КУРСОВА РОБОТА

з практичної психології на тему:

Психологічні особливості гіперактивності молодшого школяра

Зміст

Вступ

Розділ 1. Теоретичне вивчення проблеми гіперактивності в психології

.1 Психолого-педагогічні засади вивчення гіперактивності

.2 Загальна характеристика гіперактивної поведінки дітей молодшого шкільного віку: особливості, причини та фактори ризику

.3 Вікові особливості молодшого школяра

Розділ 2. Емпіричне дослідження гіперактивної поведінки дітей молодшого шкільного віку

.1 Діагностичні методики дослідження гіперактивної поведінки молодших школярів

.2 Аналіз результатів дослідження гіперактивності дітей молодшого шкільного віку

Розділ 3. Психокорекційна робота психолога з молодшими школярами, що мають гіперактивну поведінку

.1 Особливості соціально-педагогічної та психологічної діяльності з гіперактивними дітьми

.2 Корекційна робота психолога з дітьми, що мають гіперактивну поведінку та рекомендації

Висновок

Список використаної літератури

Додатки

Вступ

Актуальність проблеми. Одним з важливих завдань сучасної школи є досягнення найбільш ефективної форми організації навчальної діяльності дітей. Для цього необхідно знати природу та закономірності індивідуальних особливостей дітей як суб'єктів навчальної діяльності. Проблема надання допомоги гіперактивним дітям багато років є актуальною в педагогіці та психології та потребує детального вивчення. В освітніх установах ведеться пошук умов, адекватних психічним і фізичним можливостям таких дітей.

Останнім часом гіперактивні діти стали болючою проблемою для батьків і педагогів. У США, Франції, Італії, Бельгії та інших країнах проблема гіперактивності й дефіциту уваги набула загальнонаціонального статусу. Це соціально-психолого-педагогічна проблема, тому що дітей з мінімальною мозковою дисфункцією (ММД) стає все більше.

Гіперактивність виступає як одне із проявів цілого комплексу порушень, що відмічаються у дітей; це основний дефект, пов'язаний з недостатністю механізмів уваги й гальмуючого контролю. Порушення поведінки супроводжуються серйозними вторинними порушеннями, до яких, насамперед, відносяться слабка успішність у школі й складності в спілкуванні з іншими людьми.

Синдром дефіциту уваги і гіперактивності (СДУГ) - хронічний психічний розлад у дітей, що характеризується неувагою, гіперактивністю, імпульсивністю, які проявляються в різних ситуаціях і обумовлюють стійку соціальну і/або шкільну дезадаптацію. У дітей із СДУГ частіше зустрічаються когнітивні розлади, розлади розвитку шкільних навичок, рухових функцій і мови та багато інших проблем. У 2004 р. Всесвітня асоціація дитячої і підліткової психіатрії та суміжних професій (IACAPAP) визнала СДУГ проблемою номер один в області охорони здоров’я дітей і підлітків.

Останнім часом у нашій країні даній патології приділяється все більше уваги, але щодо методів корекції - недостатньо. Отже, на основі цього, можна сказати, що увага сучасного українського суспільства до медичних, педагогічних, психологічних, корекційних і соціальних проблем дітей із гіперактивністю недостатньо досліджена. Тому відповідно до цього була обрана тема: «Психологічні особливості гіперактивності молодшого школяра».

Дану проблему досліджували: вітчизняні та зарубіжні психологи, а саме: Л.О. Бадалян, Л.Т. Журкова, С.Ю.Головин, М.М. Заваденко, Б.І. Мастюкова, Л.О. Ясюкова, Дж. Стілл, Н.К. Корсакова, Ю.В. Мікадзе, Є.Ю. Балашова, О.В. Халецька, В.М. Трошин, Г. Стілл, А. Тредголд, А. Штраус, С. Кеннерс, В. Дуглас, В.І. Гарбузов, І.В. Дубровіна, З.С. Карпенко, О.К. Лютова, Г.Б. Моніна, М. Раттер, Ю.С. Шевченко та багато інших.

Об’єкт дослідження: гіперактивна поведінка.

Предмет дослідження: особливості прояву гіперактивної поведінки у дітей молодшого шкільного віку.

Мета: дослідити гіперактивність молодших школярів та визначити специфіку роботи шкільного практичного психолога та соціального педагога з гіперактивними дітьми.

Завдання:

. Проаналізувати наукову літературу з питань гіперактивної поведінки дітей.

. Дослідити основні причини, особливості, фактори ризику у процесі розвитку дитини з гіперактивною поведінкою.

. Експериментально дослідити дітей молодшого шкільного віку для визначення гіперактивності.

. Описати практичні аспекти соціально-педагогічної та психологічної роботи з гіперактивними дітьми в школі.

. Розробити рекомендації шкільному психологу та соціальному педагогу щодо корекційної роботи з дітьми, що мають гіперактивну поведінку.

Експериментальна база: учні 4-Б класу Комунального закладу «Навчально-виховний комплекс ЗОШ І-ІІ ступенів №34 - Економіко-правовий ліцей «Сучасник» - ДЮЦ Кіровоградської міської ради Кіровоградської області.

Методи дослідження: теоретичні: вивчення науково-теоретичних джерел, порівняння, аналіз, узагальнення отриманої інформації; емпіричні: спостереження, діагностичні методики (Тест Пьєрона-Рузера для визначення рівня концентрації уваги та проективна методика визначення рівня сомооцінки «Сходинки» (Т. Дембо, С. Рубинштейн).

Розділ 1. Теоретичне вивчення проблеми гіперактивності в психології

.1 Психолого-педагогічні засади вивчення гіперактивності

Серед типових порушень поведінки дітей не можливо не помітити гіперактивну дитячу поведінку. Симптоми гіперактивності були вперше описані як розлад в 1902 році англійським лікарем Д. Стіллом, який вважав, що поява симптомів викликана слабким «гальмуючим волеспрямуванням» («inhibitory volition») і «недостатнім моральним контролем» («defective moral control») [2, с.35].

Поняття «гіперактивність» складається з двох частин: «гіпер» та «активність». «Гіпер…» (від грец. hyper - «над», «зверху») - складова частина складних слів, що вказує на перевищення норми. Слово «активний» прийшло із латинського «activus» і означає «діяльний, дійовий». У психологічній літературі ми можемо знайти досить велику кількість визначень та характеристик термінів, пов’язаних з дитячою гіперактивністю [9, с.57].

Точка зору психологів акумульована та представлена у психологічних словниках. Так, у психологічному словнику, складеному С.Ю. Головним [2], дитяча гіперактивність (hyperactivity) визначається як відхилення від вікових норм онтогенетичного розвитку, що характеризується неуважністю, відволіканням, імпульсною поведінкою в інтелектуальній та соціальній діяльності, підвищеною руховою активністю при нормальному рівні інтелектуального розвитку.

У сучасному тлумаченні гіперактивність визначається і як стан, що одержав назву «гіперактивний розлад з дефіцитом уваги» (ГРДУ), і як «синдром дефіциту уваги з гіперактивністю» (СДУГ).

Синдром дефіциту уваги і гіперактивності (СДУГ) - хронічний психічний розлад у дітей, що характеризується неувагою, гіперактивністю, імпульсивністю, які проявляються в різних ситуаціях і обумовлюють стійку соціальну і/або шкільну дезадаптацію. У дітей із СДУГ частіше зустрічаються когнітивні розлади, розлади розвитку шкільних навичок, рухових функцій і мови та багато інших проблем.

Практики часто відзначають, що ці діти не можуть зосередитись на одному предметі протягом більш-менш тривалого часу, не здатні виконати поставлене завдання, не цікавляться якістю і результатами його виконання, та пояснюють таку поведінку дітей «неслухняністю», «невихованістю», «недисциплінованістю» [11, с.89].

Науковці стверджують, що для гіперактивних дітей характерна підвищена потреба у русі. При блокуванні цієї потреби правилами поведінки у дитини зростає мускульне напруження, погіршується увага, знижується працездатність, дитина швидко стомлюється. Емоційна розрядка, яка проявляється після цього, є захисною фізіологічною реакцією організму на надмірну напругу і проявляється в неконтрольованому рухливому занепокоєнні, роздратуванні, що нерідко кваліфікуються як дисциплінарні порушення [1]. Стан стомлюваності часто супроводжується безпричинним роздратуванням, плаксивістю, істериками. Можуть спостерігатись порушення просторової координації - рухова вайлуватість та незграбність [6, с.159]. гіперактивність шкільний психологічний педагогічний

Гіперактивність може супроводжуватись певними проблемами у взаєминах з оточуючими, труднощами в засвоєнні матеріалу, низькою самооцінкою. Симптоми гіперактивно-імпульсної поведінки, що з'явилися у дитини в дошкільний період, зберігаються і під час її навчання у початкових і середніх класах [3]. Все це приводить до слабкої успішність в школі і низької самооцінки. Типове явище для гіперактивної дитини, яка попадає в нові умови навчання в початковій школі - низька успішність, проблеми у спілкуванні та стосунках з однолітками [1].

Ряд дослідників (Н.К. Корсакова, Ю.В. Мікадзе, Є.Ю. Балашова, О.В. Халецька, В.М. Трошин), характеризуючи гіперактивних дітей, відзначають патологічно низькі показники уваги, пам'яті, слабкість розумових процесів в цілому при збереженому нормальному рівні інтелекту. Довільна регуляція розвинена слабо, працездатність дітей на заняттях низька, стомлюваність підвищена. [17]. Різні аспекти зазначеної проблеми активно вивчались А.Г. Платоновою і О.В. Касатіковою під керівництвом В.Р. Кучми і І.П. Брязгунова.

