ситуації*, шукати альтернативні шляхи їх рішення, при цьому підтримувати власну мотивацію, фокусуватися на віддаленій меті, йти до неї всупереч труднощам. Здатність лобової кори посилювати гальмівні сигнали в інші відділи мозку, пов'язані з автоматичними афективними реакціями, дають можливість людині *керувати емоціями*, не витісняючи їх (наприклад, відчуваючи злість чи образ, утриматися від агресії, прояснити ситуацію і конструктивно відстояти власну позицію). Ще однією виконавчою функцією є *внутрішнє мовлення* – здатність усвідомлювати власні почуття й думки, впливати на них шляхом конструктивних внутрішніх діалогів. Всі описані функції лобової кори забезпечують саморегуляцію і керування своєю поведінкою. Здатність до самоорганізації, саморегуляції і самомотивації дає можливість досягати дрібних та великих цілей у житті, бути «ковачами власної долі», а не заручником обставин чи інших людей (Романчук О., 2015) [23].

Отже, завдяки розвитку функцій лобової кори з віком поведінка дитини стає все більш керованою і організованою відповідно до її цілей, внутрішніх цінностей, пріоритетів, соціальної відповідальності, тощо. Але при РДУГ цей процес уповільнений та порушений, тому поведінка відповідає більш ранньому віку, тобто керується імпульсивними реакціями на зовнішні

стимули. Дитина не набуває здатності, перш ніж реагувати, зупинятися, осмислювати ситуацію та діяти продумано. Внаслідок недостатньої ефективності виконавчих функцій, особам з РДУГ важко контролювати свою поведінку, увагу, емоції.

У більшості дітей порушення функціонування мозку не минає з віком, хоча його прояви змінюються і обмеження стають дещо менш видимими. За даними R. Barkley, більша частина дітей з діагнозом РДУГ не позбудеться його ані в підлітковому (70-80 %), ані в зрілому віці (50-65 %). Найбільш стійка до змін неуважність, яка залишається на все життя у 20-25 % осіб, що мають РДУГ. Руховий компонент розладу значно зменшується до 10-12 років і в подальшому може зникнути взагалі. Подібна тенденція стосується також імпульсивності (Barkley R., 1996) [33]. Огляд сучасних нейрологічних досліджень свідчить про негативні зміни пластичності нейронів під впливом дофамінергічної системи, що на тлі порушень морфології та анатомічної зв'язності мозку обумовлює стійку та тривалу дисфункцію (T. Kasparek, P. Theiner, A. Filova, 2015) [46].

Важливо розуміти, що хоча розлад має біологічне підґрунтя, але вплив соціального оточення, умов адаптації і розвитку таких дітей відіграють вирішальну роль в його компенсації. Так, наявність РДУГ у дітей статистично пов'язана з характеристиками родини: низьким соціально-економічним статусом; відсутністю вищої освіти у матері; відсутністю батька; недостатнім медичним доглядом під час вагітності та ін. (Barkley, 2006) [32]. Скоріше за все, це слід розглядати не як етіологічні причини, а як супутні проблеми. Психосоціальні чинники (несприятливий моральний клімат у сім'ї, погані матеріальні та побутові умови) не спричиняють гіперкінетичний розлад, але можуть посилювати вираженість його симптомів, провокувати погіршення стану та виникнення в дитини вторинних поведінкових проблем.

На основі накопиченого досвіду і численних досліджень сьогодні розроблено достатньо фармакологічних засобів та науково обґрунтованих

методик психологічної терапії, які при грамотному застосуванні ефективно зменшують вираженість симптомів РДУГ та попереджують вторинні ускладнення. За наявності відповідної підтримки діти з розладом дефіциту уваги та гіперактивності можуть мати щасливе, повноцінне майбутнє. Впровадження відповідних програм допомоги є надзвичайно важливою справою, що допомагає покращити психічне здоров'я суспільства.

З іншого боку, хронічний характер розладу і обмеження, які він накладає на життєдіяльність дитини, можуть призводити до серйозних вторинних наслідків (при відсутності належного розуміння та компетентної допомоги, в несприятливому середовищі). Однією з головних причин визнання РДУГ основною проблемою дитячої психіатрії є те, що його, на жаль, часто неправильно діагностують і неправильно лікують у всьому світі.

У наданні допомоги дітям із РДУГ вирішальне значення має робота з батьками та вчителями. Основна рекомендація щодо втручань полягає в психологічній просвіті дорослих, які повинні забезпечувати загальний емоційно-нейтральний фон розвитку і навчання дитини, дотримуватися певної тактики виховних впливів (Л. Підлісецька, 2014) [25]. Дорослим необхідно зрозуміти проблеми дитини і прийняти, що без зовнішньої допомоги і підтримки вона не зможе впоратися з наявними труднощами. Учитель і батьки мають пам'ятати, що поліпшення стану дитини залежить не тільки від призначеного лікування, але значною мірою ще й від доброго, спокійного і послідовного відношення до неї. У вихованні дітей із РДУГ рекомендується уникати двох крайнощів: з одного боку – надмірної жалості і вседозволеності, з іншого – завищених вимог, які вони не в змозі виконати, у поєднанні із зайвою суворістю і покараннями (Н. В. Васильєва, 2020) [18, с. 12]. Батьки повинні знати, що наявні порушення піддаються виправленню, але це тривалий процес, що вимагатиме від них великих зусиль і терпіння.

При помірному ступені важкості розладу для дітей молодшого шкільного віку рекомендована групова психологічна допомога (КПТ або тренінг соціальних навичок). Потрібно використовувати стратегії активного

навчання та нагороджувати дитину за досягнення ключових моментів у навчанні. Тільки після цього рекомендується пробувати фармакологічне лікування. У важких випадках відразу пропонуються медичні препарати, якщо ж дитина чи батьки відмовляються, то призначається психологічне втручання (Л. Підлісецька, 2014) [25, с. 26].

Слід зазначити, що розлад істотно впливає життя сім'ї та спричиняє високий рівень стресу у батьків (як і при інших формах порушень розвитку дитини, таких як аутизм, розумова відсталість і т.ін.). Дослідження свідчать про важливість позитивного сприйняття дитини батьками, що буферізує прояв симптоматики розладу на поведінку дитини та стосунки в родині. Такі батьки, відчувають менше негативних переживань при взаємодії з дитиною та розглядають більше шансів дитини мати позитивне майбутнє (Н. С. Lench, L. J. Levine, and C. K. Whalen, 2013) [51].

Отже, сім'я дитини з РДУГ також потребує підтримки та допомоги. Можливість втілення терапевтичних втручань, а також прогноз життя дитини залежать передусім від сімейних факторів та ефективності партнерства між батьками та фахівцями. РДУГ є біопсихосоціальним розладом, у якому головні етіологічні чинники – біологічні, а основні прогностичні – психосоціальні. Існують потужні фактори, що впливають на прояви розладу та психологічний розвиток дитини в цілому. Психосоціальні чинники можуть бути як джерелом захисту, ресурсу подолання, так і, на жаль, психотравми. Окрім характеристик родини і якості відносин із рідними, до таких чинників належить соціально-педагогічне середовище школи. Велику роль відіграють програми допомоги дітям з РДУГ та їх доступність

Таким чином, РДУГ – це поліморфний розлад, причиною якого є щонайменше два біологічних чинника: генетично обумовлене порушення функцій нейротрансмітерних систем дофаміну та норадреналіну та органічне ураження ЦНС, або їх комбінації. Патогенетична сутність порушення полягає у несформованості функцій лобової кори та її регулюючого впливу на підкоркові структури. Сучасні дослідники розглядають в якості первинного

компонента розладу нездатність мозку до адекватної саморегуляції, що стосується як ініціювання, так і гальмування активності в різноманітних повсякденних обставинах. Незрілість лобової кори та недостатність гальмівних механізмів призводять до розладів виконавчих функцій, відповідальних за саморегуляцію поведінки: контролю імпульсів; планування та організації діяльності відповідно до поставлених цілей; емоційної саморегуляції, концентрації уваги та аналізу інформації, регулювання рухової активності. Це спричиняє низьку здатність дитини контролювати власну поведінку, неуважність та підвищену рухливість. Розуміння нейропсихологічних особливостей розладу надзвичайно важливе як для батьків і фахівців, так і для самої дитини. Тільки на усвідомленні може бути побудована ефективна концепція виховання, навчання та допомоги учням. РДУГ за своєю природою є біопсихосоціальним розладом, тому саме взаємодія біологічних агентів, індивідуальних психологічних характеристик дитини та її соціального середовища визначає динаміку розвитку дитини та її прогноз. Для досягнення адаптації дитини із РДУГ допомога має бути комплексною та спрямованою на всі відомі фактори.

1.3. Ускладнення в навчанні молодших школярів із розладом дефіциту уваги та гіперактивності

Молодший шкільний вік охоплює період від 6-7 до 10-12 років і визначається важливою обставиною – входженням дитини в освітній процес. Це визначальна життєва подія, що супроводжується суперечністю двох базових мотивів поведінки: бажання («хочу») і вимоги («треба»). Дитина починає чітко усвідомлювати відносини між собою і навколишніми, розумітися на суспільних мотивах і цінностях, моральних оцінках, тобто поступово вступає у свідому фазу формування особистості.

Дитина починає займати нове місце в соціумі – учня, здобувача знань, відповідальної та автономної особистості, з якою радяться і на яку зважають.

З іншого боку, вступ до школи робить дитину більш залежною від оцінок і ставлень людей, що оточують її в освітньому середовищі: як педагогічних працівників, так і однолітків. Усвідомлення критичних зауважень на свою адресу впливає на самопочуття та призводить до зміни самооцінки. Засвоєння суспільних норм і критеріїв оцінки дозволяє школяру поступово перетворювати їх на внутрішні настанови, формувати вимоги до самого себе.

В цей час відбувається інтенсивний біологічний розвиток організму, вдосконалюються вищі психічні функції, що дозволяє дитині здійснювати складні розумові операції. Водночас, зростання фізичної та психічної витривалості має відносний характер, адже працездатність учня зазвичай падає через 25-30 хвилин після початку уроку або після другого уроку. У молодших школярів зберігається характерна властивість емоційно реагувати окремі ситуації, разом з тим, входження в освітній процес породжує нові, специфічні переживання (Савчин М. В., Василенко Л. П., 2005). [24]

В період підготовки й вступу до школи починають чітко проявлятися недоліки розвитку, властиві дітям із РДУГ. М. Раттер пояснює, що синдром дефіциту уваги є однією з найбільш поширених форм порушень поведінки серед дітей молодшого шкільного віку. Гіперактивність і неухважність проявляються у дитини ще в дошкільному дитинстві. Однак у цей період вони виглядають не настільки проблемно, тому що частково компенсуються нормальним рівнем інтелектуального і соціального розвитку. Вступ до школи створює серйозні труднощі для таких дітей, оскільки навчальна діяльність висуває підвищені вимоги до розвитку самоконтролю й довільності психічних процесів. Тому діти з РДУГ не в змозі повноцінно включитися в навчальну діяльність та справлятися з вимогами школи (Раттер М., 1987) [22]. В класі таких дітей неможливо не помітити, вони різко виділяються на тлі однолітків своєю розгальмованою поведінкою. Це «важкі діти», які часто створюють труднощі для батьків, вчителів та всіх, хто знаходиться поряд.

Нервова система дитини із РДУГ є нестабільною, їй складно сприйняти значну кількість інформації. Надмірна активність і складнощі з

концентрацією уваги – це намагання захиститися від надмірного тиску на нервову систему. Навчання вимагає від дитини реалізації саме тих психічних функцій, які у неї порушені. Більшість спеціалістів погоджуються в тому, що систематичне навантаження може спровокувати зрив компенсаторних механізмів ЦНС та сприяти розвитку дезадаптації у дітей із РДУГ (Н. М. Атаманчук, 2018; В. Годлевська, 2021; О. Ферт, 2017 та ін.) [1; 6; 29]. Тому питання про готовність до школи таких дітей має вирішуватися в кожному конкретному випадку психологом і педіатром, що спостерігає дитину.

Ознаки гіперактивності та дефіциту уваги стають особливо помітні, коли збільшується навантаження та вимоги до дитини. Ігнорувати прояви РДУГ у школі неможливо – вони прямо пов'язані з навчальним процесом, що зобов'язує дитину до певного рівня відповідальності. Від учнів очікується дисциплінованість, самоконтроль, уміння концентруватися тривалий час, не відволікатися, дотримуватись правил школи та інструкцій вчителя, доводити справу до кінця, відповідати лише у свою чергу, тримати свої речі в порядку, тощо. Наслідки непосидючості і неорганізованості дитини викликають невдоволення батьків і вчителів (Н. В. Васильєва, 2020) [18].

Р. Лавойе відзначає, що успіх у школі вимагає від дітей послідовного виконання трьох основних завдань: слухати, дотримуватися вказівок та чекати своєї черги. Якщо дитина здатна виконувати ці прості дії, вона, швидше за все, матиме навчальний та соціальний успіх. Однак у дитини із РДУГ ці «прості» навички порушені. Найбільшою мірою на початку навчання проявляються труднощі з підтриманням уваги, особливо під час механічних, повторюваних чи тривалих завдань, які не є особливо новими, цікавими чи стимулюючими (Lavoie R., 2007) [48].

Спосіб викладання навчального матеріалу в загальноосвітній школі не відповідає особливостям дітей із РДУГ. Він передбачає висвітлення інформації вчителем, уважне її слухове сприймання учнями та виконання відповідних практичних завдань. Але гіперактивний учень фізично не може тривалий час уважно слухати вчителя, спокійно сидіти й стримувати свої

імпульси, сконцентруватися на навчальній діяльності. Його увага постійно перебуває в рухомому або розсіяному стані, а поведінка різко відрізняється від поведінки однокласників. Це заважає зрозуміти та виконати завдання вчителя у встановлений час, в результаті школяр отримує незадовільні оцінки і зауваження. Оскільки такі діти є неуважними, просто зробити їм зауваження недостатньо. Вчитель змушений підвищувати голос доти, доки дитина не зверне на нього увагу (Скрипник Т., 2019) [26].

В. Годлевська пояснює, що розумова діяльність дітей із РДУГ характеризується циклічністю: впродовж 5-15 хв. вони можуть продуктивно працювати, після чого на 3-7 хвилин втрачають контроль над розумовою активністю – мозок відпочиває, накопичує енергію і сили для наступного робочого циклу. В моменти такого «відключення» дитина займається сторонніми справами, не реагує на слова вчителя. Потім розумова активність відновлюється, і учень певний час може продуктивно працювати, після чого мозок знову «відключається» і довільне керування розумовою діяльністю стає неможливим. Таким чином у дитини з'являються прогалини у знаннях та проблеми з навчальною дисципліною (Годлевська В., 2021) [6].

Сидіти за партою кілька годин поспіль їм надзвичайно складно, тому через декілька хвилин після початку уроку гіперактивні школярі відчують занепокоєння та дискомфорт, втрачають увагу і потребують зміни діяльності. Відсутність ігрового простору також негативно позначається на поведінці, оскільки потреба в активності та у знятті статичної напруги залишається нереалізованою або реалізується у тих формах, що не дозволені правилами шкільного середовища (Н. В. Васильєва, 2020) [18, с. 26].

Зазвичай шлях дитини із симптомами РДУГ у школі починається з невдач і супроводжується численними проблемами майже в усіх аспектах навчальної діяльності. Відсутність успіхів викликає вторинні емоційні розлади, зниження самооцінки, втрату інтересу до навчання, конфлікти з педагогами та батьками. Важливо зрозуміти, що сам по собі розлад не є

нездатністю мозку до навчання, але може заважати дитині навчатись і впливає на рівень освіти у довгостроковій перспективі.

На початковому етапі перебування учнів у школі нове середовище є для них психотравмуючим. З іншого боку, особливості дитини із РДУГ є джерелом проблем для тих, хто її оточує. Вчителі нарікають на те, що такі школярі не вміють дотримуватися розкладу, часто забувають чи втрачають зошити, розмовляють або грають на уроках, заважаючи педагогам та однокласникам, відповідають та викрикують з місця, вибігають із класу щойно прозвенів дзвоник, не записують домашні завдання. Вони не вміють працювати у групі, часто привертають на себе увагу вчителя, не можуть самостійно завершити роботу (Байкачова К.В., 2012) [2].

Педагоги найчастіше звертають увагу на неможливості концентруватися на тому, що дитині нецікаво, на рутинних завданнях. Дитина не дослуховує або не дочитує завдання від початку до кінця, тому весь час робить помилки, хоча часто має достатні інтелектуальні здібності. Якщо під час уроку їй не цікаво, то вона організовує собі альтернативне заняття: може підвестися та кудись піти або почати спілкуватися з однокласником. Постійні зауваження вчителів сприймаються дітьми як негативне оцінювання своєї особистості в цілому, а не лише результатів діяльності.

Н. Атаманчук відзначає, що гіперактивні школярі часто проявляють чутливість до критики або ігнорують зауваження дорослих. Виконуючи завдання у школі, вони не слухають вказівки вчителя, не осмислюють послідовності власних дій, а одразу беруться до їх виконання. Зіткнувшись із труднощами, такі учні не роблять вольових зусиль, щоб їх подолати, а переключають увагу на інші види діяльності (Атаманчук Н., 2018) [1, с.14].

Темп та якість формування шкільних навичок дітей із РДУГ не відповідають їх інтелектуальним можливостям. Під час читання молодші школярі не можуть зосередитися на змісті, внаслідок чого пропускають деталі або слова (напр., читають перший склад слова, а решту придумують), епізодично розуміють прочитане, забувають його зміст. Швидка втома і

нестійка працездатність призводять до збільшення помилок при виконанні усних і письмових завдань. Через неухайність письмові роботи виконуються дуже повільно, неохайно, з численними помилками. Причинами труднощів у виконанні письмових завдань можуть виступати недостатній розвиток зорового сприйняття, координації рухів та мовлення. На заняттях з математики діти неухайні до математичних знаків, неспроможні послідовно виконати усі дії, допускають багато помилок у розрахунках та мають низьку продуктивність під час розв'язання завдань (Ферт О. Г., 2017; 2020) [28; 30].

Е. Вентурі підкреслює, що із важливих вторинних розладів дітей із РДУГ є соціальна незрілість, труднощі у підтримці дружніх відносин та соціальних стосунків загалом. Головною причиною цього є низька самооцінка та довіра до себе, тому що вони почуваються менш здібними та розумними через неуспішність навчання (Ventouri E., 2020) [63]. Характерні порушення емоційно-вольової сфери: дратівливість, підвищена реакційність, агресія, недисциплінованість, постійна потреба у заохоченнях, опозиційна поведінка – також посилюють труднощі у спілкуванні.

На думку В. В. Катуніної, порушення функцій префронтальної кори, відповідальної зокрема за формування соціального інтелекту, може призвести до зниження емпатії по відношенню до соціального оточення та погіршення комунікабельності учнів із РДУГ. Це, а також загальне негативне сприйняття поведінки таких учнів, призводить до нижчого рівня їх адаптованості в навчальному середовищі. Всі ці явища заважають досягненню високої навчальної успішності та знижують об'єктивність порівняння їх поведінки з поведінкою інших учнів (Katunova V., 2019) [47].

Отже, загалом шкільні проблеми дітей із РДУГ можна розділити на три великі групи (Раттер М., 1987; Романчук О. І., 2015; Колупаєва А. А., Таранченко О. М., 2019; Васильєва Н. В., 2020) [2; 12; 18; 22; 23]:

- **Низька успішність навчання.** Під час уроку їм важко справлятися із завданнями, вони відчувають труднощі в організації та завершенні роботи, швидко «вимикаються» з процесу виконання. Навички читання і письма

розвиваються значено повільніше, ніж у однолітків. Письмові роботи виглядають неохайно і містять помилки, які є результатом неухайності або невиконання вказівок вчителя. При цьому учні не схильні прислухатися до порад і рекомендацій дорослих.

- **Соціальні проблеми.** В більшості випадків такі діти мають проблеми у спілкуванні, не можуть встановлювати і підтримувати дружні стосунки. В іграх та спільній діяльності часто вони є джерелом конфліктів і швидко стають в класі «ізгоями». У взаєминах з дорослими цим учням нерідко властива соціальна розгальмованість, надмірна розв'язність, нестриманість.

- **Проблеми виховання та формування особистості.** У сім'ї ці діти зазвичай потерпають від постійних порівнянь з іншими дітьми, чия поведінка і навчання ставиться у приклад – звідси виникають стійкі порушення самооцінки. Недисциплінованість, впертість, неслухняність, відсутність очікуваної реакції на зауваження, дратує батьків та педагогів, які змушені вдаватися до частих, але не результативних покарань.

Тісний зв'язок діагнозу РДУГ та академічних проблем підтверджений в багатьох дослідженнях західних та вітчизняних вчених. Дослідження більше 4 тис. англійських школярів показало, що діти із РДУГ отримують нижчі оцінки в школі, ніж їх здорові однолітки (Merrell С., Tummis Р. В. 2001). За даними І. М. Loe та Н. М. Feldman (2007) діти з РДУГ у 4-5 разів частіше і більшому обсязі користуються допоміжними освітніми послугами: додаткові уроки, репетиторство, факультативні заняття [52]. Наявність синдрому корелює з відносно низькими академічними показниками по закінченні школи та на наступних етапах освіти, гіршими освітніми та професійними досягненнями в дорослому віці (Mannuzza S. et al., 1993; Hechtman L. et al., 2016) [53; 43]. Дослідження у США виявили, що до 30 % дітей із РДУГ потребують повторення пройденого навчального курсу перед наступним роком; до 30 % підлітків переривають навчання у старших класах, до 90 % - не завершують коледж (Марценковська І. І., 2020) [14]. За результатами вивчення українських школярів, діти із РДУГ мають нормальний рівень

інтелекту, але не можуть використовувати свої когнітивні можливості повною мірою, тому відчувають академічні проблеми. 26,9 % з них потребують спеціальної педагогічної корекції через значні труднощі в читанні, письмі чи рахунку (Марценковська І. І., 2009) [15].

Разом з тим, для багатьох ситуацій у житті виконавчі функції не є необхідними, навпаки, надмірний раціональний контроль ускладнює швидкі, інтуїтивні, спонтанні, творчі, емоційні реакції. Як не парадоксально, наявність розладу, створюючи ряд труднощів, у певних ситуаціях дає дитині особливі переваги та можливості. Серед сильних сторін дітей із РДУГ: емоційність, комунікабельність, швидке переключення уваги з одного виду діяльності на інші; можливість успіхів у видах спорту, де потрібна швидкість і постійна активність. Правильно організований режим дає їм можливість встигати виконувати багато справ (Н. В. Васильєва, 2020) [18].

Діти із РДУГ можуть бути гарними помічниками вчителя у класі, вони з радістю включаються в допомогу і готові завжди бути у пригоді за необхідності. Коли від дитини не вимагати того, чого вона не може фізично, натомість організувати і спрямовувати активність і наявний обсяг уваги в потрібному напрямі, це попереджує появу проблемної поведінки, дає можливість якнайкраще використати сильні сторони дитини для успішного навчання, розвитку (Скрипник Т., 2019) [26].