У численних дослідженнях зарубіжних (Г. Стілл, А. Тредголд, А. Штраус, С. Кеннерс, В. Дуглас) та вітчизняних психологів (В.І. Гарбузов, І.В. Дубровіна, З.С. Карпенко, О.К. Лютова, Г.Б. Моніна, М. Раттер, Ю.С. Шевченко та інші) відмічається, що пік прояву гіпердинамічного синдрому припадає на вік 6-7 років. І у нас, і за рубежем СДУГ зустрічається у 4-9,5% дітей дошкільного та молодшого шкільного віку [19].

Усі дослідники відзначають необхідність ранньої корекційної роботи з гіперактивними дошкільниками та молодшими школярами. Разом з тим, у прогнозах на її результативність та перспективи таких дітей думки спеціалістів розходяться. Одні стверджують, що до 7-річного віку прояви синдрому можна подолати. Інші вважають, що нікому ще не вдалося змінити поведінку гіперактивної дитини, виправити її, зробити її слухняною та дисциплінованою і вказують на необхідність вчитися жити з такою дитиною у злагоді та співробітництві, приймаючи її такою як вона є [12, с.57].

Слід визнати і той факт, що в Україні поки що відсутня єдина система ранньої комплексної діагностики СДГУ і страждає психологічний супровід природного розвитку дітей даної категорії.

Отже, гіперактивність - стан, при якому активність і збудливість людини, дитини перевищує норму. У випадку, якщо подібна поведінка є проблемою для інших, гіперактивність трактується як психічний розлад. Гіперактивність частіше зустрічається у дітей та підлітків, ніж у дорослих людей, тому що викликається емоціями [25].

У широкому сенсі «гіперактивність» означає круг різноманітних проблем поведінки - неслухняність, часті нічні пробудження, а також багатослівна, нав'язлива або залежна поведінка і т.д. У психіатрії під гіперактивністю розуміють руховий неспокій дитини.

Гіперкінетичний розлад - згідно міжнародної класифікації хвороб 10 перегляду включає гіперактивність, порушення уваги, імпульсивність. Синонімами є терміни: синдром дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ), мінімальна мозкова дизфункція (ММД), синдром рухової гіперактивності з порушеннями уваги (СРГПУ). [26]

Спеціальні обстеження показують, що протягом останніх років близько 15-20% дітей, що вступають до школи, мають різні порушення нервово-психічного здоров'я. Порушення нервово-психічного здоров'я автори відносять до категорії так званих «прикордонних розладів», тобто що знаходяться на межі норми і хвороби. Їх настільки важко розпізнати в дошкільний період, проте при щонайменшому «поштовху», яким і є початок систематичного навчання в школі і весь комплекс шкільних навантажень, вони приймають виражений характер, і вчитель стикається з цим раніше всіх.

Не дивлячись на те, що цією проблемою займаються багато фахівців (педагоги, дефектологи, логопеди, психологи, психіатри, соціальні педагоги), в даний час серед батьків і педагогів все ще існує думка, що гіперактивність - це всього лише поведінкова проблема, а іноді і просто «розбещеність» дитини або результат невмілого виховання [5, с. 241].

Наприкінці XIX століття в книзі Ф. Шольца «Недоліки в характері дитини. Друга золота книжка» було виділено й описано групу дітей, названі «неспокійними, важкими» дітьми. Автора зазначає, що у такої дитини рухливість поширюється здебільшого на весь організм, руки й ноги перебувають у неспокійному довільному русі, вони зайво «мечуться» в усі сторони й своєю незграбністю лише ускладнюють справу. Таких дітей можна назвати «тріпотливими», а балакучість ніщо інше, як перенесення мускулатурного занепокоєння на область мови [27].

З аналізу вітчизняної й закордонної літератури випливає, що гіперактивна поведінка вже стала об'єктом дослідження різних фахівців, однак найбільше число опублікованих робіт є дослідженнями клінічного напрямку. Однак неясно, чи говорять вони про зв'язок гіперактивності з емоційними проявами, або ж про те, що емоційна сфера являється одним із структурних компонентів гіперактивності.

Одне з недавніх досліджень, виконаних у руслі клінічного підходу й присвячених даній проблемі, так і називаються «Гіпердинамічний синдром у дітей молодшого шкільного віку» (В.А. Красов 1989). У цій роботі картина гіперактивної поведінки в дітей молодшого шкільного віку представлена комбінацією рухового розгальмування, підвищеного відволікання, тобто порушень уваги й емоційно-вольових розладів. Ці порушення перебувають у різних співвідношеннях, проявляються не постійно й мають не виразний ситуаційний характер. Особливо складної для лікувально-корекційної роботи є випадки гіперактивної поведінки з яскраво вираженим порушенням емоційно-вольової сфери [ 17, с.72].

У роботі Д. Добсона гіперактивна поведінка й прояв підвищеної активності розглядається як хвороба або недуга. [13] Підвищена рухова активність не контрольована, включає схильність дитини швидко відволікатися, перебувати в постійно неспокійному стані й нездатність до рухової концентрації уваги. У таких дітей також можуть бути проблеми візуального сприйняття, що полягають у нездатності правильно сприймати зміст символу й друкованого матеріалу, а також проблеми емоційного характеру; при наявності останніх, хвороба важко піддається лікуванню. Він зазначає, що порушення візуального сприйняття й емоційного порушення не є специфічними для гіперактивної поведінки.

Аналіз робіт клінічного напрямку дозволяє зробити наступні висновки: 1. Психофізіологічною основою гіперактивної поведінки в дитини може бути незрілість, недосконалість, порушення або розлади роботи мозку (по типу малих мозкових дисфункцій); 2. Прояв гіперактивної поведінки дитини, захоплює кілька сфер, серед яких найчастіше зустрічаються різні варіанти комбінації трьох симптом: надлишку рухової активності, порушення емоційної поведінки, дефіцит уваги.

Потрібно відзначити, що у вітчизняній психології майже немає робіт, спеціально присвячених вивченню гіперактивних дітей. Деякі дослідження стосуються лише окремих характеристик дітей з таким типом поведінки [19].

У дослідженнях В. Петрунек, В.П. Таран, спрямованих на вивчення темпераменту, дається характеристика холеричного темпераменту, близького до характеристики досліджуваного нами гіперактивного типу поведінки: дитина активна, непосидюча, легко вступає в контакт із незнайомими людьми, але якщо спілкування не цікаве, відразу байдужіє увага, відволікається. Вона непосидюча і неспокійна, хапається за багато справ, але при зниженні до них інтересу швидко відволікається, міняє гру. Легко збудлива, часто вступає в конфлікт, але не злопам'ятна.

У публікаціях Є. Госпарової дана аналогічна характеристика дітей названа автором «шустриками». Яскраво виражений «шустрик» - це непосидюча, невгамовна, рухлива гіперактивна дитина, її важко привчити до порядку, їй із труднощами вдається будь-яка діяльність, що сковує її активність. Ця дитина не здатна виконати завдання, таким дітям важко утримати образ мети. Ціль міняється кілька раз під час діяльності. Діти не можуть утримати в пам'яті певну послідовність діяльності, тому що вона для них внутрішньо неструктурована, а звідси - безладні випадкові відволікання.

Як один з варіантів категорії важких дітей галаслива, рухлива дитина представлена в дослідженні Є.Є. Сапогової. У її роботах діти розділені на дві категорії. До однієї з них відносяться дуже гучні, зухвалі, рухливі, агресивні, некеровані, неслухняні діти; іншу ж утворюють діти мляві, повільні, тихі, плаксиві, примхливі, уперті, не контактні, «неслухняні» [17].

На думку інших дослідників, гіперактивність проявляється в надлишку рухової активності, не залежить від віку й статі. У роботах Є.М. Мостюкової, Г.В. Грибонової, А.Г. Московкіної указують, що в дітей при сімейному алкоголізмі синдром підвищеної збудливості й руховому розгальмуванні вже проявляється при народженні і є навіть одним із симптомів алкогольного синдрому плода. У дошкільних установах труднощі в поведінці поступово наростають і здобувають для дитини характер звичного поведінкового стереотипу. У роботі М.Е. Полякової гіперактивність зустрічається у дітей від 2 до 4 років [19].

У дослідженні В.Д. Єремеєвої (1989) вивчається залежність модальності емоційних проявів від роботи лівої й правої півкулі головного мозку. У дослідженнях виявлено, що в групі дітей з явною перевагою правої руки в 1,5-2 рази частіше зустрічається пасивні види емоцій; в іншій групі - з низьким ступенем підпорядкування правої руки в 2-3 рази частіше спостерігається активні види емоцій. У той же час виявилося, що в першій групі переважають повільні діти, а в другий - швидкі, активні. У тому ж руслі в роботах С.Е. Казакової підкреслюється, що розгальмування, непосидючість, моторні занепокоєння більш виражені у хлопчиків, ніж у дівчаток, і що це все пояснюється своєрідною мозковою (міжпівкульні та внутрішньопівкульні) організацією нейропсихологічних процесів і підвищеною уразливістю шульгів стосовно психотравмуючих факторів. [13]

Е. Меш та Д. Вольф виділяють три підтипи ГРДУ: 1 - переважно неуважний - діти з переважанням симптомів неуважності; 2 - гіперактивно-імпульсивний - діти з переважанням симптомів гіперактивності - імпульсивності; 3 - змішаний - об'єднує дітей з симптомами як неуважності, так і гіперактивності-імпульсивності [5].

Концепція синдромів дефіциту уваги була сформульована вченими на базі досліджень мінімальних мозкових дисфункцій у дітей [1; 2]. Термін «мінімальні мозкові дисфункції» почав широко застосовуватися, починаючи з 60-х років, коли їм стали позначати групу різних по етіології, патогенезу і клінічним проявам патологічних станів. Мінімальні мозкові дисфункції неможливо розглядати в рамках цілісної діагностичної концепції через широку різноманітність симптоматики. У зв'язку з цим була виділена самостійна група синдромів дефіциту уваги [1,7]. У сучасній науці не вироблені єдині методологічні підходи до оцінки терміну «мінімальні мозкові дисфункції», а так само його діагностичні критерії [3, с.44].

На даний час прийнято таке визначення: мінімальні мозкові дисфункції (ММД) це - збірна група різних за етіологією, патогенезом і клінічними проявами патологічних станів (Л.О. Бадалян, Л.Т. Журкова, Б.М. Мастюкова, 1978). Характерними ознаками є підвищена збудливість, емоційна лабільність, дифузні легкі неврологічні симптоми, помірно виражені сенсорно-моторні і мовні порушення, розлад сприйняття, підвищене відволікання, труднощі поведінки, недостатня сформованість навичок інтелектуальної діяльності, специфічні труднощі навчання та ін. [1].

В результаті досліджень (Ю.І. Барашнев та інш.) було виділено 5 груп (форм) ММД: 1) Синдром гіперактивності з дефіцитом уваги, що виявляється у вигляді підвищеної збудливості, агресивності, імпульсивності, розсіяної уваги і неможливості концентруватися на одному предметі або дії; 2) Синдром гіперактивності з дефіцитом уваги, що характеризується короткочасністю зосередження уваги, загальмуванням, млявістю; 3) Порушення тонкої і загальної моторики, що визначається недосконалою координацією, неврегульованістю рухів, а також їх надлишком; 4) Зміна сприйняття, пов'язана з відсутністю у дитини належних навичок і невмінням орієнтуватися в різних ситуаціях; 5) Мовні дисфункції у вигляді порушення імпресивної та експресивної мови [2].

На даний момент вчені виділяють 5 типів ММД: астенічний; реактивний або гіперактивний; ригідний; активний; субнормальний. Поширеність таких типів серед дітей з ММД (Л.О. Яськова), така: астенічний - 15%, реактивний - 25%, ригідний - 20%, активний - 10%, субнормаль ний - 30% [22].

1.2 Загальна характеристика гіперактивної поведінки дітей молодшого шкільного віку: особливості, причини та фактори ризику

Кількість гіперактивних дітей кожним роком збільшується. Проблема для суспільства суттєва. У класі такі діти заважають іншим. Доведено науковцями, що розміри головного мозку в гіперактивних дітей на 3-4 % менше норми. Тому чим менший мозок, тим сильніші прояви гіперактивності. Деякі спеціалісти вважають, що гіперактивність не є наслідком поганого виховання, а має біологічну природу [14].

Синдром дефіциту уваги гіперактивності (СДУГ) - неврологічно-поведінковий розлад розвитку, який починається в дитячому віці [27].

Найбільш яскраво гіперактивність проявляється в дітей старшого дошкільного і молодшого шкільного віку. У цей період здійснюється перехід до навчальної діяльності й збільшується інтелектуальне навантаження: від дітей вимагається вміння концентрувати увагу на більш тривалий проміжок часу, доводити розпочату справу до кінця, досягати якогось результату. Саме в умовах довгострокової і систематичної діяльності гіперактивність заявляє про себе дуже переконливо. Батьки бачать негативні наслідки непосидючості, неорганізованості, непомірної рухливості своєї дитини, чують зауваження з боку вчителів [12].

Діагностичні симптоми гіперактивності у дітей:

) непосидючість, непотрібні рухи рук, ніг;

) не може спокійно сидіти, коли цього вимагають обставини;

) легко відволікається на сторонні предмети;

) не може почекати черги під час гри з дітьми і в інших ситуаціях (на заняттях, під час екскурсій, свят);

) на запитання часто відповідає не думаючи, не дослухавши їх до кінця; дитині тяжко бути уважною під час виконання завдань або гри;

) часто переходить від однієї незавершеної справи до іншої, які теж не завжди доводить до кінця;

) не може грати тихо, спокійно;

) балакучість;

) заважає іншим (втручається в справи, ігри інших, заважаючи їм);

) складається враження, що дитина не чує того, що їй кажуть;

) часто губить речі

) іноді робить небезпечні вчинки, не задумуючись про наслідки (вибігає на вулицю, не озираючись по сторонах) [25].

Усі ці ознаки можна згрупувати:

 надмірна гіперактивність;

 погано керована імпульсивність;

 неуважність, труднощі концентрації уваги.

Гіперактивні діти швидко збуджуються. Крик, істеричні нотки в голосі дорослого лише підбурюють їх активність.

Індивідуально-психологічні особливості гіперактивної дитини:

Дефіцит активної уваги, а тому дитина:

• непослідовна, їй важко довго втримувати увагу;

• не чує, коли до неї звертаються;

• з великим ентузіазмом береться за завдання, але так і не закінчує його;

• зазнає труднощів у самоорганізації;

• часто губить речі;

• уникає завдань, що потребують розумових зусиль;

• часто буває забудькуватою.

Рухова розгальмованість, тому дитина:

• постійно крутиться;

• виявляє ознаки занепокоєння (тарабанить пальцями, рухається в кріслі, бігає, забирається будь-куди);

• спить набагато менше, ніж інші діти, навіть у дитинстві;

• дуже балакуча.

Імпульсивність, а тому дитина:

• починає відповідати, недослухавши питання;

• не здатна дочекатися своєї черги, часто втручається, перериває;

• погано зосереджує увагу;

• не може чекати винагороди (якщо між дією і винагородою є пауза);

• під час виконання завдань поводиться по-різному і показує дуже різні результати;

• не може контролювати і регулювати свої дії;

• поведінка слабо керована [25].

Також виділяють такі особливості дитячої гіперактивності:

Особливості моторно-рухового розвитку: незручність руху; порушення координації й гармонійності рухових комплексів: дитина здатна робити певні рухи, але не може скласти з них гармонічного цілого; загальна підвищена активність, утруднення в освоєнні рухів; синкінези - зв'язаність цілеспрямованих рухів з рухами кінцівок тіла, мови і т.д.; підвищена м'язова напруга, підвищений м'язовий тонус.

Особливості уваги, пам'яті й контролю: короткочасна концентрація уваги; слабка концентрація уваги; розосередження уваги; ригідність уваги (погана переключаємість); можлива погана пам'ять, персеверації (не може відірватися від певного предмета або способу розв'язку).

Особливості емоційної сфери: збудливість, апатія, невпевненість, внутрішнє напруження, емоційна лабільність, зміна настрою, негативізм, почуття страху, агресивність [18].

Фактори ризику для формування гіперактивної поведінки

Причини й механізми розвитку синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю складні й залишаються недостатньо виявленими, незважаючи на велику кількість досліджень.

Для пояснення можливих механізмів його розвитку запропоновані нейроморфологічні, генетичні, біохімічні, нейрофізіологічні, соціально-психологічні й інші концепції. У зв'язку з можливою участю в генезис різних факторів у цей час цей синдром нерідко розглядається з позицій розгорнутої біопсихосоціальної патологічної моделі.

Пренатальні й принатальні патологічні фактори: виникненню синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю сприяють асфіксія немовлят, вживання матір'ю під час вагітності алкоголю, деяких лікарських препаратів, паління. Тим часом установлено, що віддалені передумови патологічних впливів у значній мірі опосередковують соціально-психологічними факторами. У дітей з родин з високим соціально-економічним статусом наслідку пре- і принатальної патології в основному зникають до шкільного віку, тоді як у дітей з родин з низьким соціально-економічним статусом вони продовжують зберігатися [26].

Генетичні фактори: наявність факторів раннього органічного ушкодження центральної нервової системи вдається встановити не у всіх пацієнтів із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю. Результати вивчення різних родин також вказує на існування генетичного компонента у формуванні цього синдрому.

Теорії дизфункцій системи arousal. Arousal - це реакція активації, яка приводить до посилення бадьорого стану свідомості й виражається в цілому ряді змін подиху, кровонаповнення судин, шкірно-гальванічної реакції (яка належить до вегетативних компонентів орієнтовного рефлексу), а так само добре відомі в електрофізіології явища депресії альфа-ритму й ряді спеціальних форм змін електричної активності мозку. Прояв синдрому нерідко пояснюються із двох протилежних позицій - надлишкового впливу arousal і їх недостатності. Теорії надлишкового впливу arousal зводяться до того, що діти із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю одержують надмірну стимуляцію, оскільки вони не в змозі «відфільтрувати» сенсорну інформацію, у результаті чого формуються «перероздратованість» кори великих півкуль і порушення уваги. Згідно з теоріями функціональної недостатності активуючих систем мозку, низький рівень arousal разом із ослабленістю гальмуючих контролюючих механізмів приводить до того, що діти із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю відволікаються на стимули, які ігноруються здоровими дітьми. Ряд дослідників вважають ключовою проблемою при синдромі дефіциту уваги з гіперактивністю надмірну мінливість темпу й амплітуди коливання рівня arousal і реактивності. Різні складові arousal недостатньо синхронізовані, параметри реакції розширені, а коливання відрізняються значним розмахом і непередбачуваністю. В результаті діти із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю не здатні до регуляції своєї активності (як її мети, так і кількісної сторони) у відповідь на вимоги ситуації. Обґрунтування розглянутих гіпотез утруднене у зв'язку зі складністю експериментальних підтверджень [25].

Вплив несприятливих факторів зовнішнього середовища: антропогенне забруднення навколишньої людини природного середовища, багато в чому пов'язане з мікроелементами із групи важких металів, може мати негативні наслідки в першу чергу для здоров'я дітей. Вихлопні гази автотранспорту служать одним з основних джерел забруднення навколишнього середовища свинцем. Цілеспрямовані дослідження показали, що збільшення рівня свинцю в крові до 5-10 мкг/дл корелює в дітей виникнення проблем з боку нервово-психічного розвитку й поведінки, порушення уваги, рухового розгальмування, а також до зниження коефіцієнта інтелекту IQ.