Таким чином, через уповільнений темп функціонального дозрівання кори та підкіркових структур діти із РДУГ у 6-7 років не готові до навчання у школі. Розлад негативно позначається на навчальній діяльності і є причиною шкільної дезадаптації, що проявляється в неуспішності навчання, соціальній відчуженості та проблемах виховання особистості. Попри велику кількість слабких сторін і проблем із поведінкою, ці школярі при сприятливих умовах досягають позитивних результатів у навчанні та взаємодії з однолітками. Достатня увага батьків, комплексна та кваліфікована допомога спеціалістів позитивно впливає на продуктивність навчання таких учнів і полегшує їм життя.

1.4. Особливості мотивації молодших школярів із РДУГ та її вплив на успішність навчання

Мотивація є одним із понять, відносно якого в психології сьогодні немає одностайного розуміння. Залежно від позиції дослідника вона розглядається як процес, як диспозиційне утворення чи ситуаційна характеристика, як комплекс біологічних, предметних, соціальних, духовних та інших потреб мотивів або цінностей, як підструктура особистості тощо. В найзагальнішому вигляді мотивацію можна визначити як процес, за допомогою якого стимулюються і підтримуються цілеспрямовані дії (Климчук В. О., Горбунова В. В., 2014) [11]. Отже, *мотив* – це частина психологічного світу людини, яка забезпечує стимулювання, спрямування та підтримку бажаної поведінки, що веде до реалізації певної мети. Рівень мотивації впливає те що, які стратегії поведінки людина використовує для досягнення поставленої цілі, які відчуває емоції в ході виконання діяльності, як реагує на невдачі і труднощі (Н. В. Пророк та ін., 2020) [21].

Структурована та гнучка сукупність мотивів є одним із ключових елементів забезпечення залученості учня до освітнього процесу. Вчитель керує активністю дітей за допомогою різних методів, які створюють стимуляцію, пов'язану з інтересами учня. Якщо мотивація до навчання зникає, дитина виключається з навчального процесу. Тому вивчення навчальної мотивації учнів з РДУГ важливо для формування ефективних педагогічних і виховних заходів для конкретної вікової популяції.

Мотиви зазвичай ділять на дві категорії: *внутрішні та зовнішні*, які мають різні локуси суб'єктивного контролю поведінки, у т.ч. навчальної. У першому випадку діяльність здійснюється самостійно та добровільно, без зовнішньої винагороди. Внутрішні мотиви пов'язані з власними бажаннями та інтересами; учень отримує відчуття радості й задоволення від досягнутого результату, водночас цінуючи власні зусилля. У другому випадку активність

стимулюється системою зовнішніх винагород або покарань, які надаються іншою людиною і можуть мати форму позитивних оцінок, матеріальних речей або грошей, соціального визнання і т.ін. Вважається, що в процесі навчання внутрішня мотивація більш бажана, оскільки забезпечує більш тривале та стійке залучення дитини в діяльність. Однак у випадках, коли зовнішня мотивація застосовується спільно з іншими практиками, що забезпечують зв'язок між внутрішніми мотивами, прагненнями та інтересами дитини, вона також є корисною (Климчук В. О., Горбунова В. В., 2014) [11].

Інші акценти в класифікації мотивів навчання поставив П. М. Якобсон. Він вважав, що знання, які одержує учень у школі, можуть бути для нього засобом досягнення інших цілей: заслужити похвалу батьків, отримати гарний атестат і т.ін. За таких умов до учіння спонукає не допитливість чи зацікавленість процесом здобуття знань, а те, що буде отримано в результаті учіння. Відповідно, виділені типи мотивації, пов'язані з результатами учіння:

– мотивація, умовно названа «негативною». Це спонукання, пов'язані із усвідомленням незручностей і неприємностей, котрі можуть виникнути, якщо дитина не буде вчитися: негативної оцінки вчителів, осуду однокласників, докорів і покарань батьків, тощо;

– мотивація, що має позитивний характер, можлива у двох формах: а) визначається важливими для особистості соціальними прагненнями; б) визначається вузько особистісними мотивами;

– мотивація, що лежить у самій навчальній діяльності, безпосередньо пов'язана із цілями навчання, навчальними інтересами учня, допитливістю, інтелектуальною активністю (Якобсон П. М., 1969) [30, с. 47-48].

Навчальна діяльність зазвичай мотивується не одним, а декількома мотивами. Зокрема, у школяра можуть водночас проявлятися усвідомлення важливості освіти у житті, зацікавленість змістом знань, змагальні мотиви, мотив уникання неприємностей, емоційне вдоволення від досягнутих успіхів.

Розвитку мотивації в молодшому шкільному віці присвячено багато праць вітчизняних психологів. Д. Б. Ельконін вказував, що в дошкільному

віці відбуваються істотні зрушення в мотиваційній сфері: відбувається інтенсивне засвоєння мотивів, характерних для ставлень дорослих людей до діяльності та до інших людей; виникає ієрархічна структура мотивів та безпосередніх бажань, в яких одні потреби керуються іншими. Якісно нові типи мотивації обумовлюють якісно нову поведінку школяра [цит. по 5].

В дослідженнях Л. Й. Божович виявлено, що до початку шкільного віку діти проходять якісно своєрідний етап розвитку пізнавальних потреб. Виникає *потреба в придбанні нових знань*, яка реалізується як суспільно значуща діяльність, що створює нову соціальну позицію дитини. Якщо у старших дошкільників бажання учиться базується переважно на потребі у зовнішніх враженнях, то на новому рівні розвитку виникає інтерес до власне пізнавальних завдань. Молодших школярів приваблює учіння як серйозна, змістовна діяльність, що приводить до певного результату, важливого як для самої дитини, так і для дорослих. При цьому бажання вчитися виступає основним мотивом, а вступ до школи – умовою його реалізації. Важливий момент мотиваційної готовності до шкільного навчання – довольність поведінки та діяльності, тобто виникнення у дитини такої структури потреб і мотивів, при якій вона здатна підчиняти свої безпосередні імпульсивні бажання відповідно поставленим цілям (Л. І. Божович, 1968) [3].

Одним з важливих психологічних новоутворень молодшого шкільного віці є побудова ієрархічної мотиваційної системи. Виникають нові соціальні настанови: мотиви, пов'язані з досягненням успіху, почуттям обов'язку та відповідальності, з необхідністю отримання освіти, тощо. Навчальна діяльність учнів спонукається системою різноманітних мотивів, що перебувають у певному співвідношенні між собою: конкурують або доповнюють один іншого (Н. В. Пророк та ін., 2020) [21].

Навчальна мотивація є однією з неочевидних функцій, що відчуває сильний дефіцит при РДУГ. Ці діти слабо мотивовані, бажання чимось займатися у них формується дуже повільно (Н. В. Васильєва, 2020) [18]. Для мотиваційної сфери учнів із РДУГ характерні відсутність інтересу до

систематичних занять, низька представленість цілеспрямованої діяльності (Годлевська В., 2021) [6]. В плані початкової мотивації найгострішою проблемою є відволікання – зацікавившись чимось, учень забуває про попереднє завдання, і не доводить більшість справ до кінця. Вони зацікавлені, але не допитливі, бо допитливість передбачає сталість інтересу.

Детальне пояснення того, яким чином недостатня зрілість лобової кори призводить до порушення виконавчих функцій, пов'язаних з самомотивацією і регулюванням власної поведінки та обумовлює шкільні проблеми, надане в працях О. Романчука. Це є основним предметом нашого дослідження, тому зупинимося на цьому поясненні детальніше.

1) *Порушення імпульс-контролю.* Діти із РДУГ нетерплячі, їм важко чекати реалізації свого бажання, все має здійснитись негайно. Коли їх щось цікавить, вони починають досліджувати об'єкт інтересу негайно, не питаючи дозволу. Вони діють згідно зі своїм імпульсивним бажанням, навіть якщо раніше були попереджені про заборону або мали негативний досвід (потім їм соромно, вони можуть щиро вибачатися). Слабка здатність пригальмовувати імпульси не залишає часу для зваженого аналізу ситуації та вибору більш адекватних дій, які відповідають цілям та потребам дитини, а також очікуванням інших людей. Слабкість імпульс-контролю також спричиняє проблемну поведінку в ситуаціях, де потрібно дотримуватися встановлених правил, інструкцій або нести відповідальність за взяті зобов'язання. Проблема не в тому, що діти не знають правил, а в тому, що вони не встигають їх згадати і застосувати в потрібний момент. Наприклад, якщо учень знає відповідь на питання вчительки – він буде її вигукувати, не піднявши руку і не чекаючи, поки його викличуть (Романчук О., 2015) [23].

З іншого боку, якщо таким учням не хочеться щось робити, хоча заняття може бути дуже важливим, їм також важко протистояти (наприклад, вони роблять домашню роботу абияк – аби швидше, або взагалі кидають завдання). Тому їм вкрай важко робити щось малоцікаве і не дуже приємне: домашнє завдання, роботу по дому, тощо. В цьому випадку необхідно вміти

зробити завдання цікавим або знайти додатковий метод заохочення, який викличе мотивацію до дії.

Імпульсивність проявляється в тому, що діти беруться вирішувати завдання, не прочитавши до кінця умову (шанси на правильну відповідь в цьому випадку невисокі) або пропонують швидке рішення, а коли бачать результат, усвідомлюють, що це не те, чого вони бажали. Імпульсивність проявляється не тільки у діях, а й у думках – мислення школярів із РДУГ може бути занадто швидким, хаотичним. Метафорично це можна описати як «симптом конфетті» – в голові виникає, подібно до спалаху феєрверку, одразу багато думок, і вони встигають лише непродуктивно перескакувати з однієї на іншу без жодного плідного результату (Романчук О., 2015) [23].

Слабкість системи гальмування обумовлює необхідність особливих підходів до учнів із РДУГ. Наприклад, дитину потрібно заздалегідь попереджати, скільки часу в неї залишилося. Попередження має бути чітким і, можливо, неодноразовим, із встановленням зорового контакту.

2) Порушення планування та самоорганізації поведінки.

Нездатність зупинитися, перш ніж діяти, призводить до того, що діти відповідають на проблему першою емоційною реакцією або першою думкою, що прийшла в голову, але не обдуманною стратегією дій. Такий підхід частіше створює проблеми, ніж вирішує. Набутий негативний досвід не застерігає дитину від повторення помилок. Діти правильно роблять висновки на основі досвіду, але просто не встигають їх застосувати – імпульсивна реакція виникає швидше, ніж лобова кора встигає скористатися «архівом пам'яті».

Ключовими функціями лобової кори є структурування, планування, тимчасовий моніторинг діяльності. Відповідно, діти з РДУГ зазнають труднощів у всіх ситуаціях, де їм потрібно організувати свою діяльність відповідно до внутрішнього плану, стежити за вчасним поетапним втіленням цього плану. Через дефіцит здатності до самоорганізації та самоконтролю дуже важлива допомога дорослих та чітка, передбачувана, «видима» зовнішня структура діяльності: система таймерів, нагадувань,

самоорганайзерів, тощо. Це компенсаторні засоби, які уможливають ефективну, організовану в часі діяльність учнів (Романчук О., 2015) [23].

3) *Недотримання правил та обов'язків.* Недостатнє використання внутрішньої мови для управління власною поведінкою – один із центральних нейропсихологічних дефіцитів дітей із РДУГ, наслідком якого є проблеми, пов'язані з невмінням дотримуватись правил. Це зумовлено не тим, що дитина не знає правил або навмисно вирішує ними знехтувати, а тим, що вона не встигає їх згадати і застосувати, реагуючи на ситуацію. Те саме стосується виконання вказівок педагогів – перестаючи повторювати про себе за допомогою внутрішньої мови інструкцію, дитина не виконує завдання або доручення, кидає їх на півдорозі, забуває про них. Ефективно впливає на поведінку учнів часте нагадування правил, чітко та лаконічно виражених, а також їх візуалізація у формі, аналогічній знакам дорожнього руху, що допомагає «не втратити» інструкції.

4) *Порушення контролю уваги та аналізу інформації.* Діти із РДУГ не можуть протягом тривалого часу утримувати увагу на навчальному матеріалі, особливо якщо він малоцікавий і не стимулюючий. Наприклад, вони можуть бути зосередженими, коли грають у комп'ютерну гру – їх увага не відволікається, вони не роблять помилок, а через швидкість реакцій можуть бути успішними гравцями. Проблема з'являється, коли дитині потрібно тривалий час концентруватися на чомусь малоцікавому для себе – тому, що говорить вчитель на уроці, виконанні домашнього завдання і т. ін. В таких ситуаціях учень часто не може протистояти бажанню шукати нові, цікавіші враження. Тому з'являються помилки через неуважність. Дитину доводиться постійно «перефокусувати», концентрувати її увагу, інакше вона може годинами безрезультатно сидіти за столом над одним завданням (здається, ніби вона «десь витає»). Всі малоцікаві, марудні завдання учень самостійно не може виконати – необхідно або зробити завдання цікавим, або асистувати у ролі «зосередника уваги», або підвищити мотивацію шляхом додаткової винагороди за успішне виконання (Романчук О., 2015) [23].

Існує й протилежна проблема – якщо дитина з РДУГ зосереджена на чомусь для неї цікавому, їй важко переключитися на щось інше. Тому такі учні часто не чують, коли до них звертаються, якщо вони чимось зайняті. Через неувважність часто пропускають важливу інформацію, вказівки до дії, втрачають речі, забувають важливі факти, справи, обов'язки, тощо. В навчальному процесі дитина не може досягнути до кінця, що відбувається, отримує лише фрагменти інформації і весь час відчуває розгубленість.

Під впливом сенсорного голоду, потреби в сильних враженнях учнями із РДУГ керують найбільш привабливі в плані новизни та стимуляції аспекти ситуації. Це обумовлює серйозні проблеми з уважністю на уроці. Фахівці рекомендують цікаву, динамічну, мультисенсорну презентацію навчального матеріалу, активне залучення дітей, чітку структуру уроку з частою зміною видів діяльності (Романчук О., 2015) [23].

5) *Порушення контролю емоцій.* Діти із РДУГ відрізняються силою та швидкістю розвитку емоцій: в один момент зі спокійного стану вони можуть перейти в злість або безмірне піднесення. Емоційність може мати позитивне значення у багатьох аспектах життя – такі особи часто є «емоційними донорами», які заражають інших своїми позитивними емоціями, ентузіазмом, життєлюбністю. Але якщо дитина застряє на негативі (роздратованість, незадоволеність і т.ін.), її життя та життя оточуючих ускладнюється. Під владою сильного некерованого афекту вона може здійснити поганий вчинок, наговорити несправедливих слів, тощо. Така поведінка є одним із негативних прогностичних факторів щодо майбутнього дитини: часто некерована агресивна поведінка є причиною виключення зі школи [23].

Через емоційну нерівноваженість і схильність гостро переживати труднощі, які виникають в школі, у дитини виникає та фіксується ворожість до всього, пов'язаного з навчанням, протестні реакції, неврозоподібні та психопатоподібні розлади. Вторинні розлади посилюють шкільну дезадаптацію і призводять до формування негативної Я-концепції дитини.

б) *Порушення контролю над руховою активністю, процесами збудження/гальмування.* Діти з РДУГ постійно відчують сенсорний «голод», потребують вражень, активності, стимуляції. Вони швидше починають нудьгувати, тому для них важлива часта зміна активності. Відповідно, імпульс до руху та дослідження навколишнього їм також важко стримати. Цим зумовлений один із найбільш відомих симптомів розладу – рухова гіперактивність. Це «візитна картка» дітей із РДУГ, хоча насправді не є основним симптомом і з віком більше за інші піддається пом'якшенню.

О. Романчук відзначає, що зрілість лобової кори є лише передумовою розвитку самоконтролю – іншим вагомим чинником виступає соціальний і життєвий досвід людини (зокрема, стиль виховання). Соціальний досвід та психологічні фактори можуть негативно або позитивно відбиватися на формуванні особистості, посилювати чи, навпаки, зменшувати проблеми. Ці діти мають досить високі компенсаторні можливості, проте для «включення» цих механізмів потрібна сприятлива обстановка та наявність певних соціальних та психолого-педагогічних умов (Романчук О., 2015) [23].

Американський психотерапевт Р. Лавойе пояснює, що дитина із РДУГ потребує стимуляції та шукає її, оскільки без цього не може функціонувати. Якщо їй не забезпечити стимуляцію, вона створюватиме її самостійно, залучаючи або руйнуючи своє оточення (дитина створює хвилювання не з якоїсь негативної причини, а тому що їй це фізіологічно потрібне). В цьому контексті розглядається вплив розладу на успішність дитини та її мотивацію. Оскільки саме навички, яких не вистачає учневі, необхідні для успішності в школі, у нього формуються негативні асоціації стосовно процесу навчання. Через постійні докори і звинувачення за поведінку, яка знаходиться поза його контролем, він починає злитися, ображатися та дратуватися. Це розчарування посилюється тим фактом, що діти з РДУГ усвідомлюють невідповідність між своїм потенціалом та очікуваннями дорослих (Lavoie R., 2007) [48].

Ключом до мотивації дитини є зміна та коригування навчального середовища: «Часто вчителі витрачають багато часу та сил на те, щоб

змінити дитину. Їх час може бути краще витрачений на те, щоб змінити методи та процедури, які вони використовують в роботі із дитиною» [51].

Дитина РДУГ не відповідає вимогам до поведінки в традиційному класі. Щоб вона була успішною і, отже, мотивованою, вчитель повинен внести суттєві корективи у свої правила, процедури та очікування. Іншими словами, якщо дитина не може вчитися так, як її вчить школа, її треба вчити так, як вона вчиться. На успішність та мотивацію гіперактивних учнів впливають три основні фактори: ступінь їх інтересу до діяльності, складність діяльності та тривалість завдання. Їм важко виконувати завдання, які вимагають організації, планування, самоконтролю та постійних зусиль. І навпаки, активна, спільна, енергійна діяльність, швидше за все, мотивуватиме та надихатиме дитину. Навчальна програма має бути стимулюючою та відповідати життєвому досвіду дитини. Учні із РДУГ надзвичайно важко залишатися залученим до навчальної програми, яка не цікава, не складна, не відповідає його соціальним та економічним інтересам. Оскільки ці діти дуже переважно живуть у теперішньому, довгострокові цілі та винагороди (наприклад, оцінки в таблиці успішності) часто є неефективними мотиваторами (Lavoie R., 2007) [48].

Вивчення мотивації школярів із РДУГ почалось відносно нещодавно, протягом останніх десятиліть. Науковий інтерес до цієї теми обумовлений відкриттям того факту, що одним із факторів дисфункції мозку є порушення механізму дофамінового заохочення, що відповідає за реакцію на винагороду, стимуляцію поведінки та задоволення в ході досягнення мети (E. Furukawa et al, 2014) [40]. Порушення механізму дофамінового заохочення спричиняє зниження функції внутрішнього підкріплення в головному мозку, що призводить до порушення реакцій на зовнішню стимуляцію в процесі регулювання поведінки (N. Volkow et al., 2011; J. Wu et al., 2012) [64; 67]. Поряд з іншими неврологічними дисфункціями, це призводить до суттєвого зниження мотивації, особливо в академічній сфері. Через змінену чутливість до підкріплення діти із РДУГ реагують на стимули інакше, чим їх однолітки.

Окрім різниці в рівні мотивації, особи з РДУГ можуть бути мотивовані якісно різними винагородами (S. Morsink et al., 2017) [56]. Разом з тим, експерименти показали, що збільшення зовнішньої мотивації здатне зменшити когнітивний дефіцит у дітей із РДУГ (Skalski S. et al., 2021) [60].

На основі накопичених даних були розроблені практичні програми та рекомендації щодо оптимізації навчальної мотивації школярів із РДУГ (DuPaul G.J., Gormley M.J., Laracy S.D., 2014; Rogers M., Tannock R., 2018; Carodiesi A. et al., 2019) [37; 58; 34]. При здійсненні педагогічних втручань частий і негайний зворотний зв'язок у формі послідовних програм позитивного підкріплення виявився успішним у залученні учнів в процес навчання. Ці стратегії також були пов'язані з підвищенням самооцінки та самоефективності учнів (Du Paul G.J. et al., 2006) [36].

Через дисфункціональний розвиток кори головного мозку і недостатню чутливість дофамінових рецепторів стимуляція винагородою або покаранням викликає у дітей ослаблені реакції. Тому учні із РДУГ часто несприйнятливі до зовнішньої мотивації. Система зовнішнього стимулювання та заохочення для таких школярів є неефективною і при тривалому використанні може призвести до значної вторинної демотивації. В цих умовах ефективним інструментом для регулювання академічної діяльності учнів є формування *навчальної компетентності* – важливого компоненту внутрішньої мотивації. Почуття компетентності учня при виконанні завдання чи формуванні навичок стимулює формування внутрішньої мотивації навчання (Schunk D.H., Meece J.R., Pintrich P.R., 2014; Morsink S. et al., 2022) [55; 59].

Західні вчені звертають увагу на таку важливу внутрішню установку як *самоефективність* учня. Вона визначається емоційним та фізіологічним станом, рівнем навчальної компетентності, результатами спостережень за однолітками та самостійним порівнянням своєї успішності за певними критеріями, а також прогнозами подальшої реалізації власних можливостей. Низький рівень загальної та навчальної компетентності, невтішні результати порівняння себе з однолітками, негативні асоціації з попереднім досвідом та

деструктивні емоційні стани – джерела низької самоефективності у учнів із РДУГ (Loe I.M., Feldman H.M., 2007) [52].

Класична навчальна діяльність не дає можливості для позитивного соціального порівняння учнів із РДУГ. В корекційній роботі важливо залучати додаткові чинники підвищення самоефективності, наприклад навчання навичкам самоконтролю або спеціально організовану підтримку однолітків. Взаємодія з однолітками забезпечує соціальну спрямованість учнів, багатоваріантну підтримку та ефективнішу систему соціального порівняння як основу адекватної самооцінки (Tabassam W., Grainger J., 2002) [62]. Такий психологічний контекст дозволяє моделювати школярам позитивні соціальні взаємодії (партнерство, співробітництво, тощо), та зрілі схеми поведінки (планування і контроль дій, координація зусиль, тощо), які важко розвивати при нерівноправних відносинах з батьками та педагогами.

В. В. Катуніна підкреслює, що система мотивації учнів із РДУГ має глибші порушення, ніж прийнято вважати, через неврологічні дисфункції та комплексні соціальні проблеми. Авторка виділила дві категорії причин зниження навчальної мотивації: неврологічні (внутрішні) і поведінкові (зовнішні) симптоми. Перші відображають порушення мозкової діяльності, присутні при РДУГ, в першу чергу інгібіцію дофамінових рецепторів та вплив їх роботи на мотивацію за допомогою контролю реакції на винагороду. Зовнішні симптоми – порушення уваги, гіперактивність та імпульсивність – більш помітні та є основними критеріями для первинної діагностики розладу (Katunova V. V., 2019) [47].

Дефіцит базових навчальних та соціальних навичок може призвести до зниження статусу учня із РДУГ в освітньому процесі та спричинити порушення відносин (неприйняття однокласниками, конфлікти з педагогами, соціальна ізоляція). Негативний шкільний досвід обумовлює болісне відчуття власної некомпетентності та десоціалізованості. Ці діти мають знижену, нестійку, часто суперечливу самооцінку, що базується на зіставленні своєї поведінки та успішності з показниками однолітків. Це призводить до

формування упередженого самосприйняття, яке ускладнює або блокує прояви мотивації до саморозвитку, у тому числі й до підвищення навчальної компетентності (Tabassam W., Grainger J., 2002; Jia M. et al., 2016) [45; 62]. У формальних взаємодіях, зокрема з дорослими наставниками учні часто проявляють опозиційну поведінку, яка при повторенні закріплюється в очах навколишніх в стійкий анти-соціальний образ.

Постійна негативна взаємодія з педагогами призводить до зниження зусиль, які докладаються учнем для досягнення соціальної та навчальної успішності в класі. У такій ситуації малоймовірно, що дитина буде мотивована на успіх, оскільки підтримка мотивації і досягнення академічного успіху вимагають від неї узгоджених, свідомих та соціально заохочуваних зусиль (Katunova V. V., 2019) [47].

На думку грецької терапевтки E. Ventouri ключовий елемент, який необхідно культивувати в контексті внутрішньої мобілізації учня з РДУГ – це автономія. Негативна самооцінка, слабкі переконання в самоефективності, відсутність віри у свої можливості призводить до низької продуктивності в навчальній діяльності та відсутності інтересу до уроків, особливо у сферах, де були попередні невдачі. Крім того, ціна невдачі є значно вищою для самооцінки учня з РДУГ порівняно зі звичайним школярем. Прищеплення автономії через мобілізацію внутрішніх мотивацій надає учням відчуття контролю над своїми діями та процесом навчання. Відповідно, поняття компетентності асоціюється з відчуттям ефективності та здатністю здобувати знання; її підвищення призводить до підвищення впевненості студентів у собі та посилення їх бажання вдосконалюватися (Ventouri E., 2020) [63].

Що стосується зовнішніх мотивацій через винагороду, похвалу або покарання, то вони впливають не стільки на продуктивність діяльності, скільки на почуття власної ефективності учнів, що у свою чергу призводить до збільшення стресу. Тому необхідно зміцнювати саме внутрішню

навчальну мотивацію учнів із РДУГ, щоб зменшити їхню залежність від зовнішніх оцінок. Щоб у дитини розвинулося почуття самоповаги та самоефективності, необхідно зміцнити досвід досягнення мети та подолання труднощів, забезпечивши необхідне підкріплення та похвалу за кожне зусилля дитини. При цьому треба розвивати у дитини навички саморегуляції та самооцінки, щоб вона могла відчувати себе незалежною та повноцінною, без виключної гонитви за зовнішнім позитивним підкріпленням. Важливо сформувати навчальне середовище, в якому учень відчуватиме власну спроможність та продуктивність. Вчитель при цьому формує рамки, в яких учень із РДУГ зможе використовувати свої здібності та водночас активує внутрішню мотивацію, зосереджуючись на інтересах дитини. Тільки через активізацію індивідуальних мотивацій, що призведе до отримання негайного задоволення, можливо виробити більш позитивне ставлення до процесу навчання і запобігти пасивності у таких дітей (Ventouri E., 2020) [63].

Опитування фахівців, які працюють з учнями із РДУГ (педагог-дефектолог, логопед, ерготерапевт, психолог), показало, що вони визнають важливість мотивації у розвитку навичок дитини і сходяться у думці, що мотивація має вирішальне значення при виникненні труднощів у навчанні. Проте їх уявлення частково обмежені і в основному стосуються важливості використання зовнішніх стимулів, при цьому ігноруються внутрішні мотиви, а також механізми їх впливу на благополуччя та самоефективність дитини. Стосовно способів посилення навчальної мотивації учнів домінує модель поведінкового підкріплення – структурована система винагород, що враховує інтереси та особливості дитини (Ventouri E., 2020) [63].

Сучасні фармацевтичні методи лікування не спрямовані на корекцію мотивації, вони лише компенсують поведінкові симптоми гіперактивності та сприяють концентрації уваги. Навіть препарати, що містять дофамін, не здатні повністю відновити систему організації навчальних навичок, саморегуляції та мотиваційної спрямованості поведінки. При цьому поліпшення академічної успішності прямо і позитивно впливає на внутрішню

мотивацію осіб із РДУГ, сприяє виконанню завдань та самоорганізації поведінки (Katunova V., 2019) [47]. Отже, найоптимальнішим для відновлення та підтримки мотиваційних функцій є поєднання фармакологічного лікування симптомів РДУГ поряд з використанням комплексної психологічної корекції поведінки та організації системи соціальної підтримки. Ці заходи сприяють розвитку виконавчих функцій, стабілізації емоційних проявів, саморегуляції, самостимулюванню, які необхідні для розвитку та підтримки ефективної навчальної мотивації.

Таким чином, учні з РДУГ характеризуються дефіцитом як внутрішньої, так і зовнішньої мотивації навчання порівняно зі своїми однолітками; у них переважає негативна мотивація уникнення невдач та покарань. Симптоми неуважності, імпульсивності і гіперактивності деструктивно впливають на соціалізацію учнів в традиційній освітній системі, порушують успішність формування навчальних умінь та навичок, що у свою чергу, негативно впливає на мотивацію до навчання. Численні неуспіхи на початку шкільної адаптації призводять до розчарування та формують пасивно-байдуже ставлення до навчальної діяльності. Унікальні неврологічні характеристики функціонування мозку (порушення системи дофамінового заохочення) ускладнюють організацію системи підкріплення бажаної поведінки і також негативно впливають на формування та підтримку мотивації. Низька самооцінка, відчуття власної неефективності й некомпетентності, яке формується в результаті невдач та труднощів, призводить до подальшого відчуження від процесу навчання, водночас негативно впливає на формування Я-концепції.

Перед дорослими, залученими до процесу навчання дітей із РДУГ, постає важливе завдання активації їхньої мотивації до навчання, щоб ці учні могли ефективно працювати над розвитком своїх академічних та соціальних навичок, самореалізуватися відповідно до власних сильних сторін.

Необхідні додаткові дослідження, щоб зрозуміти взаємодію академічної мотивації та навчальної успішності, з метою розробки втручань для підвищення академічної мотивації та академічних успіхів

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ МОТИВАЦІЇ ДО НАВЧАННЯ ТА НАВЧАЛЬНОЇ УСПІШНОСТІ У ЗДОБУВАЧІВ ПОЧАТКОВОЇ ЗАГАЛЬНОЇ ОСВІТИ ІЗ СИНДРОМОМ ДЕФІЦИТУ УВАГИ

2.1. Організація та методика емпіричного дослідження

Головне завдання емпіричного дослідження полягало у з'ясуванні особливостей навчальної мотивації молодших школярів з проявами РДУГ, а також виявленні взаємозв'язків між показниками мотивації та успішності навчання.

Дослідження було проведене на базі Херсонської загальноосвітньої школи I-III ступенів № 41. До вибірки увійшли 125 учнів II та III класів (вік 7-9 років), серед яких 63 хлопчики та 62 дівчинки. Респондентами виступили самі учні, їхні батьки (113 матерів та 12 батьків), а також 4 вчительки молодших класів, що були опитані в якості експертів, оцінюючи поведінку дитини на заняттях та її шкільну успішність. Дослідження було проведене у грудні 2021 – січні 2022 рр., наприкінці першого навчального семестру.

Для досягнення поставлених завдань використано комплекс психодіагностичних методик для дітей та дорослих:

1) опитування батьків стосовно характерних проявів поведінки дитини та проблем її соціальної адаптації – використано Опитувальник симптомів поведінкових розладів у дітей та підлітків «NICHQ Vanderbilt» (запрошення до дослідження було здійснене на батьківських зборах, батьків поінформовано про його мету, методи, способи використання результатів; у разі згоди на участь вони заповнювали анкету);

2) опитування вчительок молодших класів, які на основі власних спостережень та досвіду взаємодії з дитиною оцінювали шкільну успішність,

прояви симптомів дефіциту уваги та гіперактивності учнів за допомогою опитувальника «NICHQ Vanderbilt» (у формі групової таблиці);

3) опитування учнів молодших класів, для чого використано Систему вікової діагностики навчальної мотивації школярів Н. В. Калиніної та М. І. Лук'янової та анкету «Оцінка рівня шкільної мотивації» Н. Г. Лусканової; всі методики надавалися письмово, в груповій формі.

При організації дослідження було враховано, що діагностика симптомів РДУГ є складною і важливою методологічною проблемою. Накопичений в цій сфері досвід свідчить, що в її основі зазвичай лежить інформація про стан дитини, отримана від батьків (опікунів, вихователів) у формі інтерв'ю або опитування. Сьогодні розроблені стандартизовані анкети, які забезпечують отримання структурованої інформації про сприйняття батьками та вчителями проблем дитини. Відомо, що материнські звіти про наявні симптоми дитячої психопатології забезпечують достатньо точний спосіб оцінки - в цілому, батьки є точними репортерами поведінки дітей (Бояршинова К. І. та ін., 2019) [4].

Крім того, важливим компонентом діагностичної оцінки є інформація, отримана від самої дитини. Хоча діти та підлітки не завжди об'єктивні в оцінці зовнішніх проявів своєї поведінки, вони є більш надійними, ніж батьки, якщо мова йде про внутрішні характеристики (напр., прояв таких симптомів, як тривога та депресія, що важливо для діагностики супутніх захворювань). В таких випадках основна увага повинна бути спрямована на власне сприйняття дитиною наявної проблеми та можливостей її подолання.

Менш надійним джерелом інформації вважається клінічне спостереження за поведінкою дитини. Річ в тому, що поведінка дітей із РДУГ дуже ситуативна і залежна від зовнішніх обставин; вони схильні інакше реагувати в принципово нових ситуаціях, таких як візит до клініки, візит лікаря додому або у школу, тому отримані результати можуть бути оманливі і не здатні дати точну картину поведінки. Наприклад, на консультації у лікаря (в новому середовищі, при нетривалій зустрічі віч-на-віч) дитина може

не виявити симптомів РДУГ, а фахівець – зробити помилковий висновок, що батьки пред'являють завищені вимоги до дитини (Романчук О., 2015) [23]. Існують стандартизовані схеми спостереження за поведінкою в домашніх, шкільних та лабораторних умовах; однак практики вважають цей процес трудомістким і важким для виконання [4, с. 54]. В. Годлевська (2021) відзначає, що діагностика РДУГ потребує залучення декількох інструментів для виявлення основних симптомів, а також кількох, незалежних один від одного спостерігачів, : батьків, вчителів, психологів, неврологів та інших [6].

Цінність психологічних тестів в діагностиці РДУГ також ставиться під сумнів – вони корисні лише для уточнення конкретних випадків та виявлення проблемних сфер, які перешкоджають освітній та соціальній інтеграції дитини. Досі не існує загальновизнаного інструменту для діагностики функціональних розладів регуляції і контролю психічних процесів. Спеціалісти відзначають, що стосовно більшості психологічних завдань, котрі традиційно є об'єктами вивчення в психодіагностиці, діти зі РДУГ не відрізняються від нормального населення (Бояршинова К. І. та ін., 2019) [4].

Ми використали в роботі різні діагностичні підходи, щоб отримати зважену та комплексну оцінку психологічного стану дитини: виявлення симптомів РДУГ та їх впливу на успішність навчання в школі спиралося на оцінки, виставлені батьками та вчителями; оцінка мотивації в більшій мірі ґрунтувалась на результатах опитування самих учнів, але також залучала оцінки дорослих. При цьому нас цікавило порівняння оцінок з різних джерел.

Для обробки та інтерпретації отриманих результатів було використано комплекс статистично-математичних методів: для визначення особливостей вибірки стосовно прояву РДУГ та характеристик мотивації застосовано аналіз описових статистик та частотний аналіз (розраховано відсоткові доли певних проявів у вибірці, у підвибірках хлопців та дівчат); для визначення лінійних зв'язків між виміряними параметрами застосовано кореляційний аналіз (критерій кореляції Пірсона). Порівняльний аналіз результатів опитування батьків та вчителів відносно характеристик одної і тої самої

дитини проведено за допомогою t-критерію Стьюдента для парних вибірок. В процесі аналізу даних вибірку розділено на дві експериментальні та контрольну групу відповідно симптоматиці РДУГ. Порівняння середніх показників трьох груп реалізовано за допомогою однофакторного дисперсійного аналізу ANOVA. Для розрахунків використовувалось програмне забезпечення Microsoft Excel 2010 (пакет аналізу даних) та IBM SPSS Statistics 22.0 (безкоштовна пробна версія).

Таким чином, методика дослідження передбачала опитування батьків та вчителів за допомогою стандартизованого переліку симптомів дефіциту уваги та гіперактивності/імпульсивності відповідно до сучасних критеріїв ВООЗ, а також опитування молодших школярів стосовно мотивів навчання.

2.2. Діагностичні критерії та виявлення РДУГ у вибірці молодших школярів

Для виявлення проявів РДУГ у молодших школярів було використано *Опитувальник симптомів поведінкових розладів у дітей та підлітків «NICHQ Vanderbilt»*, який представлено в додатку А. Методика розроблена Американською Академією Педіатрії та Національним інститутом якості здоров'я дітей NICHQ на основі критеріїв DSM-IV; вона існує в двох варіантах для батьків та вчителів (NICHQ, 2002) [57]. Була адаптована спеціалістами Українського інституту когнітивно-поведінкової терапії. Опитувальний лист містить 18 симптомів РДУГ: 9 стосуються дефіциту уваги, 9 – проявів гіперактивності, які експерти оцінюють за 4-бальною шкалою: ніколи (0 балів), рідко (1 бал), часто (2 бали), дуже часто (3 бали).

При обробці підраховується кількість питань, що отримали оцінки 2 або 3 за пунктами 1-9, 10-18 та за всім переліком симптомів. Отже, кожен учень міг отримати від 0 до 9 балів за шкалами РДУГ-Н та РДУГ-Г/І. Їх співвідношення дозволяє зробити висновок про виразність розладу та його тип (комбінований, з перевагою неуважності або гіперактивності/

імпульсивності). Щоб відповідати критеріям DSM для діагностики РДУГ, потрібно мати принаймні шість позитивних відповідей в одній із шкал.

Додаткові питання опитувальника стосуються успішності освоєння основних шкільних навичок та інших аспектів соціально-психологічної адаптації дитини (див. додаток А). Вони оцінювались за 5-бальною шкалою від «дуже добре» (1 бал) до «значні труднощі» (5 бал). Отримані результати дозволяють з'ясувати вплив симптомів на погіршення продуктивності та дезадаптацію дитини в різних життєвих сферах. Щоб відповідати критеріям РДУГ, має бути принаймні один пункт, у якому дитина отримує 4 або 5 балів.

В дослідженні фіксувалися 12 оцінок за наступними параметрами:

- Академічна успішність: читання, письмо, математика та загальна оцінка успішності в школі (середнє арифметичне трьох попередніх оцінок)

- Взаємодія в родині: стосунки з батьками та з братами/сестрами (середній бал).

- Соціальна адаптація: стосунки з однолітками, участь в спільних іграх та інших групових активностях

- Адаптація до шкільного середовища: дотримання інструкцій і правил, зрив уроків, виконання завдань та доручень, самоорганізованість.

З урахуванням предмету дослідження в анкету був доданий ще один пункт (п. 13), що стосувався навчальної мотивації: позитивне ставлення до школи/бажання вчитися.

Батькам надавалася наступна інструкція: «Будь-ласка оцініть поведінку Вашої дитини за допомогою нижченаведеного опитувальника. При оцінюванні орієнтуйтеся на найбільш типову поведінку дитини протягом останніх шести місяців у порівнянні до типової поведінки ровесників». Вчителі заповнювали загальну таблицю, де в рядках були симптоми, а в стовбчиках – імена та фамілії учнів класу.

1. Симптоматика розладу дефіциту уваги та гіперактивності

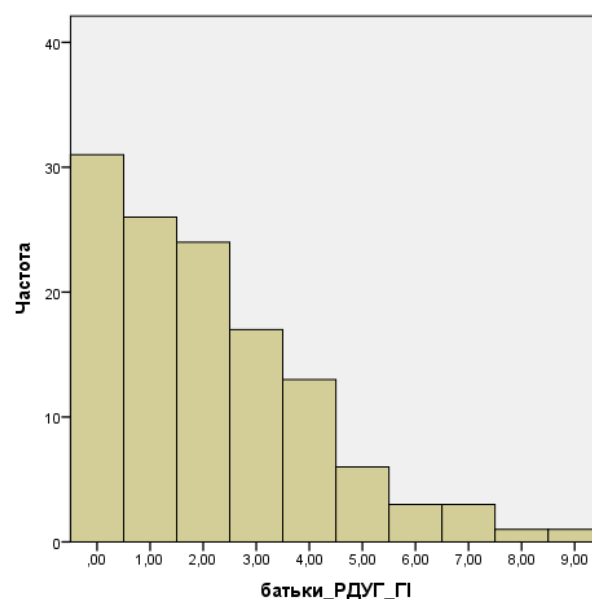
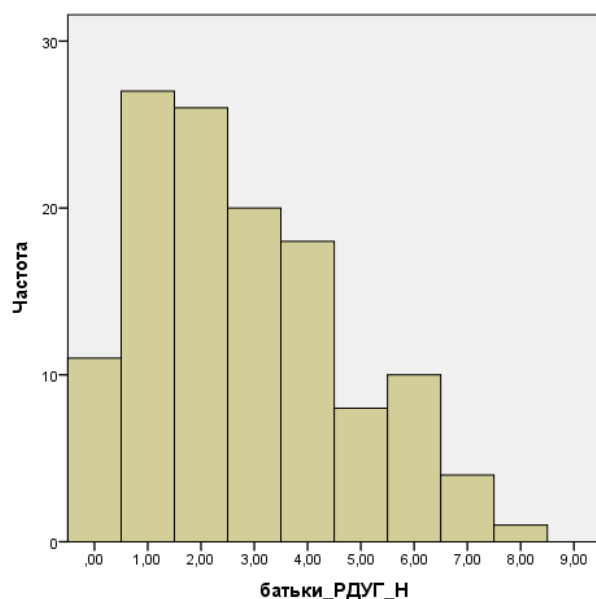
За даними Опитувальника «NICHQ Vanderbilt» у вибірці молодших школярів були отримані наступні показники:

Таблиця 2.1

**Кількість виражених симптомів РДУГ за даними опитування
в II-III класах загальноосвітньої школи (N=125)**

| Описові статистики | Оцінки батьків | | | Оцінки вчителів | | |
|--------------------|---------------------------|-------------------------------|---|---------------------------|-------------------------------|---|
| | РДУГ-Н (пункти 1-9) | РДУГ-Г/І (пункти 10-18) | Загальний прояв РДУГ (п. 1-18) | РДУГ-Н (пункти 1-9) | РДУГ-Г/І (пункти 10-18) | Загальний прояв РДУГ (п. 1-18) |
| Середнє | 2,78 | 2,10 | 4,87 | 3,07 | 1,68 | 4,76 |
| Медіана | 2,00 | 2,00 | 4,00 | 3,00 | 1,00 | 4,00 |
| Мода | 1,00 | 0,00 | 2,00 | 2,00 | 0,00 | 2,00 |
| Станд. відхилення | 1,92 | 1,97 | 3,17 | 1,86 | 1,68 | 2,93 |
| Асиметрія | 0,58 | 1,06 | 0,66 | 0,67 | 1,15 | 0,66 |
| Експес | -0,40 | 0,96 | -0,18 | 0,02 | 1,03 | -0,10 |
| Мінімум | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Максимум | 8,00 | 9,00 | 13,00 | 8,00 | 7,00 | 13,00 |

Гістограми розподілу оцінок у вибірці відображені на рис. 2.1. Як бачимо, переважна більшість розподілу даних зосереджена в зоні низьких балів. Дорослі, які спостерігають поведінку дитини в повсякденних ситуаціях та в шкільному житті, відзначають окремі прояви неухважності або неконтрольованої активності (що цілком природно для віку 7-9 років, коли довільність психічних процесів тільки формується), але вони досить рідко сягають високого рівня та виконують вимоги щодо діагнозу РДУГ. Ще рідше проявляється комбінована форма розладу.



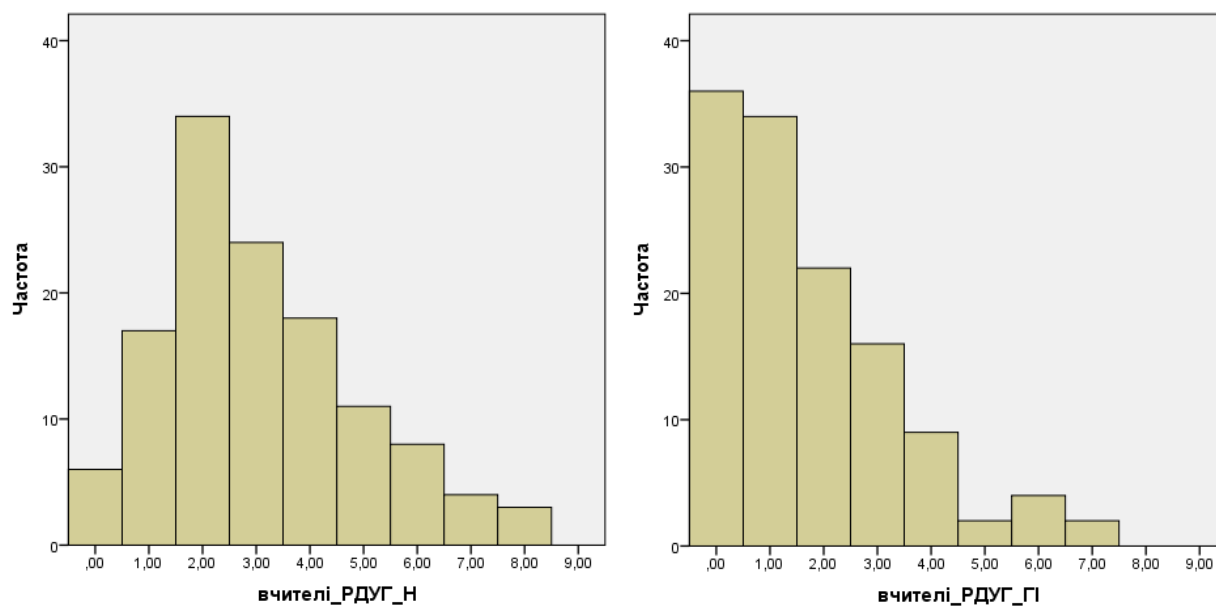


Рис. 2.1. Розподіл частот оцінок, виставлених батьками та вчителями стосовно прояву РДУГ у молодших школярів (кількість виражених симптомів, N=125)

Відповідно до отриманих результатів, в чотирьох класах молодшої школи було виявлено 19 дітей, що мають виражені прояви РДУГ (тобто 6 та більше симптомів протягом останнього півроку), серед яких 12 хлопчиків та 7 дівчаток. Це складає 15,2 % вибірки. Більше половини випадків представляють собою форму з перевагою проявів неухважності – табл. 2.2.