Роль харчових факторів: існують теорії, згідно з якими факторами ризику для формування гіперактивності є впливи харчових токсинів або алергенів. Найбільш широку популярність одержала концепція, згідно з якою гіперактивність обумовлюється церебральним роздратуванням, викликаний штучними барвниками й природними харчовими саліцилатами.

Отже, системи мозку, що забезпечують функції уваги й моторного контролю, мають складну багаторівневу організацію. Розроблені різними дослідженнями підходи до вивчення етимології й патогенезу синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю здебільшого торкаються лише окремих аспектів цієї складної проблеми, зокрема нейрохімічні, регуляції arousal та інші [27].

Проте, на сучасному етапі можна позначити дві основні групи факторів, що детермінують розвиток синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю: 1) раннє ушкодження центральної нервової системи, що пов'язане з негативним впливом на мозок різних форм патології плину вагітності й пологів; 2) генетичні фактори.

Що ж стосується виявлених захворювань нейрохімічних, нейроанатомічних і нейрорегуляторних порушень, то вони закономірно обумовлюються раннім органічним ушкодженням центральної нервової системи, спадковістю або їх сполученою дією [22].

Соціально-психологічний фактор: у якості самостійного фактора не аналізувалася психолого-педагогічна занедбаність, оскільки, з одного боку, вона є закономірним наслідком ряду інших факторів, що розглядалися, а з іншого - її оцінка досить складна й звичайно носить суб'єктивний характер. Слід зазначити, що в значній частині обстежених родин обстановка була в цілому благополучна, родини дітей із синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю виявили високий ступінь зацікавленості в подоланні проблем, що були в дитини [13].

Перші прояви гіперактивності можна спостерігати у віці до 7 років. Верхня межа даного синдрому співпадає із межами психомовного розвитку. У 1-2 роки, 3 року і 6-7 років. У 1-2 роки закладаються навики мови, в 3 роки у дитини збільшується словниковий запас, в 6-7 років формуються навики читання і письма.

Прояви синдрому гіперактивності можуть турбувати батьків з перших днів життя дитини: діти часто мають підвищений м'язовий тонус, надмірно чутливі до всіх подразників (світлу, шуму), погано сплять, під час неспання рухомі і збуджені. У 3-4 роки виразною стає нездатність дитини зосереджено займатися чим-небудь, він не може спокійно слухати казку, не здатний грати в ігри, що вимагають концентрації уваги, його діяльність носить переважно хаотичний характер [2, с.125].

Отже, ми виявили фактори, які є ризиковими для формування гіперактивної поведінки. Причини й механізми розвитку синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю складні й залишаються недостатньо виявленими, незважаючи на велику кількість досліджень.

Існує безліч думок з причин прояви у дітей гіперактивності. Найбільш поширені з них:

 генетична схильність (спадковість);

 біологічні (родові травми, органічні ушкодження мозку малюка під час вагітності);

 соціально-психологічні (алкоголізм батьків, мікроклімат у сім'ї, умови проживання, неправильна лінія виховання).

) Генетичні: за дослідженнями у 10-15% батьків гіперактивних дітей спостерігалися у дитинстві такі особливості поведінки, що і у їх дитини.

) Біологічні: причина у несприятливих чинниках, які супроводжують вагітність і пологи, що призводить до порушення визначених функцій мозку. Групу ризику складають діти, що народилися після кесаревого розтину, важких патологічних пологів, недоношені, на штучному годуванні, які перенесли інфекційні хвороби на першому році життя.

) Соціально-психологічні:

В деяких випадках гіперактивність може бути результатом завищених вимог батьків, яких діти не можуть виконати через свої природні здібності або ж через перевтому. В таких випадках батьки мають знизити навантаження на дитину, зменшити свої вимоги;

Іноді гіперактивність може бути реакцією дитини на психічну травму, наприклад, на сварки батьків чи їх розлучення, погане ставлення до нього в сім'ї, в садочку чи школі, конфлікт з членами (членом) сім'ї чи вихователем (учителем).

) Неправильне харчування [19].

Також виділяють такі шкідливі факти: загальне погіршення екологічної ситуації; інфекції матері під час вагітності і дію ліків у цей період; харчові отруєння майбутньої матері (прийняття нею алкоголю, наркотиків, куріння, травми, удари в області живота); імунологічна несумісність (за резус фактором); загрози викидня; хронічні захворювання матері; передчасні, швидкоплинні або затяжні пологи, стимуляція пологової діяльності, отруєння наркозом, кесарів розтин; родові ускладнення, що ведуть до травм хребта плода, асфіксія, внутрішнім мозковим крововиливам; травми хребта при сучасних технологіях кесаревого розтину; будь-які захворювання немовлят з високою температурою і прийомом сильнодіючих ліків; астма, пневмонії, серцева недостатність, діабет, захворювання нирок можуть виступати, як чинники, що порушують нормальну роботу мозку (Ясюкова Л.А., 2003 р.).

Серед хлопчиків 7-12 років ознаки синдрому гіперактивності діагностуються в 2-3 раз частіше, ніж у дівчаток. Таке співвідношення може бути обумовлене вищою уразливістю хлопчиків до патогенетичних дій під час вагітності матері і пологів. У дівчаток великі півкулі головного мозку менш спеціалізовані, тому вони мають більший резерв компенсаторних функцій у порівнянні з хлопчиками при поразці центральної нервової системи. У 6-7 років діти з синдромом не готові до навчання в школі у зв'язку з уповільненням темпів функціонального дозрівання кори та підкіркових структур. Систематичні шкільні навантаження можуть призвести до зриву компенсаторних механізмів центральної нервової системи і розвитку дезадаптаційного шкільного синдрому, що посилюється навчальними труднощами [15].

Виділяють ще такі причини виникнення гіперактивності: генетичні фактори, особливості побудови і функціонування головного мозку, пологові травми, інфекційні захворювання, тип батьківського виховування, несформованість навичок спілкування, дезадаптація у дитячому колективі тощо. Науковці виділяють різні можливі причини гіперактивності. Так, І.П. Брязгунов, О.В. Гончарова, О.В. Касатикова [1] розробили ряд концепцій, що описують можливі причини розвитку синдрому: генетичну, нейропсихологічну та нейрохімічна теорії, які поки що не мають достатніх експериментальних доказів.

Частіше всього в основі гіпердинамічного синдрому можуть бути мікроорганічні враження мозку, тобто мінімальна мозкова дисфункція (ММД) [29].

М.М. Заваденко та Т.Ю. Успенська виявили, що гіперактивна поведінка може виникнути і в результаті емоційних стресів та перевтомлення. Вони виділяють багато чинників: органічні враження мозку (черепно-мозкові травми, нейроінфекції і ін.); пренатальная патологія (ускладнення під час вагітності матері, асфіксія новонародженого); генетичний чинник (ряд даних свідчить про те, що синдром дефіциту уваги може носити сімейний характер); особливості нейрофізіології і нейроанатомії (дисфункція активуючих систем ЦНС); харчові чинники (високий вміст вуглеводів в їжі приводить до погіршення показників уваги); соціальні чинники (послідовність і систематичність виховних дій і ін.).

М. Раттер [11] виділяє такі можливі причини дефіциту уваги як: вікові особливості психіки дітей, пов'язані із слабкістю емоційно-вольової саморегуляції поведінки; потокання дорослими емоційної нестриманості дитини, прагнення задовольнити її щонайменші примхи; слабка емоційно-образна пам'ять; гіперактивність як результат переважання збудження над

гальмуванням; середовище, дуже багате різноманітними подразниками; фізична хвороба дитини; пренатальна патологія (токсикоз, хронічні захворювання у матері); ускладнення при пологах; психосоціальні фактори (стиль виховання в сім'ї).

Отже, ГРДУ має могутній біологічний базис і для багатьох дітей є спадковою патологією. Проте ми не можемо точно вказати причину цього розладу. Ймовірно, ГРДУ - результат комплексно взаємодіючих впливів на дитину [19, с.193].

1.3 Вікові особливості молодшого школяра

Молодший шкільний вік є важливим у становленні особистості дитини, бо саме тоді закладаються основи особистісного розвитку учнів початкової школи. Віковими особливостями дітей 1-4 класів можна вважати: незначний соціальний та моральний досвід, підвищену емоційність, вразливість і водночас пластичність до морально-етичних впливів, імпульсивність та безпосередність поведінки дитини, бажання постійно розширювати коло спілкування.

Тому узгодження поведінки та усвідомлення моральних явищ життя характеризуються емоційними узагальненнями, аналізом ситуацій та вчинків, які відповідають загальнолюдським етичним цінностям. [30]

Розрив між знаннями моральних принципів і відповідною поведінкою - найхарактерніша властивість дитини цього віку. Подальшого розвитку набуватимуть такі моральні почуття: провини, сорому, обов'язку, відповідальності, справедливості, власної гідності, сумління.

Основними потребами дитини в початкових класах є необхідність: у спілкуванні з людьми, в емоційному контакті, визнанні, оцінці своїх дій та вчинків, виявленні власних позицій у ставленні до інших, світу, у дружбі, товариськості, повазі до особистості, самоповазі, набутті нових знань та вмінь для пізнання довкілля.

Перед вчителем постає важливе завдання: вирізняти мотив вчинку, роз'яснюючи дитині його сутність і правильність в різних типових життєвих ситуаціях, даючи їй можливість емоційного «переживання» разом із практичним застосуванням отриманих знань.

Беручи участь у спільних видах діяльності, учні вчаться будувати свої взаємини з однолітками, входити в колектив ровесників. У них виникає потреба до взаємовимогливості та взаємодопомоги. [31]

На цьому віковому етапі у дитини формується ядро особистості (моральні почуття, цінності, переконання), відбувається набуття досвіду моральної поведінки. Вона вчиться не лише виконувати вимоги колективу, а й бере активну участь у постановці вимог, виборі доручень, справи, яка їй до душі. [25]

В учнів виникає ще одне новоутворення - відносно стійкі форми поведінки і діяльності, які в майбутньому становитимуть основу формування її характеру.