Таблиця 2.2

Кількість та відсоткова доля випадків проявів РДУГ у вибірці

| Параметри: | Вся вибірка N=125 | | Хлопці N=63 | | Дівчата N=62 | |
|------------|----------------------|------|----------------|-------|-----------------|-------|
| | кіль-ть | % | кіль-ть | % | кіль-ть | % |
| РДУГ-Н | 12 | 8,80 | 6 | 9,52 | 6 | 8,06 |
| РДУГ-Г/І | 4 | 3,20 | 3 | 4,76 | 1 | 1,61 |
| РДУК-К | 3 | 3,20 | 3 | 4,76 | 0 | 1,61 |
| Всього | 19 | 15,2 | 12 | 19,05 | 7 | 11,29 |

Отримана статистика поширеності РДУГ, а також розподіл хлопців і дівчат, загалом відповідають даним, описаним в науковій літературі та результатам попередніх досліджень українських вчених (Марценковська І. І., 2009) [16]. Для хлопчиків більшої мірою характерні симптоми гіперактивності/ імпульсивності та більш важка комбінована форма РДУГ (співвідношення хлопців та дівчат складає 3 до 1). Загалом, в кожному навчальному класі виявлено 4-5 дітей з вираженими симптомами РДУГ, які потребують спеціальної організації навчання та психологічного супроводу.

За існуючими даними, співвідношення чоловіків і жінок у поширеності РДУГ становить щонайменше від 4 до 1.16 (Бояршинова К. І. та ін., 2019) [4]. Проте ряд авторів вважає, що теза про те, що чоловіки частіше хворіють на РДУГ, є хибною. Дівчата частіше виявляють симптоми неувважності, тоді як хлопці – прояви гіперактивності та імпульсивності, які викликають більшу стурбованість батьків та фахівців (WHO, 2022) [65]. Більшість випадків РДУГ діагностують у дівчаток дещо пізніше, ніж у хлопчиків (Марцинковська І. І., 2020) [15]. У хлопчиків відзначається більша вираженість вторинних проблем, насамперед агресивної поведінки, в той час як у дівчат більш виражені інтерналізовані ускладнення: низька самооцінка, депресія, тривожні розлади. Оскільки у дівчаток РДУГ проявляється в легшій формі, він значно частіше не виявляється і своєчасно не лікується (Романчук О., 2015) [23].

При обробці та інтерпретації даних ми помітили, що вчителі та батьки дещо по-різному оцінюють прояви РДУГ у молодших школярів. Стосовно деяких дітей виставлені бали не співпадали настільки, що за даними одного експерта виконувались вимоги до наявності розладу (6 та більше симптомів протягом останнього півроку), а за даними іншого – ні.

Щоб з'ясувати статистичну значимість відмінностей, було використано t-критерій Стюдента для парних вибірок. Розрахунки показали, що стосовно шкали РДУГ-Н вчителі відзначають значно більше симптомів, ніж батьки дітей ($t_{\text{емп.}} = -4,23$ при значимості $p = 0,000$). Стосовно шкали РДУГ-Г/І, навпаки, батьки ставлять вищі бали, ніж вчителі ($t_{\text{емп.}} = 5,26$ при значимості

$p=0,000$). Між сумарними оцінками всіх 18 пунктів опитувальника «NICHQ Vanderbilt» статистичної різниці в оцінках експертів немає ($t_{\text{емп.}}=1,05$ при значимості $p=0,293$). При цьому оцінки всіх шкал з боку батьків та вчителів тісно корелюють між собою на рівні значимості $p=0,000$.

З огляду на виявлені розбіжності, ми розрахували у вибірці середні бали, виставлені батьками та вчителями стосовно кожного симптому РДУГ – див. рис. 2.2.



Рис. 2.2. Середні оцінки, виставлені вчителями та батьками дітей стосовно окремих симптомів РДУГ у вибірці молодших школярів ($N=125$).

Проведений аналіз показав, що вчителі молодших класів більшою мірою помічають та «суворіше» оцінюють поведінкові прояви учнів, що стосуються дефіциту уваги: труднощі у виконанні завдань, які потребують

тривалого зосередження; розсіяність під час уроків, неможливість зосередитись на деталях, ненавмисні помилки в письмових завданнях; не дотримання вказівок і нездатність закінчити отримане завдання; легке відволікання на сторонні подразники. Натомість батьки більшою мірою (ніж вчителі) відзначають труднощі дітей, пов'язані з контролем поведінки та гіперактивністю в повсякденному житті: коли дитина не слухає, що до неї говорять; забудькувата, губить речі; багато рухається та вовтузиться, особливо в тих ситуаціях, де вимагається сидіти спокійно; багато говорить, не вміє тихо бавитися; не може дочекатися своєї черги, втручається в розмови та заняття дорослих.

На проблему деякої суб'єктивності експертів в оцінці проявів РДУГ раніше вже звертали увагу західні та вітчизняні фахівці – див. підрозділ 1.1. Підкреслюється ситуативна варіабельність симптомів розладу. О. Романчук пояснює, що попри загальну патогенетичну складову, порушення самоконтролю у різних дітей в різних соціальних контекстах виявляється по-різному і призводить до різних наслідків. Поведінка дитини дуже непостійна, оскільки вона контролюється не внутрішніми правилами, а є реакцією на стимули «тут і зараз». Залежно від комбінації зовнішніх факторів, в одному середовищі симптоми РДУГ будуть сильно виражені, а в іншому – поведінка дитини буде цілком нормальною. Чим менше обмежень і вимог накладає ситуація, тим менш проблемною буде поведінка учня. В цікавому та «стимулюючому» середовищі дитина більш сфокусована, і відповідно створює менше проблем своєю поведінкою іншим (так, гіперактивні діти можуть годинами грати в комп'ютерні ігри або дивитися телевізор, не відволікаючись). Крім того, поведінка дітей із РДУГ є менш проблемною у ситуації негайної винагороди/покарання, при додатковому нагадуванні правил та допомоги у самоорганізації з боку дорослих. Таким чином, симптоми розладу менше виявляються за певних умов: нове, цікаве та стимулююче середовище, індивідуальна увага дорослого, негайне підкріплення. У таких ситуаціях дитина із РДУГ може мало відрізнитися від

однолітків. Протилежні характеристики середовища (нудне, монотонне, нецікаве), втома та поганий настрій дитини, створюють передумови для маніфестації дефіциту самоконтролю (Романчук О., 2015) [23].

Отже, варіабельність та ситуативність симптомів РДУГ призводить до суперечностей в оцінці його проявів у конкретної дитини різними спостерігачами. Це пояснює неузгодженість оцінок, виставлених учителями та батьками: шкільне навчання висуває підвищені вимоги до уважності та самоорганізованості дитини, а проблемна гіперактивна поведінка більш помітна вдома та дошкуляє батькам.

Крім описаних у табл. 2.2 виражених випадків РДУГ було виявлено досить велику кількість учнів з окремими симптомами неухважності та гіперактивності за переліком «NICHQ Vanderbilt» (18 хлопців та 12 дівчат мали від трьох до п'яти симптомів в одній або обох шкалах). Ці результати можуть свідчити про *підвищений ризик шкільної та соціальної дезадаптації*. Саме в цій групі оцінки батьків та вчителів найчастіше не співпадали.

Таким чином, в результаті діагностики симптомів РДУГ у учнів загальноосвітньої школи, вибірка була розділена на три групи:

Група розладу – 19 учнів з вираженим розладом дефіциту уваги та гіперактивності (серед яких 3 учні з найбільш важкою комбінованою формою розладу, 12 – з перевагою симптомів неухважності, 4 – з перевагою симптомів гіперактивності/імпульсивності). Через незначну чисельність учнів підтипи не розглядалися окремо. Співвідношення хлопців та дівчат в цій групі становить 2 до 1,17, при цьому у дівчат переважає підтип розладу з перевагою неухважності (85,7 % серед виявлених випадків). Всі ці учні потребують професійної психологічної та неврологічної допомоги, корекційної роботи з боку шкільного психолога та педагогів, а також психопросвітницької роботи з батьками.

Група ризику – 30 учнів з частковими проявами симптомів неухважності та гіперактивності/імпульсивності. Ці випадки потребують уваги батьків, вчителів та шкільних психологів через можливі проблеми шкільної або

соціальної дезадаптації. Окрім регулярного моніторингу, для цієї категорії учнів будуть корисні розвивальні та психопрофілактичні заходи з урахуванням конкретних проблем та здібностей конкретної дитини.

Контрольна група – 76 учнів, у яких прояви РДУГ відсутні або виражені мінімально. Діти, що мали низькі оцінки вираженості симптомів РДУГ (що не виключає інших психологічних проблем та порушень), склали контрольну групу, що виступала як група порівняння.

Слід розуміти, що використаний опитувальник є лише допоміжним засобом для виявлення симптомів РДУГ у дітей. Остаточний діагноз виставляється дитячим психіатром на підставі анамнезу життя дитини та аналізу її поведінки у різних сферах життєдіяльності.

2. Проблеми шкільного навчання та соціальної взаємодії

Одним з необхідних критеріїв для діагностики розладу є наявність суттєвих проблем в навчанні або соціальній взаємодії. За допомогою додаткових питань було з'ясовано, що окремі труднощі в навчанні та спілкуванні має переважна більшість вибірки. При цьому 100 % дітей з вираженими симптомами РДУГ мають суттєві зауваження від вчителів або батьків. Стосовно складових шкільної та соціальної дезадаптації у вибірці отримані наступні оцінки (див. табл. 2.3, оцінки виставлялись батьками та вчителями за п'ятибальною шкалою, де високі бали свідчать про наявність виражених проблем).

Загалом за результатами опитування дорослих лише у 23 дітей не було виявлено оцінок «4» або «5», які засвідчують наявність виражених проблем в різних сферах життєдіяльності. У 82,9 % дітей такі проблеми спостерігаються хоча б за одною з характеристик, перерахованих у табл. 2.3.

Найчастіше батьки та вчителі відзначають проблеми в родинних стосунках, труднощі із виконанням інструкцій і дотриманням правил, вчасним виконанням завдань та доручень, здатністю до самоорганізації. Вони відзначаються більше, ніж у третини учнів. Це можна вважати віковими особливостями дітей, і водночас саме в цих сферах дорослі починають

висувати до них більш високі вимоги.

Таблиця 2.3

Середні оцінки за окремими пунктами опитувальника «NICHQ Vanderbilt» у вибірці молодших школярів (N=125)

| Параметри | Оцінки вчителів | | Оцінки батьків | |
|---|-----------------|------|----------------|------|
| | М | SD | М | SD |
| <i>Успішність навчання:</i> | | | | |
| Читання | 1,78 | 1,22 | 2,16 | 1,05 |
| Письмо | 2,16 | 1,37 | 2,66 | 1,25 |
| Математика | 2,28 | 1,16 | 2,22 | 1,03 |
| Загальна успішність в школі | 6,22 | 2,61 | 7,14 | 2,54 |
| <i>Шкільна та соціальна адаптація:</i> | | | | |
| Стосунки в родині | 2,11 | 1,45 | 3,00 | 1,37 |
| Стосунки з однолітками | 2,34 | 1,16 | 2,04 | 1,11 |
| Участь в спільних/командних іграх та інших групових активностях | 2,41 | 1,24 | 2,64 | 1,12 |
| Виконання інструкцій, дотримання правил | 2,52 | 1,37 | 2,86 | 1,36 |
| Виконання завдань та доручень | 2,44 | 1,23 | 2,67 | 1,05 |
| Зрив дисципліни на уроці | 2,16 | 1,21 | 2,56 | 1,37 |
| Самоорганізація | 2,54 | 1,28 | 2,75 | 1,22 |
| Позитивне ставлення до школи, бажання вчитися | 2,37 | 1,15 | 2,95 | 1,18 |

Примітка: М – середнє, SD – стандартне відхилення.

В подальших розрахунках були використані середні арифметичні оцінки, виставлені батьками та вчителями.

В таблиці 2.4 відзначено сумарну кількість оцінок «4» або «5» (тобто виражених проблем) у підвибірках дівчат та хлопців. Найбільші відмінності стосуються пунктів «Виконання інструкцій, дотримання правил», «Зрив дисципліни на уроках», «Позитивне ставлення до школи, бажання вчитися»; в усіх цих випадках більш благополучні оцінки отримані у дівчаток.

Слід відзначити, що учні з симптомами РДУГ «за умовчанням» мають проблеми шкільної адаптації, адже це передбачене в діагностичних критеріях розладу. Пункт Д з DSM-V проголошує: «Існує чітке свідчення того, що симптоми заважають або знижують якість соціального, академічного і професійного функціонування» [25, с. 24].

Таблиця 2.4

**Кількість та відсоткова доля окремих проявів проблемної поведінки
(шкільної та соціальної дезадаптації) у вибірці**

| Параметри: | Вся вибірка N=125 | | Хлопці N=63 | | Дівчата N=62 | |
|--|----------------------|-------|----------------|-------|-----------------|-------|
| | кіль-ть | % | кіль-ть | % | кіль-ть | % |
| Читання | 13 | 10,40 | 6 | 9,52 | 7 | 11,29 |
| Письмо | 37 | 29,60 | 20 | 31,75 | 17 | 27,42 |
| Математика | 13 | 10,40 | 7 | 11,11 | 6 | 9,68 |
| Стосунки в родині | 42 | 33,60 | 22 | 34,92 | 20 | 32,26 |
| Стосунки з однолітками | 26 | 20,80 | 13 | 20,63 | 13 | 20,97 |
| Участь в групов. активностях | 25 | 20,00 | 14 | 22,22 | 12 | 19,35 |
| Виконання інструкцій, дотримання правил | 40 | 32,00 | 26 | 41,27 | 14 | 22,58 |
| Виконання завдань, доручень | 36 | 28,80 | 20 | 31,75 | 16 | 25,81 |
| Зрив дисципліни на уроках | 12 | 9,60 | 8 | 12,70 | 4 | 6,45 |
| Самоорганізація | 46 | 36,80 | 25 | 39,68 | 21 | 33,87 |
| Позитивне ставлення до школи, бажання вчитися | 33 | 26,40 | 19 | 30,16 | 14 | 22,58 |

Наявність шкільних проблем підкреслює більшість спеціалістів з даної проблематики. Так, за даними Р. Лавуа, майже 10 % дітей шкільного віку борються із проявами РДУГ. Більшість цих учнів мають проблеми із навчанням, тому їх непосидючість та нездатність до концентрації уваги ускладнюється труднощами у освоєнні змісту навчальної програми. Ці діти не встигають в 2,5 рази частіше, ніж їхні однолітки; майже половині з них доведеться повторити клас у початковій чи середній школі (Lavoie R.. 2007) [48]. Дослідження київських школярів, проведене І. І. Марценковською (2009), демонструє, що учні із РДУГ, навіть маючи нормальний рівень інтелекту, не можуть повною мірою використовувати свої когнітивні навички у повсякденному житті, тому відчувають серйозні академічні проблеми, а також порушення адаптації, пов'язані із самоорганізацією, стосунками з однокласниками, поведінкою на уроках та виконанням вказівок вчителів [15]. Ці дані підтверджують та пояснюють результати, отримані в нашій роботі.

Таким чином, проведене дослідження в початковій школі виявило 15,2 % дітей з вираженими симптомами РДУГ, які потребують спеціальної організації навчання та психологічного супроводу. Більше половини випадків представляють собою відносно легку форму з перевагою неухважності. Крім того, виявлено досить велику кількість учнів (24,00 % вибірки) з частковими проявами неухважності та гіперактивності, які можуть свідчити про підвищений ризик шкільної та соціальної дезадаптації. 82,9 % дітей мають окремі труднощі в навчанні та спілкуванні; при цьому всі без виключення діти з вираженими симптомами РДУГ мають серйозні порушення адаптації.

Вчителі та батьки по-різному оцінюють прояви РДУГ у школярів. Вчителі молодших класів більшою мірою помічають та «суворіше» оцінюють поведінкові прояви учнів, що стосуються дефіциту уваги: труднощі у виконанні завдань, розсіяність під час уроків, неможливість зосередитись на деталях, ненавмисні помилки, недотримання вказівок, легке відволікання, тощо. Натомість батьки більшою мірою відзначають труднощі, пов'язані з контролем поведінки та гіперактивністю в повсякденному житті.

2.3. Аналіз навчальної мотивації та ставлення до школи

Для діагностики мотиваційної сфери школярів було використано два опитувальники, що дозволяють оцінити різні її аспекти.

Методика *«Оцінка рівня шкільної мотивації»* Н. Г. Лусканової розроблена в 1985 р. для скринінгу учнів початкових класів, в першу чергу, визначення загального ставлення до школи в процесі адаптації. Містить 10 питань стосовно різних аспектів шкільного життя, учням пропонують вибрати один із трьох варіантів відповіді – див. додаток Б. Анкета може використовуватись в індивідуальній та груповій формі, допускає повторні опитування, щоб оцінити динаміку шкільної мотивації (Лусканова Н. Г., 1999) [13]. Дані про її надійність та валідність невідомі, проте анкета широко

застосовується вітчизняними спеціалістами, а також рекомендована УНМЦ практичної психології і соціальної роботи як інструмент визначення мотивації до навчання дітей 6-10 років (Горленко В. М. та ін., 2018) [7, с. 54].

При обробці результатів відповідь, що свідчить про позитивне ставлення дитини до школи, оцінюється в 3 бали; нейтральна відповідь (не знаю, буває по-різному) оцінюється в 1 бал; відповідь, що дозволяє судити про негативне ставлення дитини до шкільної ситуації, оцінюється в 0 балів. Оцінки в 2 бали не використовуються, щоб забезпечити чітке розділення дітей з високою, середньою та низькою мотивацією. Отже, за методикою учні можуть отримати від 0 до 30 балів, отримана оцінка прямо відображає рівень мотивації учіння та позитивного ставлення до школи. Зниження рівня мотивації є критерієм шкільної дезадаптації дитини, а підвищення – свідченням позитивної динаміки у навчанні та розвитку (Лусканова Н. Г., 1999) [13].

За показниками у вибірці школярів розраховані групові статистики. Як бачимо з табл. 2.5, середній показник мотивації у підвибірці дівчат дещо вищий, ніж у хлопців. Порівняльний аналіз за допомогою t-критерію Стьюдента показав, що різниця є статистично значимою ($t=3,30$ при $p=0,001$).

Таблиця 2.5

**Описові статистики за даними оцінки рівня шкільної мотивації
(анкета М. Г. Лусканової)**

| | Вся вибірка (N=125) | Хлопці (N=63) | Дівчата (N=62) |
|-----------------------|------------------------|------------------|-------------------|
| Середнє | 14,07 | 12,30 | 15,87 |
| Медіана | 14,00 | 12,00 | 15,00 |
| Мода | 13,00 | 13,00 | 14,00 |
| Стандартне відхилення | 6,27 | 6,26 | 5,81 |
| Асиметрія | 0,159 | 0,346 | 0,130 |
| Ексцес | -0,740 | -0,577 | -0,866 |
| Мінімальне значення | 2,00 | 2,00 | 4,00 |
| Максимальне значення | 27,00 | 27,00 | 27,00 |

За рівнем шкільної мотивації у вибірці отримано наступний розподіл:

Таблиця 2.6

Рівень вираженості шкільної мотивації

| Рівні шкільної мотивації: | Вся вибірка (N=125) | | Хлопці (N=63) | | Дівчата (N=62) | |
|--|------------------------|-------|------------------|-------|-------------------|-------|
| | кіль-ть | % | кіль-ть | % | кіль-ть | % |
| 25-30 балів (максимально високий рівень) | 9 | 7,20 | 2 | 3,17 | 7 | 11,29 |
| 20-24 бали (високий рівень) | 21 | 16,80 | 9 | 14,29 | 12 | 19,35 |
| 15-19 балів (середній рівень) | 34 | 27,20 | 17 | 26,98 | 17 | 27,42 |
| 10-14 балів (низький рівень) | 33 | 26,40 | 17 | 26,98 | 16 | 25,81 |
| Нижче 10 балів (дуже низький рівень) | 28 | 22,40 | 18 | 28,57 | 10 | 16,13 |

З'ясувалося, що 7,20 % опитаних учнів демонструють *дуже високий рівень* шкільної мотивації та навчальної активності. Такі діти відрізняються наявністю виражених пізнавальних мотивів, прагненням найуспішніше виконувати вимоги, що пред'являються вчителями. Вони чітко дотримуються всіх вказівок педагогів, сумлінні та відповідальні, сильно переживають, якщо одержують зауваження або незадовільні оцінки. В цій категорії учнів переважну більшість складають дівчата. Дітей із РДУГ в цій групі немає, але є деяка кількість школярів із групи ризику.

16,8 % вибірки (дівчат дещо більше, ніж хлопців) мають достатньо гарну шкільну мотивацію. Вони успішно справляються з навчальною діяльністю, при цьому виявляють меншу залежність від суворих вимог і норм школи (ніж попередня категорія учнів). Подібний рівень мотивації вважається нормою.

27,20 % учнів (порівну дівчат та хлопців) демонструють позитивне ставлення до навчання, але школа залучає їх більше позанавчальними сторонами. Такі діти досить благополучно почуваються у школі, проте їх основною мотивацією є спілкування з друзями, з учителем. Їм подобається почуватися учнями, мати гарний рюкзак, ручки, зошити. Пізнавальні мотиви сформовані меншою мірою і навчальний процес їх мало залучає.

Низька шкільна мотивація виявлена у 26,40 % школярів (приблизно порівну дівчат та хлопців) Ці діти відвідують школу неохоче, при можливості

пропускають заняття. Під час уроків часто грають, займаються сторонніми справами. Зазнають серйозних труднощів у навчальній діяльності. Перебувають у стані нестійкої адаптації до школи.

Дуже низький рівень шкільної мотивації виявлено у 22,4 % дітей, що є досить значимим показником. Серед них дві третини складають хлопці. Таким дітям властиве негативне ставлення до школи та шкільна дезадаптація. Вони не справляються з навчальною діяльністю, мають проблеми у спілкуванні з однокласниками, у взаєминах з учителем. Школа сприймається ними як вороже середовище, перебування в якому неприємне і нестерпне. В деяких випадках учні можуть виявляти агресивність, відмовлятися виконати ті чи інші завдання, дотримуватись норм і правил. Часто у подібних школярів відзначаються порушення нервово-психічного здоров'я.

Розглянемо, яким чином ці данні співвідносяться з наявністю симптомів РДУГ у школярів.

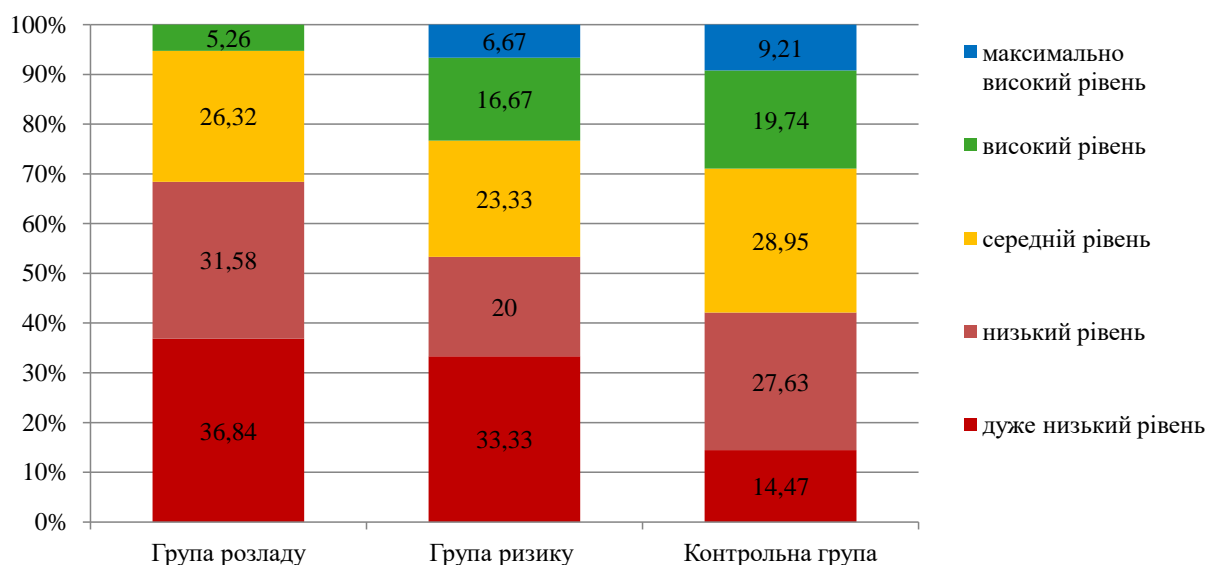


Рис. 2.3. Розподіл учнів в експериментальних групах за рівнем мотивації, %

Як видно з рис. 2.3, контрольна група є порівняно більш благополучною стосовно навчальної мотивації. Жоден учень із РДУГ не виявив максимально високих оцінок за анкетною, лише 5,26 % (це одна дитина) має достатній рівень мотивації. Загалом 68,42 % учнів в цій групі мають низький або дуже низький рівень мотивації, що свідчить про прояви шкільної дезадаптації.

Однофакторний дисперсійний аналіз показав, що відмінність між трьома групами є достовірною ($F=12,984$ при $p=0,000$). При цьому група розладу та група ризику значимо відрізняються від контрольної групи ($p=0,000$ та $0,001$ відповідно), але не мають відмінностей між собою. Розрахунки представлені в додатку Г.

Друга методика, використана в дослідженні – «*Система вікової діагностики навчальної мотивації школярів*» Н. В. Калиніної та М. І. Лук'янової, містить шість опитувальників різної складності, які охоплюють шлях від вступу до закінчення школи. Вона побудована на методологічному підході М. Р. Гінзбурга, який виділив шість мотивів, найбільш характерних для дітей 5-7 річного віку і запропонував методику вивчення їх структури:

1. Власне навчально-пізнавальний мотив, що базується на пізнавальній потребі дитини.
2. Широкі соціальні мотиви, засновані на розумінні суспільної необхідності навчання.
3. Позиційний мотив, пов'язаний із прагненням зайняти нове становище у відносинах з навколишніми.
4. Зовнішні стосовно навчання мотиви (підпорядкування вимогам дорослих, очікування похвали чи винагороди вчителя, тощо).
5. Ігровий мотив, неадекватно перенесений у нову – навчальну сферу.
6. Мотив отримання високої оцінки (М. Р. Гінзбург, 1988) [5].

Важливими мотиваційними новоутвореннями 5-6-річного віку є свідома супідрядність мотивів, виникнення їх ієрархії, а також поява нових за своєю будовою, опосередкованих мотивів. Ці новоутворення є фундаментальною передумовою шкільного навчання.

У дослідженні використано опитувальник для першокласників. Він складається з чотирьох питань, які представляють собою незакінчені речення з 6 варіантами закінчення, що відповідають шести перерахованим вище мотивам. Кожний варіант відповіді отримує певну кількість балів залежно від того, який мотив він відображує: зовнішній = 0 балів; ігровий = 1 бал;

отримання оцінки = 2 бали; позиційний = 3 бали; соціальний = 4 бали; навчальний = 5 балів (Калинина Н.В., Лук'янова М.И. 2008) [10].

Переклад питань українською мовою здійснено автором магістерської роботи. В методику ми додали ще один варіант відповіді, який відображає негативний мотив учіння: «нічого», «не хочу бути дурнем», «щоб мене не покарали», «щоб з мене не насміхалися» – див. додаток Б. Це також варіант зовнішньої мотивації, але негативно спрямованої. Такий різновид мотивації навчання був описаний в літературі П. Якобсоном. Це спонукання, пов'язані із усвідомленням певних незручностей і неприємностей, що можуть виникнути, якщо дитина не буде вчитися: негативної оцінки вчителів, осуду однокласників, докорів і покарань батьків, тощо (Якобсон П. М., 1969) [30]. При обробці балів цей варіант отримував оцінку 0 балів.

Отже, за даними опитувальника Н. В. Калиніної та М. І. Лук'янової учень може отримати від 0 до 20 балів. Описова статистика вибірки представлена у таблиці 2.7.

Таблиця 2.7

**Описові статистики за даними оцінки рівня шкільної мотивації
(опитувальник Н. В. Калиніної та М. І. Лук'янової)**

| | Вся вибірка (N=125) | Хлопці (N=63) | Дівчата (N=62) |
|-----------------------|------------------------|------------------|-------------------|
| Середнє | 10,09 | 9,17 | 11,02 |
| Медіана | 10,00 | 9,00 | 11,00 |
| Мода | 9,00 | 9,00 | 11,00 |
| Стандартне відхилення | 4,53 | 4,60 | 4,31 |
| Асиметрія | 0,071 | 0,389 | -0,217 |
| Ексцес | -0,823 | -0,523 | -0,746 |
| Мінімальне значення | 1,00 | 1,00 | 2,00 |
| Максимальне значення | 19,00 | 19,00 | 19,00 |

Як і в попередньому випадку, середній показник навчальної мотивації у дівчат дещо вищий, ніж у хлопців. Різниця є статистично значимою ($t=2,31$ при $p=0,023$).

Відповідно до запропонованих тестових норм, оцінки у вибірці були розподілені за рівнями мотивації – таблиця 2.8. Отримані результати підтверджують зроблені вище висновки про переваги дівчат стосовно розвиненості навчальних потреб та мотивів. Крайні оцінки представлені у хлопців та дівчат приблизно однаково, але водночас серед дівчат майже вдвічі частіше зустрічається високий рівень навчальної мотивації, і майже вдвічі рідше – знижений рівень.

За результатами опитування 9,60 % школярів демонструють дуже високий рівень пізнавальної мотивації з вираженим особистісним змістом, переважанням внутрішніх мотивів та прагненням до успіху.

Таблиця 2.8

Рівень вираженості шкільної мотивації за опитувальником

Н. В. Калиніної та М. І. Лук'янової

| Рівні шкільної мотивації: | Вся вибірка (N=125) | | Хлопці (N=63) | | Дівчата (N=62) | |
|--|------------------------|-------|------------------|-------|-------------------|-------|
| | кіль-ть | % | кіль-ть | % | кіль-ть | % |
| 17-20 балів (дуже високий рівень мотивації) | 12 | 9,60 | 6 | 9,52 | 6 | 9,68 |
| 13-16 балів (високий рівень навчальної мотивації) | 26 | 20,80 | 9 | 14,29 | 17 | 27,42 |
| 9-12 балів (нормальний, середній рівень мотивації) | 40 | 32,00 | 19 | 30,16 | 21 | 33,87 |
| 5-8 балів (знижений рівень навчальної мотивації) | 32 | 25,60 | 21 | 33,33 | 11 | 17,74 |
| 0-4 балів (низький рівень мотивації) | 15 | 12,00 | 8 | 12,70 | 7 | 11,29 |

20,8 % дітей (переважно дівчата) показали результати, що свідчать про високий рівень навчальної мотивації – у них переважають пізнавальні потреби та широкі соціальні мотиви, засновані на розумінні суспільної необхідності вчення.

Третина вибірки (32,0 %) мають середній рівень мотивації: в навчанні вони орієнтовані на отримання гарних оцінок, похвалу вчителя, а також позиціонування себе в новій системі соціальних стосунків – набуття друзів та спілкування з ними.

Особливої уваги психологів та педагогів потребують дві наступні категорії учнів:

- 25,6 % молодших школярів (переважно хлопці) мають знижений рівень мотивації; у них переважають зовнішні мотиви навчання, а також страх покарання за погані оцінки;

- 12,0 % учнів виявлено дуже низький рівень мотивації з вираженою відсутністю особистісного сенсу навчання в школі.

Діти з вираженими симптомами РДУГ мають суттєво нижчий рівень мотивації, порівняно з контрольною групою – див. рис. 2.4. У них частіше зустрічається середній та знижений рівень мотивації, при цьому зовсім не має дуже високих оцінок, які б свідчили про перевагу пізнавальної потреби та розуміння користі навчання в довгостроковій перспективі.

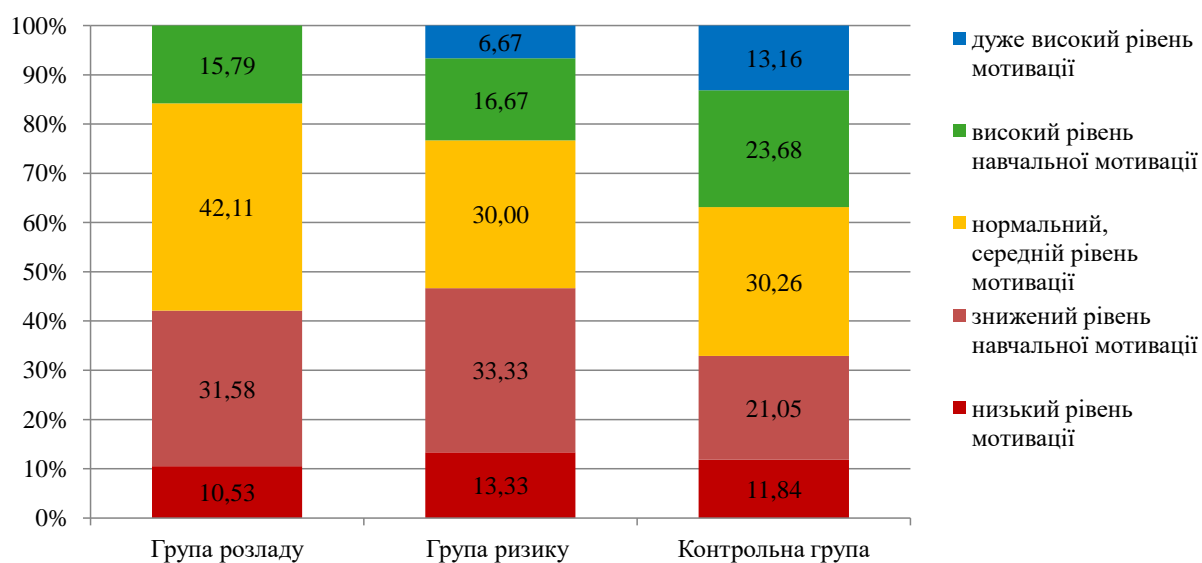


Рис. 2.4. Розподіл оцінок навчальної мотивації в експериментальних та контрольній групах.

Порівняльний аналіз показав, що відмінність між групами є достовірною ($F=10,85$ при значимості $p=0,000$). Група розладу та група ризику значимо відрізняються від контрольної групи ($p=0,014$ та $p=0,000$ відповідно), але не мають суттєвих відмінностей між собою.

Методика особливо цікавить нас тим, що окрім кількісної оцінки вираженості навчальної мотивації, дозволяє робити якісний аналіз

результатів та визначати структуру провідних шкільних мотивів. При якісній обробці результатів ми підраховували відсоткову долю дітей, у яких відповідний мотив зустрівся хоча б в одному виборі із чотирьох можливих. Мотивацію навчання, що домінує, діагностують за найбільшою кількістю балів. Про несформованість мотивації свідчить відсутність переваг, тобто різне ставлення до навчання в різних ситуаціях (М.Р. Гинзбург, 1988) [5].

Для розуміння загальної вибіркової статистики ми розраховали відсоткові долі виборів кожного із семи варіантів мотивації – 125 учнів сумарно обрали 500 відповідей, які розподілилися наступним чином:

Таблиця 2.9

**Розподіл виборів різних типів мотивації навчання у вибірці
молодших школярів (125 учнів = 500 виборів)**

| Тип мотивації: | Кількість | % |
|------------------------------|-----------|-------|
| негативний мотив (0 балів) | 29 | 5,80 |
| зовнішній мотив (0 балів) | 63 | 12,60 |
| ігровий мотив (1 бал) | 37 | 7,40 |
| отримання оцінки (2 бали) | 78 | 15,60 |
| позиційний мотив (3 бали) | 58 | 11,60 |
| соціальний мотив (4 бали) | 98 | 19,60 |
| пізнавальний мотив (5 балів) | 137 | 27,40 |
| Всього | 500 | 100 |

Як бачимо, трохи менше половини виборів відображають ефективні мотиви навчальної діяльності молодших школярів: пізнавальну потребу (27,40 %) та розуміння соціальної користі знань (19,60 %). Разом з тим, досить велика кількість учнів демонструють зовнішню мотивацію (12,40 % зроблених виборів) та бажання отримати гарну оцінку (15,60 %). Ігровий та негативний мотив займають останні позиції в рейтингу оцінок.

Розглянемо, яким чином різні типи мотивів представлені в експериментальних групах. Як видно з рис 2.5, провідну позицію в групі з вираженими симптомами РДУГ займають зовнішні мотиви учіння та пізнавальна потреба (на їх долю приходиться по 19,70 % виборів). Децю

менше виражений мотив отримання оцінки (17,10 % виборів) та соціальний мотив (14,50 %). Загалом, у даної категорії дітей не виявлено виразної ієрархії мотивів, що свідчить про несформованість структури мотивації, яка є важливим новоутворенням даного віку і є передумовою шкільного навчання.

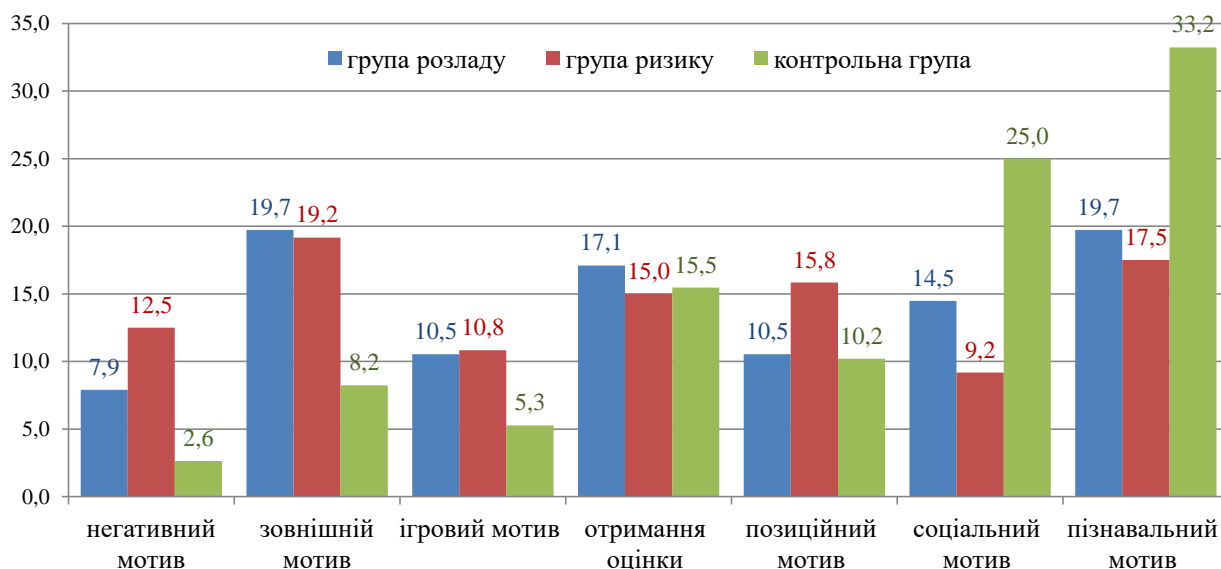


Рис. 2.5. Перевага різних типів навчальної мотивації в експериментальних групах, %

Схожа картина спостерігається і в *групі ризику*, що об'єднала учнів з частковими проявами гіперактивності та/або неуважності. Проте в даному випадку спостерігається порівняно більша присутність негативної мотивації учіння, пов'язаної із страхом покарання або осуду. Також в цій групі більше, ніж в двох інших, представлений позиційний мотив (15,8 % виборів).

Контрольна група значимо відрізняється перевагою пізнавальних та соціальних мотивів при незначній вираженості зовнішнього, негативного та ігрового мотивів – див. рис. 2.5. Цікаво, що мотив отримання оцінки приблизно однаково представлених в усіх трьох групах школярів.

Ми не знайшли подібних публікацій з дослідженнями вітчизняних вчених, але отримані емпіричні дані відповідають уявленням про проблеми мотивації дітей із РДУГ, описані в науковій та практичній літературі.

Таким чином, проведене дослідження переконує, що діти з РДУГ мають дефіцит академічної мотивації порівняно з їхніми однолітками. Взагалі, для

багатьох молодших школярів характерна недостатня сформованість навчальної мотивації, що проявляється у відсутності стійкої пізнавальної потреби, небажанні відвідувати школу та домінуванні зовнішніх мотивів учіння (37-53 % вибірки, переважно хлопці). Діти з проявами РДУГ достовірно відрізняються зниженим рівнем навчальної мотивації, помітним відставанням у вираженості пізнавальних та соціальних мотивів учіння. Розлад супроводжується специфічною структурою навчальної мотивації, що відрізняється несформованістю ієрархії, в якій поряд з конструктивними мотивами виразно присутні також ігрова, зовнішня та негативна мотивація. Все це може посилювати проблеми шкільної дезадаптації.

2.4. Взаємозв'язки симптоматики РДУГ, мотивації навчання та шкільної успішності

Для з'ясування зв'язків між вимірними у дослідженні параметрами був проведений кореляційний аналіз. Попередньо були розраховані середні оцінки симптоматики РДУГ, показників шкільної успішності та проявів соціальної дезадаптації: (оцінка вчителя + оцінка батьків)/2.

Розрахунки виявили численні кореляції між проявами симптомів РДУГ та проблемами дитини в школі. Кореляційний аналіз даних вибірки показав цілком очікувані результати. Прови РДУГ тісно та прямо пов'язані з навчальними проблемами (набуттям навичок читання, письма та математики), а також рядом інших негараздів шкільного та повсякденного життя: в самоорганізації, у виконанні завдань та доручень дорослих, дотриманні правил та інструкцій, в реалізації групової та командної діяльності. Разом з тим, виразність симптомів РДУГ не пов'язана з оцінками родинних стосунків та стосунків з однолітками.

Розглядаючи коефіцієнти кореляцій в таблиці 2.10 ми бачимо, що симптоми імпульсивності/гіперактивності мають більш сильний негативний вплив на адаптацію дитини, ніж симптоми неуважності. Зокрема, батьки та

вчителі відзначають погане ставлення до школи, небажання вчитися у таких дітей ($p=0,001$). Результати опитування самих учнів стосовно навчальної мотивації від'ємно корелюють з усіма кількісними показниками РДУГ.

Таблиця 2.10

Кореляції кількісних показників РДУГ та шкільної адаптації (N=125)

| | Вираженість симптомів неухважності | Вираженість симптомів імпульсивності | Вираженість РДУГ |
|--|------------------------------------|--------------------------------------|------------------|
| <i>Успішність навчання:</i> | | | |
| Читання | 0,311*** | 0,326*** | 0,384*** |
| Письмо | 0,203* | 0,246** | 0,277** |
| Математика | 0,189* | 0,224* | 0,250** |
| Загальна успішність в школі | 0,289** | 0,320*** | 0,369*** |
| <i>Шкільна та соціальна адаптація:</i> | | | |
| Стосунки в родині | 0,082 | 0,001 | 0,048 |
| Стосунки з однолітками | 0,160 | 0,109 | 0,167 |
| Групова активність | 0,118 | 0,190* | 0,194* |
| Дотримання інструкцій, правил | 0,141 | 0,242** | 0,230** |
| Виконання завдань та доручень | 0,247** | 0,311*** | 0,337*** |
| Зрив дисципліни на уроках | -0,006 | 0,104 | 0,070 |
| Самоорганізація | 0,181* | 0,248** | 0,257** |
| Ставлення до школи, бажання вчитися | 0,154 | 0,333** | 0,302** |
| <i>Опитування молодших школярів:</i> | | | |
| Анкета Н. Г. Лусканової | -0,274** | -0,517*** | -0,469*** |
| Опитувальник Н. В. Калиніної та М. І. Лук'янової | -0,274** | -0,354*** | -0,375*** |

Щоб з'ясувати вплив мотивації на успішність навчання школярів ми розглянули кореляції окремо в трьох експериментальних групах. Розрахунки викладені в таблиці 2.11.

Проведений аналіз показав, що в *контрольній групі* позитивна мотивація навчання тісно корелює з ефективністю набуття навичок читання, письма математики та із загальною успішністю навчання (мається на увазі відсутність проблем, відзначена батьками та вчителями). Сильна навчальна мотивація також пов'язана з дисциплінованістю та старанністю дитини, здатністю до самоорганізації. Це цілком зрозумілі кореляції, що відображають позитивний взаємозв'язок мотивації до навчання із успіхами

шкільної адаптації. Ці результати можна вважати нормальними, еталонними (виділені в таблиці 2.11 сірою заливкою).

Натомість в *групі дітей із РДУГ* структура кореляцій змінюється. Зв'язок навчальних мотивів з успішністю набуття шкільних навичок слабшає, у стосовно показника письма – втрачається зовсім. Це можна пояснити тим, що дитині об'єктивно важко досягнути успіху через наявність функціональних порушень діяльності мозку, навіть якщо вона хоче навчатися, позитивно ставиться до школи і усвідомлює користь знань. Так само слабшають і втрачають статистичну значимість зв'язки між мотивацією та виконанням завдань і правил. В цій групі навіть високо вмотивовані діти мають проблеми адаптації (але слід пам'ятати, що в цілому рівень мотивації в цій групі розладу значно нижчий, ніж в контрольній групі).