Після закінчення першого класу в частини дітей не до кінця сформовані особистісні новоутворення, що є характерними для дошкільнят, а саме: недостатнє усвідомлення сприйняття шкільного життя, необхідності впорядкувати та організувати його за певними законами і правилами співжиття; недостатнє усвідомлення внутрішньої етичної інстанції, такої як совість (орієнтування лише на зовнішній контроль з боку дорослих, невміння діяти самостійно), що викликає у школярів почуття невпевненості у собі, спричиняє конфлікти у спілкуванні; відсутність переваг та продуманих дій над імпульсивними (стримування бажань відбувається лише в разі очікування винагороди чи покарання); несформованість адекватної самооцінки. [27]

Вчителеві в другому класі слід продовжувати виховну роботу, спрямовану на корекцію цих недоліків з метою будування специфічних для молодших школярів особистісних новоутворень: довільність психічних процесів, внутрішній план дій та рефлексію, інтелектуалізацію життя дитини.

У вчинках дітей наприкінці другого року навчання вже проглядається позиція у ставленні до того, що їх оточує. Розвиваються і змінюються внутрішні етичні інстанції, формуються моральні мотиви поведінки; розвивається здатність співпереживати, співчувати, а отже, і співдіяти з дорослими та однолітками. [30]

Молодший шкільний вік (за І.Д. Бехом) виявляється сприятливим щодо виховання у дитини фундаментального для її морального розвитку новоутворення, яким є здібність цінувати особистість людини.

Головним новоутворенням навчальної діяльності є формування теоретичного мислення дитини, що знаходить відповідне вираження і в рівні сформованості у дітей особистісних моральних якостей, першооснов багатьох моральних понять: доброти (гуманності), людяності, милосердя, чуйності, співчуття, чесності, справедливості, терпеливості та ін. [31]

Формування особистості молодшого школяра значною мірою визначається реалізацією у виховному процесі діяльнісного підходу, згідно з яким моральні правила і норми дитина засвоює активно, в процесі діяльності та спілкування з дорослими, однолітками, старшими та молодшими дітьми. Основна функція її полягає в тому, що в ній набувається досвід ставлення дитини до світу, до людей, до самої себе.

Виховання молодших школярів здійснюється у процесі навчально-пізнавальної діяльності як провідної шляхом внесення ціннісних складових у зміст навчальних предметів, відведення належного місця «спільно-взаємодіючій діяльності» як на уроках, так і в позаурочний час; гуманізації взаємин у системах «учитель - учень», «учень - учень»; використання вчителем демократичного стилю спілкування з учнями; створення умов для творчої самореалізації кожної особистості. [27]

Важливим є особистісно-орієнтований підхід у вихованні молодших школярів, оскільки для дітей цієї вікової групи характерна особлива сенситивність до морально-етичних впливів, а надто сприйняття норм культурної поведінки, спілкування, мовного етикету, культури взаємовідносин.

Дуже часто внутрішнє самопочуття, емоційний настрій дитини залежить від особистості вчителя початкових класів, оскільки для учнів 1-2-х класів учитель залишається центральною фігурою, арбітром, авторитетом. Лише в 3-4-х класах самооцінка, оцінка однолітків починає переважати оцінку вчителя [28].

Зовнішнім вираженням позиції дитини є участь її у різноманітних ситуаціях дитячого життя. Вона виявляється залежно від очікувань вчителя і дитини. Діти з невиправданими очікуваннями часто стають агресивними або, навпаки, пригніченими; боязкими або недовірливими, соціально інфантильними або неспокійними. Ці аспекти необхідно враховувати у роботі з дітьми та батьками. Ефективність різних видів виховання залежить від спрямованості виховного процесу, форм і методів його організації. Пріоритетними для учнів початкових класів є активні методи, що спрямовані на самостійний пошук істини та сприяють формуванню критичного мислення, ініціативи й творчості. [30]

Оскільки у молодшому віці у дітей домінує образне мислення, то найбільш характерними є такі форми діяльності: ситуаційно-рольова гра, сюжетно-рольова гра, гра-драматизація, інсценування, гра-бесіда, гра-мандрівка, екскурсія, ігрова вправа, колективне творче панно, бесіда, тематичний зошит, ранок, свято, усний журнал, групова справа, оформлення альбому, уявна подорож, конкурси, ігри, школа ввічливості, демонстрація, розповідь, моделювання, вікторина, екскурсія, виставка малюнків, операція-рейд, виставка-ярмарок, перекличка повідомлень, добродійна акція, хвилини з мистецтвом, година спостереження, година милування, спортивні змагання, козацькі забави, театральна вистава, ляльковий театр, ведення літопису класного колективу, веселі старти, естафети, догляд за рослинами і тваринами [31]

В цей період відбувається активне анатомо-фізіологічне дозрівання організму. Так, до семи років завершується морфологічне дозрівання лобного відділу великих півкуль, що створює сприятливі можливості для здійснення довільної поведінки, планування і виконання певної програми дій. [27]

До шести - семи років зростає рухливість нервових процесів, дещо збільшується врівноваженість процесів збудження і гальмування (хоч перші ще довго продовжують домінувати, що зумовлює непосидючість та підвищену емоційну збудливість молодших школярів).

Зростає роль другої сигнальної системи в аналізі та синтезі вражень зовнішнього світу, в утворенні тимчасових зв'язків, у виробленні нових дій і операцій, формуванні динамічних стереотипів. [26]

Узагальнюючи, можна сказати, що у дітей семи - десяти років основні властивості нервової системи по своїх характеристиках наближуються до властивостей нервової системи дорослих, хоч самі по собі ці характеристики ще не дуже стійкі.

У цьому віці також відбуваються істотні зміни в органах та тканинах тіла, що підвищує фізичну витривалість дитини. Із особливостей анатомо-фізіологічного дозрівання слід звернути увагу й на те, що дрібні м’язи розвиваються досить повільно, внаслідок чого дітям важко виконувати рухи, які вимагають чіткої координації. [27]

Основною особливістю цього віку є зміна соціальної позиції особистості: вчорашній дошкільник стає учнем, членом шкільного та класного колективів, де слід дотримуватись нових норм поведінки, вміти підпорядковувати свої бажання новому розпорядку тощо. Все це сприймається дитиною як певний переломний момент у житті, який супроводжується ще й перебудовою системи взаємостосунків з дорослими, найбільш авторитетною фігурою серед яких стає вчитель.

Нагадаємо, що розвиток психіки здійснюється передусім на основі провідної для певного вікового періоду діяльності. Такою діяльністю для молодших школярів виступає учiння, суттєво змінюючи мотиви їх поведiнки та відкриваючи нові джерела розвитку пізнавального та особистiсного потенціалу. [31]

Основними новоутвореннями психіки молодшого школяра є довільність як особлива якість психічних процесів, внутрішній план дій та рефлексія. Саме завдяки їм психіка молодшого школяра досягає рівню розвитку, необхідного для подальшого навчання в середніх класах, для переходу до підліткового віку з його особливими вимогами та можливостями.

Навчання впливає на розвиток молодших школярів i своєю організацією, оскільки саме вона визначає форми їх колективного співжиття, спілкування між собою та з вчителем. [26]

Для молодших школярів учбова діяльність стає провідною і набуває характерних особливостей. Своєрідність учбової діяльності полягає в тому, що її зміст в основному складають наукові поняття та зумовленi ними узагальнені способи розв’язання задач, а її основна мета та головний результат полягає в засвоєнні наукових знань та відповідних їм умінь. В структурі учбової дiяльностi прийнято виділяти такі компоненти як мета (засвоєння певних знань, умінь та навичок), учбові ситуації (задачі) і учбовi дії та операції, за допомогою яких учні оволодівають змістом освіти, контроль i оцінку, мотиви і форми спілкування учнів з учителем та між собою. Структура учбової діяльності складається поступово, відповідно до того, як учні навчаються її здійснювати, виробляючи перші вміння вчитися.

Істотну роль у навчанні молодших школярів відіграють різні види наочності. Підкреслимо, що її використання є засобом донесення до учнів необхідних для формування уявлень і понять про пізнавані об’єкти чуттєвих даних, засобом розвитку здатності сприймати різноманітні явища оточуючої дійсності. [31]

Збагачується мотивація учбової діяльності школярів. Розвиваються їх пізнавальні інтереси, зацікавленість не лише процесом, а й змістом навчання, усвідомлення необхідності виконання учбових завдань, почуття обов’язку, відповідальності перед вчителем та батьками.

Специфічними є і учбові ситуації. По-перше, тут школярі мають засвоїти загальні способи виділення властивостей понять та розв’язання певного класу конкретно-практичних завдань. [28]

Не менш важливим є вміння (хоч на його формування звертається явно недостатня увага) самостійно ставити перед собою учбові задачі перед вирішенням тих чи інших конкретно-практичних задач. В умінні перетворювати конкретно-практичні задачі в учбово-теоретичні проявляється найвищий рівень розвитку учбової діяльності молодших школярів.

Впродовж молодшого шкільного віку має місце і певна динаміка ставлення дітей до учіння. Якщо спочатку діти оцінюють його просто як діяльність до якої схвально ставляться дорослі, то потім їх приваблюють окремі учбові дії, нарешті, вони починають самостійно перетворювати конкретно-практичні задачі в учбово-теоретичні, цікавлячись внутрішнім змістом учбової діяльності. [25]

Розвиток пізнавальних психічних процесів молодших школярів

Сприймання. На перших порах сприймання молодших школярiв досить розвинуте (їм притаманна висока гострота зору та слуху, вони добре орієнтуються в різноманітних формах та кольорах тощо), однак ще слабо диференційоване, ще не вміють здійснювати цілеспрямований аналіз результатів сприймання, видiляти серед них головне, істотне, їх сприйманню притаманна виражена емоційність. Включення школярiв у процес учiння сприяє формуванню у них такого виду діяльності як спостереження. В процесі навчання забезпечується зростання швидкості перебігу процесів сприймання, збільшення числа сприйнятих об’єктів, розширення обсягу їх запам’ятовування тощо. Наряду з названими кількісними змінами, у розвитку сприймань молодших школярiв мають місце i якісні зміни. Останні являють собою певні перетворення структури сприймання, виникнення нових особливостей, які знаменують собою зростання його пізнавальної ефективності. Поступово сприймання у молодших школярiв стає більш довільним, цілеспрямованим i категорійним процесом. Сприймаючи нові для себе об’єкти, дiти намагаються віднести їх до певної категорії. При виборі предметів з деякої сукупності вони орiєнтуються здебільш на колір та форму останніх, беручи саме їх за характерні ознаки. З віком значення форми у названому смислі зростає, як зростає i точність розрізнення форми предметiв.

Увага. Характерною віковою особливістю є нерозвинута довільна увага молодших школярів. У них домінує увага мимовільна, спрямована на новi, яскраві, несподівані та захоплюючі об’єкти. Слабкість гальмівних процесів у цьому віці зумовлює i таку рису уваги дітей як її нестійкість. Розвиток уваги молодших школярiв все більше i бiльше характеризується довільністю, якщо створювати такі умови для цілеспрямованої роботи, за яких вони привчаються керуватись самостійно поставленою метою. При цьому розвиток довiльної уваги у дiтей іде від керування цілями, поставленими перед ними дорослими, до реалізації самостiйно поставлених перед собою цілей, вiд постійного контролю вчителем за їх діяльністю до самоконтролю через контроль з боку однокласників. З вiком у дiтей зростає обсяг i стійкість уваги. Увага у молодших школярiв тісно пов’язана зі значущістю для них навчального матеріалу. Усвідомлення необхідності, важливості матерiалу, інтерес до його змісту є важливою умовою їх уваги. Увага залежить i вiд доступності (та посильної трудності) навчальних завдань, поставлених перед учнями, а також вiд уміння вчителя так організувати учбову діяльність, щоб охопити нею всіх учнів у класі. Серед причин нестійкості уваги в цьому вiцi можна назвати передусім недостатню розумову активність дiтей, зумовлену як недосконалими методиками навчання, так i рівнем їх готовності до учбової діяльності, неперебореними труднощами у навчанні, станом здоров’я, гіперактивністю дітей тощо. [30]

Мислення. Саме в цей період здійснюється перехід вiд наглядно-образного, конкретного мислення, притаманного дошкільнятам, до понятійного, науково-теоретичного мислення. Конкретність мислення першокласників проявляються передусiм у тому, що при розв’язанні мислительної задачі вони виходять з означених словами конкретних предметів, їх зображень або уявлень. Їм легше проаналізувати конкретний факт та зробити з нього певні висновки, ніж навести приклад до загального положення. Під впливом навчання в структурі мислення дитини змінюється співвідношення його образних i понятійних, конкретних i абстрактних компонентів на користь зростання ролі останніх. Так, молодші школярі вчаться визначати відомі їм поняття, виділяючи загальні та істотні ознаки об’єктів, розв’язувати дедалі складніші пізнавальні та практичні задачi, здійснюючи потрібні для цього дії та операції, виражаючи результати в судженнях, поняттях, міркуваннях i умовиводах. Аналіз на перших порах носить переважно практично-дiєвий i образно-мовний характер. Від елементарного аналізу, при якому до уваги береться лише якась частина предмету, діти поступово переходять до комплексного, прагнучи розглянути більш-менш усi частини чи властивості пізнаваного предмета, хоч ще i не вміють встановлювати взаємозв’язки між ними. Розвивається систематичність аналiзу, уміння знаходити серед різних частин i властивостей предметів головні. Об’єктом аналiзу виступають предмети, явища, процеси, вчинки людей, мовні явища. Аналiз поступово пов’язується з синтезом, однак для молодших школярів перший є більш доступним мислительним процесом. Вони бiльш спроможні виділяти елементи в цілому, ніж об’єднувати те, що зустрічається в їх досвіді роздільним (А. Валлон, I. Ломпшер).Операції аналiзу i синтезу поєднуються в порівнянні об’єктiв, розвиток якого значною мірою залежить від того, наскільки часто учням даються завданні на порівняння рiзних об’єктів, їх груп i класів, як визначаються орієнтири для зіставлення об’єктiв, виділення істотних подібних i відмінних ознак тощо (Г.I. Кагальник, О.Я. Савченко). [31]

В цiлому навчання молодших школярiв умінню порівнювати підносить їх аналітико-синтетичну діяльність на вищий рівень. Аналіз поступово переходить у абстрагування, яке стає важливим компонентом мислительної діяльності учнів, потрібним для узагальнення i формування понять.

Однією з тенденцій, яка має місце в абстрагуванні у цьому віці, є готовність приймати зовнішні, яскраві, вражаючі ознаки об’єкта за суттєві, хоч вони нерідко не є такими (М.Н. Шардаков). Крім того, молодшим школярам порівняно легше дається абстрагування властивостей предметів, ніж їх зв’язків i відношень. З трьох взаємопов’язаних функцій абстракції в пізнавальній дiяльностi (ізолювання ознак об’єктiв, підкреслення їх, розчленування) молодші школярі частіше користуються першою (Є.Н. Кабанова-Меллер). Підкреслюючи ж певні ознаки об’єктів, діти не повністю абстрагуються від інших, внаслідок чого їм важко здійснювати варіювання істотних неістотних ознак. Тому дiти часто їх змішують, ототожнюють.

Під впливом вимог навчальної діяльності поступово вдосконалюються i способи узагальнення, вiд переважно наочно-мовних діти переходять до уявно-мовних, а там i до понятiйно-мовних способів. Відповідно змінюються i результати узагальнення. [28]

З віком зростає кількість індуктивних виводів, змістовність та істинність яких залежить вiд накопиченого дітьми досвіду (М.Н. Шардаков). Водночас формуються i дедуктивні умовиводи, які грунтуються спочатку на конкретних узагальненнях, узятих з чуттєвих спостережень, а далі й на абстрактних посилках, підтримуваних конкретною ситуацією (С.Л. Рубiнштейн). Індуктивними умовиводами молодші школярі оволодівають швидше. Спостерігаються істотні індивідуальні особливості мислительної діяльності молодших школярiв, виражені в рівнях розвитку операцій аналізу i синтезу, абстрагування i узагальнення, у співвідношеннях конкретно-образних i абстрактно-словесних компонентів, у гнучкості мислення.

Мовлення. На початок шкільного періоду розвитку дитина вже володіє певним словниковим запасом та граматикою мови. Новим у формуванні мовлення є передусім свідоме вживання різних форм слова, оволодіння письменним мовленням, збагаченням внутрішнього мовлення.

Змінюється співвідношення вживаних категорій слів, зростає словник, урізноманітнюються функції мовлення, удосконалюється його синтаксична структура тощо. Діти оволодiвають писемним мовленням, під впливом навчання відбуваються зміни морфологічної структури останнього. [30]

Збільшується кількість слiв i речень у письмових роботах, зростає швидкість письма, підвищується його якість. Засвоєнню учнями письма передує оволодiння читанням, успіхи в якому залежать передусiм від методів навчання. Важливим показником успіхів дитини в оволодінні мовленням є мовчазне читання, яке, в свою чергу, пов’язане з розвитком внутрiшнього мовлення.

Пам’ять. Пам’ять молодших школярів розвивається передусiм у напрямку посилення її довільності, зростання можливостей свідомого управління нею та збільшення обсягу смислової, словесно-логiчної пам’яті.

В цьому віці має місце виражена зміна спiввiдношення мимовільного i довільного запам’ятовування у сторону зростання ролі останнього. Дослідні дані свідчать, що діти при вмілому керівництві їх навчальною діяльністю вже можуть виділяти у зрозумілому для них матеріалі опорні думки, пов’язувати їх між собою i завдяки цьому успішно запам’ятовувати. Розвивається також i здатність довiльного відтворення матеріалу. Однак без педагогічної допомоги дiти, як правило, використовують тільки найпростіші способи довiльного запам’ятовування i вiдтворення (переказування). Спроба використовувати більш продуктивні способи (переказування з використанням готового плану, смислове групування матерiалу тощо) утруднюють роботу. Розвиток довільної пам’ятi не означає ослаблення у дітей мимовільних видів запам’ятовування. Більше того, в останньому з’являються нові якісні особливості, породжувані новим змістом та формами діяльності. Мимовільне запам’ятовування i вiдтворення включається у систематичне виконання дітьми навчальних завдань, завдяки чому, а також в силу дальшого розвитку мислення, ці процеси набувають більшої систематичності i продуктивності. [31]

Під впливом навчання у молодших школярів формується логічна пам’ять, внаслідок чого суттєво змінюється співвідношення образної та словесно-логiчної пам’яті. Важливою умовою ефективності цього процесу є педагогічне керівництво, спрямоване на забезпечення розуміння (аналіз, порівняння, співвіднесення, групування тощо) учнями навчального матерiалу, а вже потім - завчення його (Г.С. Костюк).