Таблиця 2.11

Кореляції кількісних показників РДУГ і шкільної адаптації

| Параметри шкільної адаптації: | | Оцінка дорослих | Методика Н.В. Калиніної, М.І. Лук'янової | Анкета Н.Г. Лусканової |
|-------------------------------|-----|-----------------|--|------------------------|
| Читання | КГ | 0,136 | -0,462*** | -0,380** |
| | ЕГ1 | -0,270 | -0,601** | -0,558* |
| | ЕГ2 | 0,314 | -0,343 | -0,324 |
| Письмо | КГ | 0,252* | -0,541** | -0,538** |
| | ЕГ1 | 0,656** | -0,146 | -0,113 |
| | ЕГ2 | 0,045 | -0,195 | -0,051 |
| Математика | КГ | 0,227* | -0,271* | -0,224 |
| | ЕГ1 | -0,193 | -0,422 | -0,465* |
| | ЕГ2 | 0,314 | -0,330 | -0,244 |
| Загальна успішність в школі | КГ | 0,268* | -0,563** | -0,512** |
| | ЕГ1 | 0,139 | -0,539* | -0,524* |
| | ЕГ2 | 0,292 | -0,430* | -0,306 |
| Дотримання інструкцій, правил | КГ | 0,112 | -0,399** | -0,383** |
| | ЕГ1 | 0,344 | 0,172 | -0,067 |
| | ЕГ2 | 0,200 | 0,022 | -0,157 |
| Виконання завдань та доручень | КГ | 0,044 | -0,315** | -0,321** |
| | ЕГ1 | 0,049 | -0,266 | -0,136 |
| | ЕГ2 | 0,182 | -0,246 | -0,257 |
| Самоорганізація | КГ | 0,338** | -0,442** | -0,385** |
| | ЕГ1 | 0,107 | -0,508* | -0,239 |
| | ЕГ2 | 0,319 | -0,358 | -0,419* |

Примітка: * зв'язок значимий при $p \leq 0,05$, ** при $p \leq 0,01$

Отримані результати свідчать, що результати навчальної діяльності дитини із РДУГ залежать не стільки від її внутрішніх устремлінь (які можуть бути виключно ситуативними та нестійкими), скільки від інших чинників, зокрема зовнішньої організації діяльності та ставлення до неї дорослих.

В *групі ризику* кореляційні зв'язки між мотивацією та шкільною успішністю ще більше втрачають силу і стають статистично незначущими. Такий результат може бути обумовлений неоднорідністю групи, що включає дітей з різними поведінковими проблемами. Це актуалізує необхідність індивідуального підходу у здійсненні педагогічних і психологічних втручань.

Раніше західні вчені вже звертали увагу на значний дефіцит мотивації та її відмінну структуру у дітей із РДУГ. Недавні дослідження американських восьмикласників показали, що підлітки з РДУГ мають значний дефіцит як зовнішньої, так і внутрішньої академічної мотивації, порівняно із учнями, які не мають цього діагнозу. При цьому мотивація по-різному пов'язана з академічними успіхами у підлітків із розладом та без нього. У групі з розладом зовнішня мотивація прямо пов'язана з вищим середнім балом за шкільними предметами і кращим виконанням домашніх завдань, натомість внутрішня мотивація була пов'язана з вищою точністю читання (Z. Smith та ін., 2019) [61]. Проте наявних знань в цій сфері все ще недостатньо.

Неочікуваним, але важливим результатом виявились кореляції, що стосуються додаткового виміру – оцінки навчальної мотивації дитини, виставленої дорослими. В контрольній групі оцінки мотивації, надані дорослими та самими школярами, значимо корелюють між собою. Тобто уявлення дорослих досить точно відображають внутрішні прагнення дітей. Натомість в групі розладу та групі ризику такі кореляції виявились незначимими. Це призводить до висновку, що при наявності вираженої симптоматики РДУГ дорослі часто схильні помилятися у тлумаченні внутрішніх спонукань дітей стосовно бажання вчитися та ставлення до школи. При цьому оцінка навчальної мотивації прямо пов'язана з якістю

дитячо-батьківських стосунків, ставленням до дитини з боку дорослих ($r=0,463$ при $p=0,046$); такої кореляції немає в контрольній групі.

Це важлива інформація, котра вимагає більш ретельного аналізу мотивів учіння при організації корекційно-розвивальної роботи з проблемними дітьми. Важливо розуміти, що до оцінки мотивації дітей із РДУГ не можна підходити з тими самими вимірювальними критеріями, що до оцінки здорових дітей. Ймовірно, мотивація цих учнів залежить від інших зовнішніх та внутрішніх чинників, ніж мотивація дітей, які не мають розладу.

Таким чином, в групі дітей з вираженими симптомами РДУГ наявні специфічні кореляції, що свідчать про зміну структури зв'язків між мотивацією та успішністю навчальної діяльності. Низький рівень пізнавальних мотивів очікувано супроводжується проблемами в сфері читання, математики, низькими оцінками загальної успішності в школі, а також більш вираженими проблемами самоорганізації. Симптоми імпульсивності/гіперактивності мають більш сильний негативний вплив на адаптацію дитини, ніж симптоми неухважності. Прямі кореляції між мотивацією та успішністю навчання менш значимі, ніж в контрольній групі, що можна пояснити як нестійкістю мотивів учнів із РДУГ, так і негативним впливом функціональних порушень ЦНС на успішність діяльності.

Згідно з отриманими результатами розроблено практичні рекомендації щодо корекції та розвитку мотиваційної сфери учнів із розладом дефіциту уваги та гіперактивності. Вони представлені у додатку Д.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження дозволило сформулювати ряд теоретичних та практичних висновків відповідно до поставлених завдань.

1. Основними проявами РДУГ є порушення концентрації уваги, гіперактивність та імпульсивність, які не відповідають віку і призводять до значних порушень функціонування в різних сферах життя. Причиною РДУГ є біологічні чинники: органічне ураження ЦНС та генетично обумовлене порушення функцій нейротрансмітерних систем дофаміну та норадреналіну. Несформованості функцій лобової кори та її регулюючого впливу на підкоркові структури (ініціювання та гальмування активності) призводить до розладів виконавчих функцій, відповідальних за саморегуляцію поведінки: контроль імпульсів; планування та організацію цілеспрямованої діяльності; емоційну саморегуляцію, концентрацію уваги, аналіз інформації, регулювання рухової активності. Взаємодія біологічних агентів, індивідуальних характеристик дитини та її соціального середовища визначає динаміку та прогноз розвитку учня.

Через уповільнений темп функціонального дозрівання мозку діти із РДУГ у 6-7 років не готові до навчання у школі. Шкільна дезадаптація проявляється в неуспішності навчання, соціальній відчуженості та проблемах виховання особистості. Цим учням властивий дефіцит як внутрішньої, так і зовнішньої мотивації навчання; у них переважає негативна мотивація уникнення невдач та покарань. Численні неуспіхи на початку шкільної адаптації призводять до розчарування та формують пасивно-байдуже ставлення до навчальної діяльності. Порушення системи дофамінового заохочення ускладнює організацію системи підкріплення бажаної поведінки і негативно впливає на підтримку мотивації. Низька самооцінка, відчуття власної неефективності й некомпетентності призводить до подальшого відчуження від процесу навчання, водночас формує негативну Я-концепцію.

2. З метою діагностики та диференціювання розладу від нормальної поведінки застосовуються діагностичні системи DSM-V і МКХ-11 з чітко окресленими критеріями. Проте часто РДУГ не діагностується, і діти не отримують відповідної та адекватної допомоги, що може призводити до серйозних вторинних ускладнень. Проведене дослідження в початковій школі виявило 15,2 % дітей з вираженими симптомами РДУГ, які потребують спеціальної організації навчання та психологічного супроводу. Більше половини випадків представляють собою відносно легку форму з перевагою неухважності. Крім того, виявлено досить велику кількість учнів (24,00 % вибірки) з частковими проявами неухважності та гіперактивності, які можуть свідчити про підвищений ризик шкільної та соціальної дезадаптації. Всі без виключення діти з вираженими симптомами РДУГ мають серйозні порушення формування шкільних навичок та соціальної адаптації.

Вчителі та батьки по-різному оцінюють прояви РДУГ у школярів. Вчителі молодших класів більшою мірою помічають та «суворіше» оцінюють поведінкові прояви учнів, що стосуються дефіциту уваги; натомість батьки частіше відзначають труднощі, пов'язані з контролем поведінки та гіперактивністю в повсякденному житті.

3. Для багатьох молодших школярів характерна недостатня сформованість навчальної мотивації, що проявляється у відсутності стійкої пізнавальної потреби, небажанні відвідувати школу та домінуванні зовнішніх мотивів учіння (37-53 % вибірки, переважно хлопці). При цьому діти з проявами РДУГ достовірно відрізняються зниженим рівнем навчальної мотивації, помітним відставанням у розвитку пізнавальних та соціальних мотивів учіння. Розлад супроводжується специфічною структурою мотивації, що відрізняється несформованістю структурної ієрархії, в якій поряд з конструктивними мотивами виразно присутні також ігрова, зовнішня та негативна мотивація. Це може посилювати проблеми шкільної дезадаптації.

Низький рівень розвитку пізнавальних мотивів супроводжується проблемами в сфері читання, математики, низькими оцінками загальної

успішності в школі, а також більш вираженими проблемами самоорганізації. Симптоми імпульсивності/гіперактивності мають більш сильні кореляції з розладами адаптації дитини, ніж симптоми неувважності. Крім того, в групі дітей із РДУГ наявні специфічні кореляції, що свідчать про зміну структури (послаблення) зв'язків між мотивацією та успішністю навчальної діяльності. Це можна пояснити як нестійкістю мотивів учнів із РДУГ, так і негативним впливом функціональних порушень ЦНС на успішність діяльності.

Попри велику кількість слабких сторін і проблем із поведінкою, ці школярі при сприятливих умовах досягають позитивних результатів у навчанні та взаємодії з однолітками. Будь-яка програма з розвитку шкільних чи соціальних навичок для дітей із РДУГ має враховувати специфіку їхньої мотивації, що полягає в нестійкості, невпорядкованості та негайності потреб.

Дослідження показало, що дорослі часто проявляють суб'єктивність та помиляються в інтерпретації мотивів, які приписують учням з вираженим розладом поведінки. Це вимагає продовження наукових та практичних пошуків, спрямованих на вивчення мотиваційної сфери учнів з розладом дефіциту уваги та гіперактивності. Актуальнішим напрямком подальших досліджень є виявлення якісної зміни мотивації та її специфічної структури. Розуміння взаємодії навчальної мотивації та академічної успішності є основою для розробки ефективних психологічних втручань.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Атаманчук Н.М. Психологічні особливості дітей молодшого шкільного віку із синдромом гіперактивності. *Психологічний часопис*. 2018. № 1 (11). С. 9-25. URL : <http://reposit.nupr.edu.ua/handle/PolNTU/6833>
2. Байкачова К. В. Особливості навчання дітей із синдромом дефіциту уваги і гіперактивністю у початковій школі. *Проблеми сучасної педагогічної освіти. Педагогіка і психологія*. 2012. Вип. 37(2). С. 170-177. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/pspo_2012_37%282%29__29
3. Божович Л. И. Личность и ее формирование в детском возрасте : психологическое исследование. М. : Просвещение, 1968. 464 с.
4. Бояршинова К. І., Кравченко Р. І., Клепець Ю. М. та ін. (робоча група). Розлад із дефіцитом уваги та гіперактивністю у дітей та молоді : клінічна настанова, заснована на доказах. К. : Державний експертний центр МОЗ України, 2019. URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2019_09_30_kn_rozladdu.pdf
5. Гинзбург М. Р. Развитие мотивов учения детей 6-7 лет (Глава III). *Особенности психологического развития детей 6-7-летнего возраста* / под ред. Д. Б. Эльконина, А. Л. Венгера. М. : Педагогика, 1988. С. 36-44.
6. Годлевська В. Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю у дітей молодшого шкільного віку: сутність, діагностика, корекція. *Вісник Львівського університету. Серія: Психологічні науки*. 2021. Вип. 9. С. 73–78. DOI: <https://doi.org/10.30970/PS.2021.9.10>
7. Горленко В. М., Острова В. Д., Сосновенко Н. В., Ткачук І. І. Застосування діагностичних мінімумів в діяльності працівників психологічної служби : метод. реком. / заг. ред. В. Г. Панка. Київ : УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2018. 106 с.
8. Дубровина И. В., Андреева А. Д., Данилова Е. Е., Вохмянина Т. В. Младшие школьники «группы риска». *Психокоррекционная и развивающая*

работа с детьми: учеб. пособ. / под ред. И. В. Дубровиной. М.: Академия, 1998. 160 с.

9. Етіологія та патогенез гіперкінетичного розладу. *Психіатрія і наркологія* : підруч. для студентів вищ. мед. навч. закл. III–IV рівнів акредитації / за ред. О. К. Напрєєнка. Київ : Медицина, 2011. 527 с.

10. Калинина Н.В. Лукьянова М.И. Учебная мотивация школьников как показатель результативности образовательного процесса в школе. *Психолого-педагогическая диагностика учебного процесса: хрестоматия / сост. В. Л. Соколов. М. : АНО ПЭБ, 2008. С. 257–302.*

11. Климчук В. О., Горбунова В. В. Внутрішня мотивація учбової діяльності молоді. Житомир. Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2014. 111 с.

12. Колупаєва А. А., Таранченко О. М. Навчання дітей з особливими освітніми потребами в інклюзивному середовищі: навч.-метод. посібник. Харків : Ранок, 2019. 304 с.

13. Лусканова Н. Г. Методы исследования детей с трудностями в обучении : учеб.-метод. пособ. М. : Фолиум, 1999. 30 с.

14. Марценковська І. І. Дитина з розладом дефіциту уваги та гіперактивністю в українській школі: коротко про головне. *НейроNews: психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2020. № 4(115). С. 17-19.

15. Марценковська І. І. Неуважність, гіперактивність і імпульсивність як чинники академічної неуспішності у школярів. *Український вісник психоневрології*. 2009. Т. 17, Вип. 4(61). С. 34-38.

16. Марценковський І. Гіперактивність: норовливий бешкетник чи дитина, яка потребує допомоги. *УКРІНФОРМ* [публікація від 11.10.2021]. URL : <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3331033-giperaktivnist-norovlivij-besketnik-ci-ditina-aka-potrebue-dopomogi.html>

17. Міщук Т.М., Каландяк О.М. Великі проблеми мінімальної мозкової дисфункції, або що ми знаємо про моторну незграбність? *НейроNews: психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2012. №. 6-2.

18. Моделювання інклюзивного навчання дітей з особливими освітніми

потребами: синдром дефіциту уваги з гіперактивністю : електронний навчально-методичний кейс / упоряд. Н. В. Васильєва. Полтава: ПОІППО, 2020. 114 с. URL: <http://poippo.pl.ua/nml/elektronnivydannia-poippo>.

19. Оклей-Проданюк О.В. Програма корекційно-розвивальної роботи з дітьми молодшого шкільного віку із гіперактивним розладом з дефіцитом уваги. Чернівці, 2013. 72 с.

20. Перепада О.М. Синдром дефіциту уваги та гіперактивності як медико-психологічна проблема. *Проблеми сучасної психології* : зб. наук. праць КПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г.С. Костюка. 2010. Вип. 10. С. 591–601. URL: <http://journals.uran.ua/index.php/2227-6246/article/view/161551/160649>

21. Психологічна діагностика мотивації особистості до навчання в умовах інформаційного суспільства : монографія / Н. В. Пророк, Л. О. Кондратенко, Л. М. Манилова та ін.; за ред. Н. В. Пророк. Київ: Слово, 2020. 131 с.

22. Раттер М. Помощь трудным детям / пер. с англ.; общ. ред. А. С. Спиваковской. М: Прогресс, 1987. 424 с.

23. Романчук, О. Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги у дітей : практичне керівництво. Львів: Свічадо, 2015. 328 с.

24. Савчин М. В., Василенко Л. П. Вікова психологія : навч. посіб. Київ: Академія, 2005. 360 с.

25. Синопис діагностичних критеріїв DSM-V та протоколів NICE для діагностики та лікування основних психічних розладів у дітей та підлітків / перекл. з англ.; упор. та наук. ред. Л. Підлісецька. Львів : Вид-во Українського католицького університету, 2014, 112 с.

26. Скрипник Т. Розлад дефіциту уваги та гіперактивності: що потрібно знати батькам і вчителям. *Нова Українська школа*. Публікація від 9 жовтня 2019. URL: <https://nus.org.ua/view/rozlad-defitsytu-uvagy-ta-giperaktyvnosti-shho-potribno-znaty-batkam-i-vchytelyam/>

27. Сухіна І. В. Гіперактивна дитина. Харків: Ранок, Кенгуру, 2018. 40 с.
28. Ферт О. Г. Диференційований підхід до дітей з порушеннями психічного розвитку в інклюзивному освітньому процесі : дис. ... д. пед. наук : 13.00.03. Київ : НПУ імені М.П. Драгоманова, 2020. 501 с. URL: https://npu.edu.ua/images/file/vidil_aspirant/dicer/%D0%94_26.053.23/Fert.pdf
29. Ферт О. Гіперактивна дитина в школі. Стратегії корекції поведінки та академічної успішності: метод. рекомендації. Львів, 2017. 27 с.
30. Якобсон П. М. Психологические проблемы мотивации поведения человека. М. : Просвещение, 1969. 316 с.
31. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th Edition, Washington DC : American Psychiatric Pub. Inc., 2013. URL : <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
32. Barkley R. A. Attention–Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook For Diagnosis And Treatment. New York: The Guilford Press, 2006. 770 p.
33. Barkley R. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Child Psychology /* Eds. E.J. Marsh and R. Barkley. New York: Guilford Press, 1996. P. 34-67.
34. Capodieci A., Rivetti T., Cornoldi C. A Cooperative Learning Classroom Intervention for Increasing Peer’s Acceptance of Children With ADHD. *Journal of Attention Disorders*. 2019. Vol. 23(3). P. 282–292. DOI: [10.1177/1087054716666952](https://doi.org/10.1177/1087054716666952)
35. Danielson M. L., Holbrook J. R., Bitsko R. H., Newsome K., Charania S. N., McCord R. F., Kogan M. D., Blumberg S. J..State-Level Estimates of the Prevalence of Parent-Reported ADHD Diagnosis and Treatment Among U.S. Children and Adolescents, 2016 to 2019. *Journal of Attention Disorders*. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1177/10870547221099961>
36. Du Paul G.J., Jitendra A.K., Volpe R.J., Tresco K.E., Lutz J.G., Vile Junod R.E., et al. Consultation-Based Academic Interventions for Children with ADHD: Effects on Reading and Mathematics Achievement. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2006. Vol. 34. P. 633-646. <https://doi.org/10.1007/s10802-006-9046-7>

37. DuPaul G.J., Gormley M.J., Laracy S.D. School-based interventions for elementary school students with ADHD. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2014. Vol. 23(4). P. 687-697. DOI: 10.1016/j.chc.2014.05.003
38. Erskine H. E., Norman R. E., Ferrari A. J., Chan G. C., Copeland W. E., Whiteford H. A., Scott J. G. Long-term outcomes of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2016. Vol. 55(10), P. 841–850. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.06.01>
39. Fleming M., Fitton C. A., Steiner M. F., McLay J. S., Clark D., King A., Mackay D. F., Pell J. P. Educational and health outcomes of children treated for attention-deficit/hyperactivity disorder. *JAMA Pediatrics*, 2017. Vol. 171(7). e170691. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.0691>
40. Furukawa E., Bado P., Tripp G., Mattos P., Wickens J.R., Bramati I.E., et al. Abnormal Striatal BOLD Responses to Reward Anticipation and Reward Delivery in ADHD. *PLoS ONE*. 2014. Vol. 9(2). e89129. DOI: 10.1371/journal.pone.0089129
41. Gillberg C., Gillberg I. C., Rasmussen P., Kadesjö B., Söderström H., et al. Co-existing disorders in ADHD – implications for diagnosis and intervention. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2004. Vol. 13, Suppl 1. I80-92. DOI: 10.1007/s00787-004-1008-4
42. Goldstein S., Goldstein M. *Managing Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children: A Guide for Practitioner*. NY: Wiley, 1998. 896 p.
43. Hechtman, L., Swanson, J. M., Sibley, M. H., Stehli, A., Owens, E. B., et al. Functional adult outcomes 16 years after childhood diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder: MTA results. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2016. Vol. 55(11), P. 945–952. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.07.774>
44. Jensen P. S., Martin D., Cantwell D. P. Comorbidity in ADHD: implications for research, practice, and DSM-V. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1997. Vol. 36(8). P. 1065-1079.

45. Jia M., Jiang Y., Mikami A. Y. Positively biased self-perceptions in children with ADHD: Unique predictor of future maladjustment. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2016. Vol. 44(3). P. 575–586. DOI:10.1007/s10802-015-0056-1
46. Kasparek T., Theiner P., Filova A. Neurobiology of ADHD From Childhood to Adulthood: Findings of Imaging Methods. *Journal of Attention Disorders*. 2015, Vol. 19(11). P. 931–943. DOI: 10.1177/1087054713505322
47. Katunova V.V. Reasons for Reduced Learning Motivation In Students with Attention Deficit Hyperactivity Disorder *Journal of Modern Foreign Psychology*. 2019. Vol. 8(2). P. 56-66. DOI: 10.17759/jmfp.2019080206
48. Lavoie R. Motivating the Child with Attention Deficit Disorder. *The Motivation Breakthrough*. Touchstone: Simon & Schuster, 2007. URL : <https://www.ldonline.org/ld-topics/adhd/motivating-child-attention-deficit-disorder>
49. Lebowitz M. S. Stigmatization of ADHD: A Developmental Review. *Journal of Attention Disorders*. 2016. Vol. 20(3). P. 199–205. DOI: 10.1177/1087054712475211
50. Lee T., Park K. J., Lee H.-J., Kim H.-W. Clinical and Neuropsychological Characteristics of ADHD According to DSM-5 Age-of-Onset Criterion in Korean Children and Adolescents. *Journal of Attention Disorders*, 2020. Vol. 24(1), P. 20–28. DOI: 10.1177/1087054716684378
51. Lench H. C., Levine L. J., Whalen C. K. Exasperating or Exceptional? Parents' Interpretations of Their Child's ADHD Behavior. *Journal of Attention Disorders*. 2013. № 17(2). P. 141–151. DOI: 10.1177/1087054711427401
52. Loe I. M., Feldman H. M. Academic and Educational Outcomes of Children With ADHD. *Journal of Pediatric Psychology*. 2007. Vol. 32. № 6. P. 643-654. doi:10.1093/jpepsy/jsl054
53. Mannuzza S., Klein R.G., Bessler A., Malloy P., LaPadula M. Adult outcome of hyperactive boys. Educational achievement, occupational rank, and psychiatric status. *Archives of General Psychiatry* 1993. Vol. 50(7). P. 565-576. DOI: 10.1001/archpsyc.1993.01820190067007

54. McArdle P., O'Brien G., Kolvin I. Hyperactivity: prevalence and relationship with conduct disorder. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*. 1995. Vol. 36(2). P. 279-303.