У молодшому шкільному віці зростає продуктивність, міцність i точність запам’ятовування навчального матеріалу. Зумовлено це i оволодінням учнями більш досконалими мнемонічними прийомами. Підвищується точнiсть впізнання запам’ятованих об’єктів. Причому спостерігаються i якісні зміни у цих процесах. [27]

Уява. Уява в цьому вiцi надзвичайно бурхлива, яскрава, з характерними рисами некерованості. В ході учiння вона поступово розвивається, зокрема вдосконалюється відтворююча уява, стаючи все бiльш реалістичною та керованою. Iнтенсивно формується i творча уява, на базі минулого досвіду появляються нові образи, від простого довільного комбінування уявлень діти поступово переходять до логічно обгрунтованої побудови нових образів. Зростає швидкість утворення образiв фантазії, як і вимогливість дітей до витворів власної уяви.

Емоційно-вольова сфера. Діти цього віку вкрай емоційні, але поступово вони оволодівають уміннями керувати своїми емоційними станами, стають стриманішими, більш врівноваженими. Основним джерелом емоцій є учбова та ігрова діяльність (успіхи i невдачі в учiннi, взаємини в колективі, читання літератури, сприймання телепередач, фільмів, участь в іграх тощо).Емоційну сферу молодших школярів складають переживання нового, здивування, сумніву, радощів пізнання, які, в свою чергу, є базою розвитку допитливості та формування пізнавальних інтересів. Поступово розвивається усвідомлення своїх почуттів i розуміння їх виявлення в інших людей (Н.С. Лейтес, П.М. Якобсон). Для молодших школярiв загалом характерний життєрадісний, бадьорий настрій. Причиною афектних станів, якi мають місце, є передусім розходження між домаганнями i можливостями їх задовольнити, прагненням більш високої оцінки своїх особистiсних якостей i реальними взаємостосунками з людьми тощо. Як наслідок, дитина може виявляти грубість, запальність, забіякуватість та інші форми емоційної неврівноваженості. [31]

Молодші школярі емоційно вразливі. У них розвивається почуття самолюбства, зовнішнім вираженням якого є гнівне реагування на будь-які приниження їх особистості та позитивне переживання визнання їх якостей.

Розвиваються почуття симпатії, вiдiграючи важливу роль у формуванні малих груп в класі та стихійних компаній. Життя в класi виступає як фактор формування у дітей моральних почуттiв, зокрема почуття дружби, товариськості, обов’язку, гуманності. При цьому першокласники схильні переоцінювати власні моральні якості i недооцінювати їх у своїх однолітків. З віком вони стають більш самокритичними. [25]

Зростає вимогливість до себе та інших, розширюється сфера усвiдомлення обов’язків, розуміння необхідності їх виконання. Воля в цьому віці характеризується нестійкістю в часі. Молодші школярі легко піддаються навіюванню. В цей період у дiтей формуються такі вольові риси характеру як самостійність, впевненість у своїх силах, витримка, наполегливість тощо.

Характерологічні особливості. Характер у цьому вiцi лише формується, тому імпульсивність поведiнки, капризність, впертість спостерігаються на кожному кроцi. Зумовлено це передусiм недостатньою зформованiстю вольових процесів. У поведінці дітей чітко виявляються особливості їх темпераменту, зумовлені властивостями нервової системи.

Наряду з цим більшість молодших школярів чуйні, допитливі та безпосередні у вираженні своїх почуттів та ставлень. [30]

Самооцінка. Самооцінка молодших школярiв конкретна, ситуативна, багато в чому визначається оцінкою вчителя. Рівень домагань формується передусім внаслідок досягнутих успіхів та невдач у попередній діяльності. Коли в учбовій дiяльностi дитини невдач більше чим успiхiв, i цю ситуацію вчитель ще й постійно підкріплює низькими оцінками, то результатом стає розвиток почуття невпевненості в собі та неповноцінності, які мають тенденцію до поширення i на інші види дiяльностi. [31]

Отже, в І розділи ми детально вивчили психолого-педагогічні засади гіперактивності, загальну характеристику гіперактивної поведінки дітей молодшого шкільного віку, а саме особливості, причини та фактори ризику, а також вікові особливості молодшого школяра.

Тому можна зазначити, що гіперактивність виступає як одне із проявів цілого комплексу порушень, що відмічаються у дітей; це основний дефект, пов'язаний з недостатністю механізмів уваги й гальмуючого контролю. Порушення поведінки супроводжуються серйозними вторинними порушеннями, до яких, насамперед, відносяться слабка успішність у школі й складності в спілкуванні з іншими людьми.

Синдром дефіциту уваги і гіперактивності (СДУГ) - хронічний психічний розлад у дітей, що характеризується неувагою, гіперактивністю, імпульсивністю, які проявляються в різних ситуаціях і обумовлюють стійку соціальну і/або шкільну дезадаптацію. У дітей із СДУГ частіше зустрічаються когнітивні розлади, розлади розвитку шкільних навичок, рухових функцій і мови та багато інших проблем.

Також виділяють такі індивідуально-психологічні особливості гіперактивної дитини: дефіцит активної уваги, рухова розгальмованість, імпульсивність. Синдром дефіциту уваги гіперактивності (СДУГ) - неврологічно-поведінковий розлад розвитку, який починається в дитячому віці.

Найбільш поширеними причинами гіперактивності є: генетична схильність (спадковість); біологічні (родові травми, органічні ушкодження мозку малюка під час вагітності); соціально-психологічні (алкоголізм батьків, мікроклімат у сім'ї, умови проживання, неправильна лінія виховання) та ін.

На сьогоднішній день у дітей молодшого шкільного віку часто спостерігається гіперактивний синдром, що пов'язаний із розвитком усіх пізнавальних психічних процесів.

Розділ 2. Емпіричне дослідження гіперактивної поведінки дітей молодшого шкільного віку

.1 Діагностичні методики дослідження гіперактивної поведінки молодших школярів

З метою дослідження гіперактивної поведінки молодших школярів було проведено групову діагностику. Наше дослідження проводилося на базі Комунального закладу «Навчально-виховного комплексу ЗОШ І-ІІ ступенів №34-економіко-правовий ліцей «Сучасник» - ДЮЦ Кіровоградської міської ради Кіровоградської області» м. Кіровоград. У досліджені взяли участь учні 4-Б класу в кількості 24 особи.

Для виявлення гіперактивної поведінки у дітей молодшого шкільного віку існують такі діагностичні методики:

- тест П’єрона-Рузера на визначення рівня концентрації уваги;

- критерії визначення гіперактивності, за П. Бейкером і М. Алвордом;

методика спостереження за гіперактивною дитиною, за описом Н. Заваденко в модифікації О. Гуріної;

бесіда-інтерв’ю з батьками стосовно гіперактивної дитини, за описом О. Лютової, Г. Моніної у модифікації О. Гуріної.

Завданням практичного психолога є виявлення гіперактивних дітей за допомогою надійного й валідного психологічного інструментарію, який потрібно добирати відповідно до віку дитини та психічних особливостей.

Для дітей старшого дошкільного та молодшого шкільного віку потрібне вивчення різноманітних аспектів гіперактивності молодших школярів (пізнавальних процесів, емоційно - мотиваційної сфери, соціально-психологічного статусу учня) за допомогою таких методик, як:

- тест Тулуз - Пьєрона;

- тест П’єрона-Рузера на визначення рівня концентрації уваги;

Вивчення інтел'екту (Д. Векслер);

Діагностика уваги (А. Пьєрон - Рузер);

Діагностика типів пам'яті (М. Битянова, Т. Азарова);

Методика «Заучування 10 слів» (О. Лурія);

Проективна методика визначення рівня самооцінки «Сходинки» (Т. Дембо, С.Рубинштейн);

Проективна методика визначення рівня тривожності (М. Прихожан);

Проективна методика вивчення особистості «Неіснуюча тварина» (А. Венгер);

Опитувальник шкільної мотивації та адаптації (Н. Лусканова);

Проективна методика соціального спілкування особистості (Р. Жиль);

Проективна методика «Кінеститичний малюнок сім'ї» (Р. Бернс і Кауфман);

Соціометрія (Дж. Морено).

Основними методами у нашому дослідженні було спостереження за учнями 4-Б класу та діагностичні методики (Тест Пьєрона-Рузера для визначення рівня концентрації уваги та проективна методика визначення рівня самооцінки «Сходинки» Т. Дембо, С.Рубинштейн), які визначають схильність дитини до гіперактивної поведінки.

1) Тест Пьєрона-Рузера для визначення рівня концентрації уваги: призначена для визначення рівня концентрації уваги у дітей молодшого та середнього шкільного віку. Досліджуваним потрібно за 60 с. розставити як можна швидше та без помилок знаки в геометричні фігури: в квадрат - плюс, в трикутник - мінус, в кружок - нічого не ставити, в ромб - крапку за сигналом експериментатора. Потім відбувається обробка та аналіз результатів, де підраховуються кількість оброблених фігур та кількість зроблених помилок, а також визначається ранг та рівень концентрації уваги за таблицею. Якщо були зроблені помилки, то знижується ранг і відповідно рівень. Аналізуючи, потрібно встановити причини даних результатів (низька концентрація уваги, хвороба, втомлюваність, гіперактивна поведінка дитини. Дана методика знаходиться у (Додатоку 1).

) Проективна методика визначення рівня сомооцінки «Сходинки» (Т. Дембо, С. Рубинштейн): призначена для визначення рівня самооцінки у молодших та середніх школярів. Дитині пропонують заповнити малюнок, на якому зображені сходинки (із 7 сходинок). На середині розміщена фігура людини. Учням пояснюють, що на сходинку вище (показують) ставлять гарних дітей. На сходинку нижче ставлять не дуже гарних дітей, ще нижче - погані діти, на останній сходинці - найпоганіші діти. На якій сходинці намалює себе дитина? (За цим зразком можна розглянути такі характеристики: злий-добрий, розумний-нерозумний, сильний-слабкий, кращий учень - учень, який не встигає. Аналізуючи, звертають увагу, на яку сходинку дитина себе поставить. Вважається нормою, якщо діти ставлять себе на сходинку «дуже гарний» і навіть «найкращий». У всякому випадку діти повинні розмістити себе на верхніх сходах, тому що розташування на нижніх сходах говорить не про адекватну оцінку, а про негативне відношення до себе, невпевненості в своїх можливостях. Це дуже серйозне порушення структури особистості, яке може привести до депресій, до неврозів, асоціативності у дітей. Як правило, це пов’язано з «холодним» відношенням до дітей, жорстоким авторитарним вихованням. Методика знаходиться у (Додатоку 2).