55. Morsink S., Sonuga-Barke E., Mies G., Glorie N., Lemiere J., Van der Oord S., Danckaerts M. What motivates individuals with ADHD? A qualitative analysis from the adolescent's point of view. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2017. Vol. 26(8). P. 923-932. DOI:10.1007/s00787-017-0961-7

56. Morsink S., Van der Oord S., Antrop I., Danckaerts M., Scheres A. Studying Motivation in ADHD: The Role of Internal Motives and the Relevance of Self Determination Theory. *Journal of Attention Disorders*. 2022. Vol. 26(8). P. 1139–1158. DOI: 10.1177/10870547211050948

57. NICHQ, American Academy of Pediatrics. NICHQ Vanderbilt Assessment Scales (Archived). 2002. URL: **Ошибка! Недопустимый объект гиперссылки.**<https://www.nichq.org/resource/nichq-vanderbilt-assessment-scales>

58. Rogers M., Tannock R. Are Classrooms Meeting the Basic Psychological Needs of Children With ADHD Symptoms? A Self-Determination Theory Perspective. *Journal of Attention Disorders*. 2018, Vol. 22(14). P. 1354–1360.

59. Schunk D. H., Meece J. R., Pintrich P. R. Motivation in education: Theory, research, and applications. Boston: Pearson, 2014. 436 p.

60. Skalski S., Pochwatko G., Balas R. Impact of Motivation on Selected Aspects of Attention in Children with ADHD. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2021 Vol. 52(4). P. 586-595. DOI: 10.1007/s10578-020-01042-0..

61. Smith Z., Langberg J. M., Lowman C. C., Green C. Academic Motivation Deficits in Adolescents with ADHD and Associations with Academic Functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2019. Vol. 48(4). P. 1-13. DOI:10.1007/s10802-019-00601-x

62. Tabassam W., Grainger J. Self-Concept, Attributional Style and Self-Efficacy Beliefs of Students with Learning Disabilities with and without Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Learning Disability Quarterly*. 2002. Vol. 25. № 2. P. 141-151. DOI:10.2307/1511280

63. Ventouri E. ADHD and Learning Motivations. *Open Access Library Journal*, 2020. Vol. 7(8). P. 1-28. DOI: 10.4236/oalib.1106594
64. Volkow N. D., Wang G. J., Newcorn J. H., Kollins S. H., Wiga T. L., et al. Motivation deficit in ADHD is associated with dysfunction of the dopamine reward pathway. *Molecular Psychiatry*. 2011. Vol. 16(11). P. 1147–1154.
65. World Health Organization. 6A05 Attention deficit hyperactivity disorder. *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics* (Version 02/2022). URI: <https://icd.who.int/>
66. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. Version: 2019 [Электронный ресурс]. URL : <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F90>
67. Wu J., Xiao H., Sun H., Zou L., Zhu L.-Q. Role of dopamine receptors in ADHD: A systematic meta-analysis. *Molecular Neurobiology*. 2012. Vol. 45(3), P. 605–620. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12035-012-8278-5>

ДОДАТКИ

Додаток А

**КОДЕКС АКАДЕМІЧНОЇ ДОБРОЧЕСНОСТІ
НАУКОВО-ПЕДАГОГІЧНОГО ПРАЦІВНИКА
ХЕРСОНЬСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

Я, Левченко Наталія Віталіївна,
УСВІДОМЛЮЮ, що академічна доброчесність – це фундаментальна етична цінність усієї академічної спільноти світу.

ЗАЯВЛЯЮ, що у своїй освітній, науковій та інших видах діяльності **ЗОБОВ'ЯЗУЮСЯ**:

- дотримуватися:
- вимог законодавства України та внутрішніх нормативних документів університету, зокрема Статуту Університету;
 - принципів та правил академічної доброчесності;
 - нульової толерантності до академічного плагіату;
 - моральних норм та правил етичної поведінки;
 - толерантного ставлення до інших;
 - дотримуватися високого рівня культури спілкування;
- надавати згоду на безпосередню перевірку власних наукових, навчальних, навчально-методичних робіт тощо на ознаки наявності академічного плагіату за допомогою спеціалізованих програмних продуктів;
- надавати достовірну інформацію про методики й результати досліджень, джерела використаної інформації та власну науково-педагогічну (творчу) діяльність;
- контролювати дотримання академічної доброчесності здобувачами вищої освіти;
- об'єктивно й неупереджено оцінювати результати навчання здобувачів вищої освіти;
- не використовувати результати досліджень інших авторів без використання покликань на їхню роботу;
- своєю діяльністю сприяти збереженню та примноженню традицій університету, формуванню його позитивного іміджу;
- не чинити правопорушень і не сприяти їхньому скоєнню іншими особами;
- підтримувати атмосферу довіри, взаємної відповідальності та співпраці в освітньому середовищі;
- поважати честь, гідність та особисту недоторканність особи, незважаючи на її стать, вік, матеріальний стан, соціальне становище, расову належність, релігійні й політичні переконання;
- не дискримінувати людей на підставі академічного статусу, а також за національною, расовою, статевою чи іншою належністю;
- відповідально ставитися до своїх функційних обов'язків;
- запобігати виникненню у своїй діяльності конфлікту інтересів, зокрема не використовувати службових і родинних зв'язків з метою отримання нечесної переваги в різних видах діяльності;
- не брати участі в будь-якій діяльності, пов'язаній із обманом, нечесністю, фабрикацією;
- не підроблювати документи;
- не поширювати неправдиву та компрометуючу інформацію про здобувачів вищої освіти, викладачів і співробітників університету;
- не отримувати і не пропонувати винагород за несправедливе отримання будь-яких переваг або здійснення впливу на зміну отриманої академічної оцінки;
- не залякувати й не проявляти агресії та насильства проти інших, сексуальні домагання;
- не завдавати шкоди матеріальним цінностям, матеріально-технічній базі університету та особистій власності студентів та/або працівників;
- не використовувати без дозволу ректорату (деканату) символіки університету в заходах, не пов'язаних з діяльністю університету;
- не здійснювати і не заохочувати будь-яких спроб, спрямованих на те, щоб за допомогою нечесних і негідних методів досягати власних корисних цілей;
- не завдавати загрози власному здоров'ю або безпеці студентам та/або працівникам.

УСВІДОМЛЮЮ, що відповідно до чинного законодавства у разі недотримання Кодексу академічної доброчесності буду нести академічну та/або інші види відповідальності й до мене можуть бути застосовані заходи дисциплінарного характеру за порушення принципів академічної доброчесності.

20.09.2021
(дата)

Левченко
(підпис)

Наталія Левченко
(ім'я, прізвище)

Додаток Б

ОПИТУВАЛЬНИК СИМПТОМІВ ПОВЕДІНКОВИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ «NICHQ Vanderbilt» (форма для батьків)

Дата: _____ Ім'я та прізвище дитини: _____
Ім'я та прізвище особи (осіб), що заповнювала опитувальник (батьків/опікунів/інш.): _____

| Симптоми | | ніколи | рідко | часто | дуже часто |
|----------|---|--------|-------|-------|------------|
| 1. | Не зосереджується на деталях, робить ненавмисні помилки в письмових завданнях | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. | Має труднощі у виконанні завдань, які потребують тривалого зосередження уваги | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. | Часто не слухає, коли до нього говорять | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. | Не дотримується вказівок і не виконує до кінця дані доручення та завдання (однак не через навмисну відмову чи нерозуміння завдання) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. | Має проблеми з організацією діяльності та завдань | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. | Уникає, не любить чи неохоче погоджується виконувати завдання, що вимагають тривалого зосередження уваги | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. | Губить речі, необхідні для виконання завдань, або іншої діяльності (іграшки, олівці, книжки і т.д.) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. | Легко відволікається на сторонні подразники | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. | Забудькуватий у щоденній діяльності | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. | Метушливо рухає руками чи ногами, вовтузиться на місці | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. | Встає зі стільця під час уроку або в іншому місці, де вимагається сидіти | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. | Бігає довкола, усюди лазить в ситуаціях, коли вимагається залишатися на одному місці | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. | Не вміє тихо, спокійно бавитися | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. | Діє немов „заведений” - як іграшка з ввімкненим внутрішнім „моторчиком” | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. | Багато говорить | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. | Відповідає, не дослухавши до кінця запитання | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. | Не може дочекатися своєї черги | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. | Перебиває чи втручається в розмову/заняття інших | 0 | 1 | 2 | 3 |

| Успішність | | Дуже добре | Добре | Посередньо | Часом з труднощами | Значні труднощі |
|------------|------------------------------------|------------|-------|------------|--------------------|-----------------|
| 1. | Загальна оцінка успішності в школі | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. | Читання | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. | Письмо | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. | Математика | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. | Стосунки з батьками | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. | Взаємовідносини з | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|
| | братами/сестрами (якщо є) | | | | | |
| 7. | Участь в спільних/командних іграх та інших групових активностях | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. | Стосунки з однолітками | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. | Виконання інструкцій/дотримання правил | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. | Зрив дисципліни на уроці | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. | Виконання завдань та доручень | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. | Організаційні навички (самоорганізація) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. | Позитивне ставлення до школи/ бажання вчитися | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Інструменти для діагностики мотиваційної сфери молодших школярів

Анкета для визначення шкільної мотивації (за Н. Г. Лускановою)

Інструкція: Прочитай уважно кожне питання та обери один з варіантів відповіді, якій відображає тебе, твої звичні думки та поведінку. Підкресли цю відповідь у бланку.

1. Тобі подобається в школі?

- а) так;
- б) не дуже;
- в) ні.

2. Уранці ти завжди з радістю йдеш до школи чи тобі часто хочеться залишитися вдома?

- а) іду з радістю;
- б) буває по-різному;
- в) частіше хочеться залишитися вдома.

3. Якби вчитель сказав, що завтра до школи не обов'язково приходити всім учням, ти б пішов до школи чи залишився б вдома?

- а) пішов би до школи;
- б) не знаю;
- в) залишився б удома.

4. Тобі подобається, коли відмінюють уроки?

- а) не подобається;
- б) буває по-різному;
- в) подобається.

5. Ти хотів би, щоб тобі не задавали ніяких домашніх завдань?

- а) не хотів би;
- б) не знаю;
- в) хотів би.

6. Ти хотів би, щоб у школі залишилися лише перерви?

- а) ні;
- б) не знаю;
- в) хотів би.

7. Ти часто розповідаєш про школу своїм батькам і друзям?
 а) часто;
 б) рідко;
 в) не розповідаю.
8. Ти хотів би, щоб у тебе був інший, менш суворий учитель?
 а) мені подобається наш учитель;
 б) точно не знаю;
 в) хотів би.
9. У тебе в класі багато друзів?
 а) багато;
 б) мало;
 в) немає друзів.
10. Тобі подобаються твої однокласники?
 а) подобаються;
 б) не дуже;
 в) не подобаються.

Опрацювання результатів

За кожен варіант «а» — 3 бали, варіант «б» — 1 бал, варіант «в» — 0 балів.

25-30 балів — сформоване ставлення до себе як до школяра, висока навчальна активність.

20-24 бала — ставлення до себе як до школяра практично сформоване.

15-19 балів — позитивне ставлення до школи, але школа більше приваблює поза навчальними сторонами.

10-14 балів — ставлення до себе як до школяра не сформоване.

Менше 10 балів — негативне ставлення до школи

Методика вивчення навчальної мотивації за підсумками навчання в I класі Н. В. Калиніної та М. І. Лук'янової (авторська модифікація)

Інструкція. «Для закінчення кожного речення вибери із запропонованих відповідей, ту яка підходить для тебе найбільше. Якщо тобі підходять декілька варіантів, можеш обрати декілька відповідей, але не більше трьох. Поруч із обраними відповідями постав знак «+».

1. Я навчаюсь у школі, бо...

- а) мене змушують батьки;
 б) мені подобається вчитися;
 в) я почуваю себе дорослим;
 г) я люблю добрі оцінки;
 д) в майбутньому хочу здобути хорошу професію;
 е) тут весело та багато друзів. з якими можна грати.
 і) не хочу бути дурнем.

2. Найцікавіше на уроці...

- а) ігри та фізкультхвилинки;
 б) хороші оцінки;
 в) спілкування із друзями;
 г) похвала вчителя;
 д) пізнання нового та виконання завдання;

- е) готуватися до дорослого життя,
- і) нічого.

3. Я намагаюся вчитися краще, щоб...

- а) отримати хорошу відмітку;
- б) більше знати та вміти;
- в) мені купували гарні речі;
- г) у мене було більше друзів;
- д) мене любила та хвалила вчителька;
- е) з мене не глузували і не насміхалися;
- і) приносити користь, коли виросту.

4. Якщо я отримую хорошу оцінку, мені подобається, що...

- а) я добре все вивчив(ла);
- б) у щоденнику та журналі стоїть хороша оцінка;
- в) вчителька буде рада;
- г) вдома мене похвалять і батьки будуть задоволені;
- д) зможу більше пограти на вулиці або в комп'ютер;
- е) я впізнаю більше нового,
- і) вдома мене не сваритимуть.

Опрацювання результатів

Кожен варіант відповіді має певну кількість балів залежно від цього, який саме мотив проявляється у запропонованому відповіді.

Ключ

| Варіанти | Кількість балів за номерами запитань | | | |
|----------|--------------------------------------|------------------|------------------|------------------|
| | № 1 | № 2 | № 3 | № 4 |
| а) | 0 (зовнішній) | 1 (ігровий) | 2 (оціночний) | 5 (пізнавальний) |
| б) | 5 (пізнавальний) | 2 (оціночний) | 5 (пізнавальний) | 2 (оціночний) |
| в) | 3 (позиційний) | 3 (позиційний) | 0 (зовнішній) | 3 (позиційний) |
| г) | 2 (оціночний) | 0 (зовнішній) | 1 (ігровий) | 0 (зовнішній) |
| д) | 4 (соціальний) | 5 (пізнавальний) | 3 (позиційний) | 1 (ігровий) |
| е) | 1 (ігровий) | 4 (соціальний) | 0 (негативний) | 4 (соціальний) |
| і) | 0 (негативний) | 0 (негативний) | 4 (соціальний) | 0 (негативний) |

Бали підсумовуються і з оціночної таблиці виявляється підсумковий рівень мотивації.

| Рівні мотивації | Кількість балів за номерами | | | | Сума балів підсумкового рівня мотивації |
|-----------------|-----------------------------|-----|-----|-----|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| I | 5 | 5 | 5 | 5 | 17—20 |
| II | 4 | 4 | 4 | 4 | 13—16 |
| III | 3 | 3 | 3 | 3 | 9—12 |
| IV | 2 | 2 | 2 | 2 | 5—8 |
| V | 0—1 | 0—1 | 0—1 | 0—1 | 0—4 |

Додаток В
Порівняльний аналіз експертних оцінок стосовно вираженості РДУГ у
молодших школярів

Статистики парних вибірок

| | | Середнє | N | Станд. відхилення | Стд. помилка середнього |
|--------|-----------------|---------|-----|----------------------|----------------------------|
| Пара 1 | батьки_РДУГ_Н | 2,7760 | 125 | 1,9170 | ,1714 |
| | вчителі_РДУГ_Н | 3,0720 | 125 | 1,8586 | ,1662 |
| Пара 2 | батьки_РДУГ_ГІ | 2,1040 | 125 | 1,9667 | ,1759 |
| | вчителі_РДУГ_ГІ | 1,6800 | 125 | 1,6781 | ,1501 |
| Пара 3 | батьки_РДУГ | 4,8720 | 125 | 3,1673 | ,2832 |
| | вчителі_РДУГ | 4,7600 | 125 | 2,9331 | ,2623 |

Кореляції парних вибірок

| | | N | Корреляція | Знч. |
|--------|------------------|-----|------------|------|
| Пара 1 | батьки_РДУГ_Н & | 125 | ,714 | ,000 |
| | вчителі_РДУГ_Н | | | |
| Пара 2 | батьки_РДУГ_ГІ & | 125 | ,690 | ,000 |
| | вчителі_РДУГ_ГІ | | | |
| Пара 3 | батьки_РДУГ & | 125 | ,727 | ,000 |
| | вчителі_РДУГ | | | |

Критерій парних вибірок

| | Парні різниці | | | | | t | ст. св. | Знач- ть (2- стор) | |
|--------|-------------------------------------|---------------------------|------------------------|--|---------------|--------|------------|--------------------------|------|
| | Серед- нє | Станд. відхи- лення | Станд. помил -ка | 95% довір. інтервал різни- ці середніх | | | | | |
| | | | | Нижн. межа | Верх. межа | | | | |
| Пара 1 | батьки_РДУГ_Н - вчителі_РДУГ_Н | -,2960 | ,7831 | ,0700 | -,4346 | -,1573 | -4,226 | 124 | ,000 |
| Пара 2 | батьки_РДУГ_ГІ - вчителі_РДУГ_ГІ | ,4240 | ,9003 | ,0805 | ,2646 | ,5834 | 5,265 | 124 | ,000 |
| Пара 3 | батьки_РДУГ - вчителі_РДУГ | ,1120 | 1,1860 | ,1060 | -,0979 | ,3219 | 1,056 | 124 | ,293 |

Додаток Г

Однофакторний дисперсійний аналіз

Описові статистики

| | | N | Среднее | Стд. отклонение | Стд. Ошибка | 95% доверительный интервал для среднего | | Миним ум | Макси мум |
|----------------------------|-------|-----|---------|--------------------|----------------|---|-------------------|-------------|--------------|
| | | | | | | Нижня граница | Верхня граница | | |
| батьки_РДУГ_Н | ,00 | 76 | 1,6974 | 1,14333 | ,13115 | 1,4361 | 1,9586 | ,00 | 5,00 |
| | 1,00 | 19 | 5,5789 | 1,89490 | ,43472 | 4,6656 | 6,4923 | 1,00 | 8,00 |
| | 2,00 | 30 | 3,7333 | ,98027 | ,17897 | 3,3673 | 4,0994 | 1,00 | 5,00 |
| | Итого | 125 | 2,7760 | 1,91709 | ,17147 | 2,4366 | 3,1154 | ,00 | 8,00 |
| батьки_РДУГ_ГІ | ,00 | 76 | 1,1842 | 1,20787 | ,13855 | ,9082 | 1,4602 | ,00 | 5,00 |
| | 1,00 | 19 | 4,1053 | 2,62244 | ,60163 | 2,8413 | 5,3692 | ,00 | 9,00 |
| | 2,00 | 30 | 3,1667 | 1,57750 | ,28801 | 2,5776 | 3,7557 | ,00 | 7,00 |
| | Итого | 125 | 2,1040 | 1,96676 | ,17591 | 1,7558 | 2,4522 | ,00 | 9,00 |
| батьки_РДУГ | ,00 | 76 | 2,8816 | 1,64898 | ,18915 | 2,5048 | 3,2584 | ,00 | 7,00 |
| | 1,00 | 19 | 9,6842 | 2,35826 | ,54102 | 8,5476 | 10,8209 | 6,00 | 13,00 |
| | 2,00 | 30 | 6,8667 | 1,65536 | ,30223 | 6,2485 | 7,4848 | 4,00 | 10,00 |
| | Итого | 125 | 4,8720 | 3,16731 | ,28329 | 4,3113 | 5,4327 | ,00 | 13,00 |
| вчителі_РДУГ_Н | ,00 | 76 | 1,9868 | 1,03915 | ,11920 | 1,7494 | 2,2243 | ,00 | 5,00 |
| | 1,00 | 19 | 5,9474 | 1,71509 | ,39347 | 5,1207 | 6,7740 | 2,00 | 8,00 |
| | 2,00 | 30 | 4,0000 | ,87099 | ,15902 | 3,6748 | 4,3252 | 2,00 | 5,00 |
| | Итого | 125 | 3,0720 | 1,85862 | ,16624 | 2,7430 | 3,4010 | ,00 | 8,00 |
| вчителі_РДУГ_ГІ | ,00 | 76 | ,9211 | ,97657 | ,11202 | ,6979 | 1,1442 | ,00 | 3,00 |
| | 1,00 | 19 | 3,5263 | 2,34209 | ,53731 | 2,3975 | 4,6552 | ,00 | 7,00 |
| | 2,00 | 30 | 2,4333 | 1,35655 | ,24767 | 1,9268 | 2,9399 | ,00 | 4,00 |
| | Итого | 125 | 1,6800 | 1,67813 | ,15010 | 1,3829 | 1,9771 | ,00 | 7,00 |
| вчителі_РДУГ | ,00 | 76 | 2,9211 | 1,55575 | ,17846 | 2,5655 | 3,2766 | ,00 | 7,00 |
| | 1,00 | 19 | 9,4737 | 1,92551 | ,44174 | 8,5456 | 10,4018 | 7,00 | 13,00 |
| | 2,00 | 30 | 6,4333 | 1,38174 | ,25227 | 5,9174 | 6,9493 | 4,00 | 9,00 |
| | Итого | 125 | 4,7600 | 2,93313 | ,26235 | 4,2407 | 5,2793 | ,00 | 13,00 |
| Читання | ,00 | 76 | 1,8421 | ,95293 | ,10931 | 1,6244 | 2,0599 | 1,00 | 5,00 |
| | 1,00 | 19 | 2,8421 | ,95819 | ,21982 | 2,3803 | 3,3039 | 1,00 | 4,00 |
| | 2,00 | 30 | 2,5333 | 1,07425 | ,19613 | 2,1322 | 2,9345 | 1,00 | 5,00 |
| | Итого | 125 | 2,1600 | 1,05800 | ,09463 | 1,9727 | 2,3473 | 1,00 | 5,00 |
| Письмо | ,00 | 76 | 2,5000 | 1,27017 | ,14570 | 2,2098 | 2,7902 | 1,00 | 5,00 |
| | 1,00 | 19 | 3,3158 | 1,20428 | ,27628 | 2,7353 | 3,8962 | 1,00 | 5,00 |
| | 2,00 | 30 | 3,0667 | 1,08066 | ,19730 | 2,6631 | 3,4702 | 1,00 | 5,00 |
| | Итого | 125 | 2,7600 | 1,25338 | ,11211 | 2,5381 | 2,9819 | 1,00 | 5,00 |
| Математика | ,00 | 76 | 2,0263 | ,90883 | ,10425 | 1,8186 | 2,2340 | 1,00 | 5,00 |
| | 1,00 | 19 | 2,3684 | 1,11607 | ,25604 | 1,8305 | 2,9063 | 1,00 | 4,00 |
| | 2,00 | 30 | 2,6333 | 1,15917 | ,21163 | 2,2005 | 3,0662 | 1,00 | 5,00 |
| | Итого | 125 | 2,2240 | 1,03069 | ,09219 | 2,0415 | 2,4065 | 1,00 | 5,00 |
| Шкільна_успішність | ,00 | 76 | 6,3684 | 2,43772 | ,27963 | 5,8114 | 6,9255 | 3,00 | 12,00 |
| | 1,00 | 19 | 8,5263 | 2,26981 | ,52073 | 7,4323 | 9,6203 | 4,00 | 12,00 |
| | 2,00 | 30 | 8,2333 | 2,23889 | ,40876 | 7,3973 | 9,0693 | 4,00 | 14,00 |
| | Итого | 125 | 7,1440 | 2,54224 | ,22738 | 6,6939 | 7,5941 | 3,00 | 14,00 |
| Стосунки_в_родині | ,00 | 76 | 2,8421 | 1,48820 | ,17071 | 2,5020 | 3,1822 | 1,00 | 5,00 |
| | 1,00 | 19 | 3,2632 | 1,28418 | ,29461 | 2,6442 | 3,8821 | 1,00 | 5,00 |
| | 2,00 | 30 | 3,2667 | 1,08066 | ,19730 | 2,8631 | 3,6702 | 1,00 | 5,00 |
| | Итого | 125 | 3,0080 | 1,37663 | ,12313 | 2,7643 | 3,2517 | 1,00 | 5,00 |
| Стосунки_з_однолітк ами | ,00 | 76 | 2,6711 | 1,01177 | ,11606 | 2,4399 | 2,9023 | 1,00 | 5,00 |
| | 1,00 | 19 | 2,9474 | ,97032 | ,22261 | 2,4797 | 3,4150 | 1,00 | 5,00 |
| | 2,00 | 30 | 2,5000 | 1,19626 | ,21841 | 2,0533 | 2,9467 | 1,00 | 5,00 |
| | Итого | 125 | 2,6720 | 1,05323 | ,09420 | 2,4855 | 2,8585 | 1,00 | 5,00 |
| Групова_активність | ,00 | 76 | 2,6053 | 1,03381 | ,11859 | 2,3690 | 2,8415 | 1,00 | 5,00 |
| | 1,00 | 19 | 3,1053 | 1,32894 | ,30488 | 2,4647 | 3,7458 | 1,00 | 5,00 |
| | 2,00 | 30 | 2,4333 | 1,16511 | ,21272 | 1,9983 | 2,8684 | 1,00 | 5,00 |
| | Итого | 125 | 2,6400 | 1,12451 | ,10058 | 2,4409 | 2,8391 | 1,00 | 5,00 |

| | | | | | | | | | |
|------------------------------|-------|-----|---------|---------|---------|---------|---------|------|-------|
| Дотримання_інструкцій_правил | ,00 | 76 | 2,6316 | 1,37445 | ,15766 | 2,3175 | 2,9457 | 1,00 | 5,00 |
| | 1,00 | 19 | 3,5789 | 1,16980 | ,26837 | 3,0151 | 4,1428 | 1,00 | 5,00 |
| | 2,00 | 30 | 3,0000 | 1,31306 | ,23973 | 2,5097 | 3,4903 | 1,00 | 5,00 |
| | Итого | 125 | 2,8640 | 1,36396 | ,12200 | 2,6225 | 3,1055 | 1,00 | 5,00 |
| Виконання_завдань | ,00 | 76 | 2,1974 | 1,33686 | ,15335 | 1,8919 | 2,5029 | 1,00 | 5,00 |
| | 1,00 | 19 | 3,1053 | 1,28646 | ,29513 | 2,4852 | 3,7253 | 1,00 | 5,00 |
| | 2,00 | 30 | 3,1667 | 1,20583 | ,22015 | 2,7164 | 3,6169 | 1,00 | 5,00 |
| | Итого | 125 | 2,5680 | 1,36981 | ,12252 | 2,3255 | 2,8105 | 1,00 | 5,00 |
| Зрив_дисципліни | ,00 | 76 | 1,9737 | 1,13106 | ,12974 | 1,7152 | 2,2321 | 1,00 | 5,00 |
| | 1,00 | 19 | 2,2105 | 1,18223 | ,27122 | 1,6407 | 2,7803 | 1,00 | 5,00 |
| | 2,00 | 30 | 2,1000 | 1,02889 | ,18785 | 1,7158 | 2,4842 | 1,00 | 4,00 |
| | Итого | 125 | 2,0400 | 1,11007 | ,09929 | 1,8435 | 2,2365 | 1,00 | 5,00 |
| Самоорганізація | ,00 | 76 | 2,7105 | 1,17548 | ,13484 | 2,4419 | 2,9791 | 1,00 | 5,00 |
| | 1,00 | 19 | 3,1053 | 1,10024 | ,25241 | 2,5750 | 3,6356 | 1,00 | 5,00 |
| | 2,00 | 30 | 3,4667 | 1,10589 | ,20191 | 3,0537 | 3,8796 | 1,00 | 5,00 |
| | Итого | 125 | 2,9520 | 1,18360 | ,10586 | 2,7425 | 3,1615 | 1,00 | 5,00 |
| Бажання_навчатись | ,00 | 76 | 2,3816 | 1,18847 | ,13633 | 2,1100 | 2,6532 | 1,00 | 5,00 |
| | 1,00 | 19 | 3,4211 | 1,01739 | ,23341 | 2,9307 | 3,9114 | 1,00 | 5,00 |
| | 2,00 | 30 | 3,2667 | 1,04826 | ,19139 | 2,8752 | 3,6581 | 1,00 | 5,00 |
| | Итого | 125 | 2,7520 | 1,21586 | ,10875 | 2,5368 | 2,9672 | 1,00 | 5,00 |
| Гінзбург | ,00 | 76 | 11,4868 | 4,06446 | ,46623 | 10,5581 | 12,4156 | 1,00 | 19,00 |
| | 1,00 | 19 | 8,3684 | 3,84723 | ,88261 | 6,5141 | 10,2227 | 2,00 | 19,00 |
| | 2,00 | 30 | 7,6333 | 4,78131 | ,87294 | 5,8480 | 9,4187 | 1,00 | 17,00 |
| | Итого | 125 | 10,0880 | 4,53840 | ,40593 | 9,2846 | 10,8914 | 1,00 | 19,00 |
| Лусканова | ,00 | 76 | 16,1711 | 6,04072 | ,69292 | 14,7907 | 17,5514 | 2,00 | 27,00 |
| | 1,00 | 19 | 10,4737 | 4,42679 | 1,01558 | 8,3400 | 12,6073 | 2,00 | 17,00 |
| | 2,00 | 30 | 11,0333 | 5,69624 | 1,03999 | 8,9063 | 13,1603 | 4,00 | 26,00 |
| | Итого | 125 | 14,0720 | 6,27871 | ,56158 | 12,9605 | 15,1835 | 2,00 | 27,00 |

Дисперсійний аналіз

| | | Сумма квадратов | ст.св. | Средний квадрат | F | Знч. |
|-----------------|----------------|--------------------|--------|--------------------|---------|------|
| батьки_РДУГ_Н | Между группами | 265,190 | 2 | 132,595 | 84,900 | ,000 |
| | Внутри групп | 190,538 | 122 | 1,562 | | |
| | Итого | 455,728 | 124 | | | |
| батьки_РДУГ_ГІ | Между группами | 174,271 | 2 | 87,135 | 34,811 | ,000 |
| | Внутри групп | 305,377 | 122 | 2,503 | | |
| | Итого | 479,648 | 124 | | | |
| батьки_РДУГ | Между группами | 860,446 | 2 | 430,223 | 136,861 | ,000 |
| | Внутри групп | 383,506 | 122 | 3,143 | | |
| | Итого | 1243,952 | 124 | | | |
| вчителі_РДУГ_Н | Между группами | 272,418 | 2 | 136,209 | 106,567 | ,000 |
| | Внутри групп | 155,934 | 122 | 1,278 | | |
| | Итого | 428,352 | 124 | | | |
| вчителі_РДУГ_ГІ | Между группами | 125,570 | 2 | 62,785 | 34,252 | ,000 |
| | Внутри групп | 223,630 | 122 | 1,833 | | |
| | Итого | 349,200 | 124 | | | |
| вчителі_РДУГ | Между группами | 763,170 | 2 | 381,585 | 153,323 | ,000 |
| | Внутри групп | 303,630 | 122 | 2,489 | | |
| | Итого | 1066,800 | 124 | | | |
| Читання | Между группами | 20,702 | 2 | 10,351 | 10,693 | ,000 |
| | Внутри групп | 118,098 | 122 | ,968 | | |
| | Итого | 138,800 | 124 | | | |
| Письмо | Между группами | 13,828 | 2 | 6,914 | 4,661 | ,011 |
| | Внутри групп | 180,972 | 122 | 1,483 | | |
| | Итого | 194,800 | 124 | | | |
| Математика | Между группами | 8,393 | 2 | 4,196 | 4,151 | ,018 |

| | | | | | | |
|----------------------------------|---------------|----------|-----|---------|--------|------|
| | Внутри груп | 123,335 | 122 | 1,011 | | |
| | Итого | 131,728 | 124 | | | |
| Шкільна_успішність | Между групами | 117,620 | 2 | 58,810 | 10,493 | ,000 |
| | Внутри груп | 683,788 | 122 | 5,605 | | |
| | Итого | 801,408 | 124 | | | |
| Стосунки_в_родині | Между групами | 5,336 | 2 | 2,668 | 1,417 | ,246 |
| | Внутри груп | 229,656 | 122 | 1,882 | | |
| | Итого | 234,992 | 124 | | | |
| Стосунки_з_однолітк ми | Между групами | 2,328 | 2 | 1,164 | 1,050 | ,353 |
| | Внутри груп | 135,224 | 122 | 1,108 | | |
| | Итого | 137,552 | 124 | | | |
| Групова_активність | Между групами | 5,486 | 2 | 2,743 | 2,212 | ,114 |
| | Внутри груп | 151,314 | 122 | 1,240 | | |
| | Итого | 156,800 | 124 | | | |
| Дотримання_інструкці й_правил | Между групами | 14,372 | 2 | 7,186 | 4,053 | ,020 |
| | Внутри груп | 216,316 | 122 | 1,773 | | |
| | Итого | 230,688 | 124 | | | |
| Виконання_завдань | Между групами | 26,676 | 2 | 13,338 | 7,899 | ,001 |
| | Внутри груп | 205,996 | 122 | 1,688 | | |
| | Итого | 232,672 | 124 | | | |
| Зрив_дисципліни | Между групами | ,995 | 2 | ,497 | ,400 | ,671 |
| | Внутри груп | 151,805 | 122 | 1,244 | | |
| | Итого | 152,800 | 124 | | | |
| Самоорганізація | Между групами | 12,824 | 2 | 6,412 | 4,862 | ,009 |
| | Внутри груп | 160,888 | 122 | 1,319 | | |
| | Итого | 173,712 | 124 | | | |
| Бажання_навчатись | Между групами | 26,880 | 2 | 13,440 | 10,482 | ,000 |
| | Внутри груп | 156,432 | 122 | 1,282 | | |
| | Итого | 183,312 | 124 | | | |
| Гінзбург | Между групами | 385,657 | 2 | 192,829 | 10,849 | ,000 |
| | Внутри груп | 2168,375 | 122 | 17,774 | | |
| | Итого | 2554,032 | 124 | | | |
| Лусканова | Между групами | 857,872 | 2 | 428,936 | 12,984 | ,000 |
| | Внутри груп | 4030,480 | 122 | 33,037 | | |
| | Итого | 4888,352 | 124 | | | |

Додаток Д. Рекомендації щодо корекції та розвитку мотиваційної сфери учнів із розладом дефіциту уваги та гіперактивності

Надаючи рекомендації з гармонізації особистості дітей із РДУГ, спеціалісти підкреслюють визначальний вплив макро- та мікросередовища. Якщо відсутнє терпіння, розуміння й тепле ставлення до дитини, то після корекції ознаки порушень поведінки можуть залишатися і навіть посилюватися (Н. В. Васильєва, 2020) [18]. Не випадково, рекомендаціями першої черги є саме просвітницька робота з батьками, що забезпечує сприятливе середовище для розвитку дитини із РДУГ (Л. Підлісецька, 2014) [25]. Для підтримки таких дітей батькам (та іншим дорослим) важливо прийняти проблему як даність та зрозуміти, що ані тиск, ані покарання не зможуть покращити ситуацію.

Сьогодні існує багато літератури з рекомендаціями для вчителів та батьків гіперактивної дитини (М. Раттер, 1987; О. Романчук, 2015; І. Сухіна 2018 та ін.) [12; 22; 23; 27], українськими спеціалістами розроблені спеціальні програми корекційно-розвивальної роботи з молодшими школярами із РДУГ (О. В. Оклеї-Проданюк, 2013; О. Г. Ферт, 2017 та ін.) [19; 28]. Але будь-яка програма з розвитку шкільних чи соціальних навичок для дітей із РДУГ має враховувати специфіку їхньої мотивації, що полягає в нестійкості, невпорядкованості та негайності потреб.

Узагальнюючи інформацію з цих джерел, виділимо рекомендації, що стосуються саме мотивації дітей з синдромом дефіциту уваги:

- Дотримуватися «позитивної моделі» відносин і заохочувати бажану поведінку: хвалити дитину в кожному випадку, коли вона цього заслужила, підкреслювати її успіхи та посилювати впевненість дитини у власних силах.
- Будувати комунікацію не на покаранні, а на заохоченні: діти із РДУГ рідше за однолітків отримують позитивні відгуки, тому їм особливо важливо чути похвалу та знати, що її цінують.
- Надати учням необхідну підтримку і винагороду за кожне зусилля. Винагорода може бути реалізована через вербальні та невербальні засоби комунікації, такі як оплески, позитивно заряджені слова, поцілунок, обійми, тощо (в школі це можуть бути значки-винагороди, що при накопиченні дозволяють отримати цінний «приз»). Тоді повторення певних дій може бути вмотивованим для дитини із РДУГ.
- Не приймати хорошу поведінку як належну. Хвалити та підкріпляти дитину за те, що вона не перебиває, терпляче очікує, залишається на своєму місці, продовжує виконувати завдання, співпрацює, тощо.
- У співпраці з іншими фахівцями чітко з'ясувати сильні й слабкі сторони учня, щоб призначити йому діяльність, яка їм відповідатиме і водночас активуватиме мотивацію (напр., роздача листівок із вправами в класі).
- Давати дитині тільки одне посильне завдання на певний відрізок часу, щоб вона могла його завершити. Дозувати виконання великих завдань, пропонувати їх у вигляді послідовних частин; регулярно контролювати хід роботи над кожною з частин, вносячи необхідні корективи.
- Будь-які заохочення та настанови давати дитині у ясній та спокійній формі, без сарказму або іронії, інакше вона може сприйняти їх як покарання.
- Звертати увагу на стан учня і реагувати на нього: помічати втомленість, відволікання чи поринання у власні думки, бажання рухатись, тощо.
- Використовувати особистий сигнал, який можна посилати дитині, якщо її поведінка або увага починають погіршуватись.
- Не залишати дитину наодинці із завданням, надати їй можливість швидко звертатися за допомогою дорослого у випадках ускладнень.

У психологічних дослідженнях виділено суттєві умови, що дозволяють формувати в дитини здатність самостійно керувати своєю поведінкою:

1) *Наявність у дитини досить сильного та довготривалого мотиву.* Ставлячи перед учнем певні цілі (краще вчитися, дотримуватись шкільних правил, вчасно робити уроки та ін.), необхідно враховувати зміст мотивів, які для неї *реально діють*. Тільки такі мотиви здатні надати активності дитини особистісний сенс і спонукати її виконувати вимоги дорослого, які в цьому випадку збігатимуться з власними потребами. Тобто мета, що задається ззовні дорослими, має бути включена в значимий для дитини мотиваційний контекст. Необхідно враховувати особливості змісту мотивації, що склалися в індивідуальному досвіді школяра (купівля бажаної речі, гра в комп'ютер, відвідування спортивної секції, і т.ін.), та вводити нові мотиви, які з часом стають внутрішніми сенсами діяльності (Дубровіна І. В. та ін., 1998) [8].

2) *Запровадження обмежувальної мети* при виконанні дитиною непривабливої для неї діяльності (критерії успішного виконання). Це дозволяє вирішити конфлікт між протилежними мотиваційними тенденціями: виконати вимогу дорослого, що важливо для молодшого школяра, і водночас реалізувати прагнення припинити нецікаве заняття. Таку ціль перед дитиною потрібно ставити вчасно на початку роботи, найкраще заздалегідь.

3) *Розчленування складної форми засвоєваної поведінки* на відносно самостійні та невеликі дії. Загальна мета, навіть якщо вона відразу приймається дитиною позитивно, має бути конкретизована в конкретних цілях та завданнях, досягнення кожного з яких є реальним та доступним. Поставлені перед дитиною цілі мають бути не загальними, а дуже конкретними, спрямованими на оволодіння окремими елементами поведінки, які легко можна контролювати (наприклад, не «виправити свою поведінку», а не вигукувати відповідь під час уроку). Конкретну мету потрібно ставити безпосередньо перед тим, як вона має бути виконана; спершу на короткий термін, поступово збільшуючи час виконання по мірі оволодіння новою формою поведінки. При цьому корисно фіксувати успіхи дитини та контроль поставлених цілей в спеціальному щоденнику.

4) *Наявність зовнішніх засобів, що виконують роль наочної опори* при оволодінні певною поведінкою, допомагають дитині працювати без відволікань та контролювати свої дії (наприклад пісочний годинник, що допомагає дитині регулювати темп власної діяльності).

О. Романчук пояснює, дітей із РДУГ мають *вузьке вікно внутрішнього часу*, тому стають заручниками обставин «тут і зараз» і багато життєвих труднощів заскочують їх зненацька. Їхня діяльність визначається лише негайними чи дуже близькими у часі факторами, які мотивують поведінку. Від батьків таких дітей можна чути: «Вони бачать тільки те, що перед носом, і не думають про завтрашній день» – діти настільки захоплені тим, що є тут і зараз, що ніби не бачать проблем, які можуть виникнути. Якщо дитина з РДУГ не отримає зовнішньої допомоги від батьків або педагогів, щоб працювати на віддалені цілі та протистояти негайним спокусам, з часом невдачі можуть призвести до серйозних вторинних труднощів. Проблеми в навчанні та міжособистісних відносинах накопичуються, перетворюючи життя на зачароване коло втрат, відчуження та розчарування. Безвідповідальна поведінка призводить до стигматизації та посилює соціальну ізоляцію дитини (Романчук О., 2015) [23].

Усвідомлення одного з центральних дефіцитів при РДУГ – «вузького вікна внутрішнього часу» – допомагає зрозуміти механізм керування поведінкою таких учнів: дорослим необхідно бути близько до дитини, забезпечувати ретельне спостереження за її поведінкою та організовувати таку систему заохочень та покарань, яка діє у вимірі «тут і зараз», мотивуючи дитину до відповідних дій. Дитина з РДУГ потребує негайних, частих і сильних (тобто значущих для неї) заохочень і санкцій – це допомагає утримати її поведінку в потрібному руслі. Так, дитину мало мотивують до виконання уроків слова про те, що отримані знання стануть у нагоді в дорослому віці. Але якщо вона знає, що за кожен добре виконаний урок отримає один жетон, а коли назбирає п'ять жетонів, то може

використати їх, вибравши з «меню нагород», це її ефективно мотивує. Інший спосіб – зробити уроки цікавими, захоплюючими, щоб дитина змогла відкрити радість пізнання і це стало її негайною винагородою (Романчук О, 2015) [23].

Отже, базовий принцип управління поведінкою дитини з РДУГ полягає в наступному: дорослий керує поведінкою дитини лише настільки, наскільки контролює негайні наслідки цієї поведінки. Бажана поведінка має супроводжуватися сильними, частими, негайними заохоченнями, а небажана – такими ж покараннями. Система поведінкового керівництва із негайною системою заохочень та покарань для дітей із РДУГ необхідна, принаймні на деякий час. Вона компенсує біологічно обумовлену слабкість внутрішніх гальм та вузьке вікно внутрішнього часу. З віковим дозріванням мозку та набуттям життєвого досвіду це вікно може розширюватися і здатність до самоконтролю покращуватися (Романчук О, 2015) [23].

Е. Вентурі підкреслює, що ставлення батьків до поведінкових проблем дитини із РДУГ має ґрунтуватися на розумінні, підтримці та прийнятті своєї дитини, щоб сформувати у неї позитивне самосприйняття. В даному контексті самооцінка нерозривно пов'язана зі здатністю до самоконтролю та саморегуляції, оскільки дитина, що керує своєю діяльністю та емоціями, почувається більш дієздатною (Ventouri E., 2020) [63].

Щоб зробити стратегію боротьби із РДУГ ефективнішою, необхідно розвивати співпрацю між батьками, психологами та вчителями. Важливо повідомити вчителів про діагноз учня, тільки то його отримано, щоб вони могли допомогти дитині у навчальному процесі за рахунок формування відповідних прийомів навчання та недопущення некоректної поведінки. Вчителі, яким доводиться мати справу з учнями із РДУГ, повинні знати і розуміти природу розладу, його типові прояви, способи впливу на навчання дитини, щоб задовольнити особливі потреби кожного учня. У школі існує два головні фактори, за допомогою може бути організована допомога дітям із РДУГ: а) організація середовища та навчального процесу; б) поведінка вчителя. Вчителі мають використовувати методи, повністю позбавлені глузування, критики та негативного ставлення до учня. Крім того, вчитель повинен сприяти відродженню їх морального духу, розвитку самооцінки та впевненості у собі. Звичайно, необхідна співпраця та регулярні зустрічі з батьками дитини, як для їх інформування, так і для створення середовища для мобілізації та підтримки дитини (Ventouri E., 2020) [63].

Р. Лавуа уточнює, що наскільки це можливо, навчальні програми для дітей із РДУГ мають бути стимулюючими та відповідати життєвому досвіду учнів. Навчання, яке не відповідає інтересам учня, не цікаве і не складне, призводить до низької залученості, деструктивної поведінки, поганої успішності. Ці діти переважно живуть у теперішньому. Тому довгострокові цілі та винагороди (такі як оцінки та табелі успішності) найчастіше є неефективними мотиваторами. Світогляд «тут і зараз» має враховуватися при розробці заходів та підходів для мотивації дитини з РДУГ [48].

Варто пам'ятати, що РДУГ дає дитині, окрім проблем, і певні позитивні якості – ці учні часто безпосередні, творчі, артистичні, мають великий запас енергії і невичерпну силу до життя, лідерські здібності. Треба розкривати та розвивати саме таланти дітей, адже від них і від віри в дитини себе залежить можливість її майбутньої повноцінної самореалізації (Сухіна І.В., 2018) [27].

Отже, за певних умов молодші школярі із РДУГ здатні навчитися самомотивації та організації власної поведінки відповідно до заданих цілей та власних намірів. Найважливішою умовою розвитку довільності є участь дорослого, який доброзичливо та впевнено спрямовує зусилля дитини.