За допомогою даних діагностичних методик та спостереження можна визначити чи є у молодшого школяра гіперактивна поведінка, які причини її виникнення та особливості, а також які психічні процеси достатньо розвинені і над розвитком яких потрібно працювати практичному психологу, соціальному педагогу, вчителеві та батькам таких дітей.

2.2 Аналіз результатів дослідження гіперактивності дітей молодшого шкільного віку

В ході дослідження ми вивчали гіперактивну поведінку молодших школярів, а саме досліджували психічні процеси (увагу) та самооцінку, які можуть обумовлювати гіперактивність дитини.

Отже, за результатами проведених діагностичних методик (Тест Пьєрона-Рузера для визначення рівня концентрації уваги та проективна методика визначення рівня сомооцінки «Сходинки» (Т. Дембо, С. Рубинштейн) були отримані такі результати: (Таблиця №1)

Таблиця №1. Результати групової психодіагностики 4-Б класу(Методика П’єрона-Рузера: визначення рівня концентрації уваги)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Прізвище, ім'я | Кількість оброблених фігур | Кількість помилок | Ранг | Рівень концентрації уваги |
| 1. | Бабенко М. | 100 | 0 | 1 | дуже високий |
| 2. | Барчуков А. | 23 | 14 | нижче 5 | дуже низький |
| 3. | Бушманов Б. | 100 | 4 | 3 | середній |
| 4. | Гавриленко Я. | 100 | 0 | 1 | дуже високий |
| 5. | Горбатко Д. | 90 | 2 | 4 | низький |
| 6. | Гончар А. | 83 | 0 | 3 | середній |
| 7. | Гущін А. | 100 | 0 | 1 | дуже високий |
| 8. | Данилишина Д. | 80 | 0 | 3 | середній |
| 9. | Дорош М. | 36 | 1 | нижче 5 | дуже низький |
| 10. | Дутка К. | 100 | 0 | 1 | дуже високий |
| 11. | Колісник Д. | 91 | 0 | 2 | високий |
| 12. | Колінько А. | 70 | 2 | 5 | дуже низький |
| 13. | Лангул В. | 100 | 1 | 2 | високий |
| 14. | Легостаєва Є. | 60 | 1 | 5 | дуже низький |
| 15. | Максименко В. | 100 | 2 | 2 | високий |
| 16. | Остапенко Д. | 83 | 0 | 3 | середній |
| 17. | Синєок А. | 97 | 1 | 3 | середній |
| 18. | Стеценко Є. | 100 | 1 | 2 | високий |
| 19. | Світлик Д. | 100 | 1 | 2 | високий |
| 20. | Теплова Є. | 83 | 0 | 3 | середній |
| 21. | Тулянцев Є. | 100 | 1 | 2 | високий |
| 22. | Ткаченко О. | 87 | 0 | 3 | середній |
| 23. | Чернійчук І. | 100 | 1 | 2 | середній |
| 24. | Чернявська Л. | 100 | 0 | 1 | дуже високий |

За результатами діагностичного обстеження ми виявили, що дуже високий рівень концентрації уваги мають - 5 осіб (20,9%); високий рівень - 6 осіб (24, 9%); середній - 8 осіб (33, 3%); низький рівень - 1 особа (4, 2%); дуже низький - 4 особи (16,7%).

Діти, які мають низький рівень концентрації уваги можуть бути гіперактивними, тобто вони часто відволікаються, мають дефіцит уваги, спостерігається рухова розгальмованість та імпульсивність.

Також була проведена проективна методика визначення самооцінки молодших школярів («Сходинки» Т. Дембо, С. Рубинштейн) та отримані такі результати: (Таблиця № 2)

Таблиця №2. Результати групової психодіагностики 4-Б класу (Проективна методика дослідження самооцінки «Сходинки» Т. Дембо, С. Рубинштейн)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Прізвище, ім'я | Завищена самооцінки (7-6 сходинки) | Адекватна, нормальна (5-4-3 сходинки) | Занижена самооцінка (2-1 сходинки) |
| 1. | Бабенко М. | 6 |  |  |
| 2. | Барчуков А. |  | 3 |  |
| 3. | Бушманов Б. | 7 |  |  |
| 4. | Гавриленко Я. |  | 5 |  |
| 5. | Горбатко Д. | 7 |  |  |
| 6. | Гончар А. | 6 |  |  |
| 7. | Гущін А. |  | 5 |  |
| 8. | Данилишина Д. | 7 |  |  |
| 9. | Дорош М. |  | 5 |  |
| 10. | Дутка К. |  | 5 |  |
| 11. | Колісник Д. |  | 5 |  |
| 12. | Колінько А. | 7 |  |  |
| 13. | Лангул В. | 7 |  |  |
| 14. | Легостаєва Є. |  | 4 |  |
| 15. | Максименко В. |  | 5 |  |
| 16. | Остапенко Д. |  | 3 |  |
| 17. | Синєок А. |  | 5 |  |
| 18. | Стеценко Є. | 7 |  |  |
| 19. | Світлик Д. |  | 5 |  |
| 20. | Теплова Є. | 7 |  |  |
| 21. | Тулянцев Є. |  | 4 |  |
| 22. | Ткаченко О. |  | 3 |  |
| 23. | Чернійчук І. | 7 |  |  |
| 24. | Чернявська Л. |  | 5 |  |

За результатами дослідження ми спостерігаємо, що учні даного класу мають: завищену самооцінку мають - 10 осіб; адекватну (нормальну) самооцінку мають - 14 осіб; занижену - 0 осіб. Тобто завищену самооцінку мають - 41,7%, адекватну - 58,3%, занижену - 0%. Це говорить, що більшість учнів має адекватну самооцінку. Відхилення у самооцінці теж може свідчити про гіперактивну поведінку молодшого школяра.

Отже, провівши 2 групові діагностичні методики було отримані такі загальні результати: (Таблиця результатів № 3)

Таблиця № 3. Результати діагностичного обстеження

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Психічні процеси, властивості, риси, якості особистості, особливості поведінки, що діагностувалися | Кількісний показник | Рівень розвитку |
| 1. | Концентрація уваги молодших школярів | Дуже високий - 20,9% Високий - 24, 9% Середній - 33, 6% Низький - 4, 2% Дуже низький - 16, 7% | Найбільше переважає середній та високий рівень |
| 2. | Самооцінка дітей | Завищена - 41, 7% Адекватна - 58, 3% Занижена - о %. | Переважає адекватна, нормальна самооцінка. Решта мають завищену, що теж є нормою. |

За результатами групової психодіагностики було виявлено, що учні 4-Б класу в кількості 24 особи мають різні рівні концентрації уваги, але переважає середній та високий рівень. Тому можна сказати, що менша половина учнів неуважні, часто відволікаються, імпульсивні, вони можуть мати гіперактивну поведінку.

Також було проведено діагностику самооцінки молодших школярів: переважає адекватна, нормальна самооцінка та завищена, що теж є нормою. Низької самооцінки в класі не спостерігається.

Тому на основі проведеного дослідження можна зазначити, що у деяких дітей спостерігається гіперактивна поведінка і вони потребують особливої уваги практичного психолога, соціального педагога, вчителя та батьків.

Для подолання гіперактивної поведінки дітей молодшого шкільного віку потрібне проведення корекційно-розвивальної програми на розвиток пізнавальних процесів, в тому числі уваги, індивідуальна психокорекційна робота з учнями, тренінги на особистісний розвиток та інші види, форми роботи для подолання даного явища.

Отже, в ІІ розділі ми емпірично досліджували гіперактивну поведінку дітей молодшого шкільного віку за допомогою спостереження та діагностичних методик. Дослідження проводилося на базі Комунального закладу «Навчально-виховного комплексу ЗОШ І-ІІ ступенів №34-економіко-правовий ліцей «Сучасник» - ДЮЦ Кіровоградської міської ради Кіровоградської області» м. Кіровоград. У досліджені взяли участь учні 4-Б класу в кількості 24 особи.

Основними методами у нашому дослідженні було спостереження за учнями 4-Б класу та діагностичні методики: Тест Пьєрона-Рузера для визначення рівня концентрації уваги та проективна методика визначення рівня сомооцінки «Сходинки» Т. Дембо, С. Рубинштейн.

За результатами групової психодіагностики було виявлено, що учні 4-Б класу в кількості 24 особи мають різні рівні концентрації уваги, але переважає середній та високий рівень. Тому можна сказати, що менша половина учнів неуважні, часто відволікаються, імпульсивні, вони можуть мати гіперактивну поведінку. Також було проведено діагностику самооцінки молодших школярів: переважає адекватна, нормальна самооцінка та завищена, що теж є нормою. Низької самооцінки в класі не спостерігається.

Тому на основі проведеного дослідження можна зазначити, що у деяких дітей спостерігається гіперактивна поведінка і вони потребують особливої уваги практичного психолога, соціального педагога, вчителя та самих батьків.

Для подолання гіперактивної поведінки дітей молодшого шкільного віку потрібне проведення корекційно-розвивальної програми на розвиток пізнавальних процесів, в тому числі уваги, індивідуальна психокорекційна робота з учнями, тренінги на особистісний розвиток та інші види, форми роботи.

Розділ 3. Психокорекційна робота психолога з молодшими школярами, що мають гіперактивну поведінку

.1 Особливості соціально-педагогічної та психологічної діяльності з гіперактивними дітьми

У наш час проблема гіперактивності розкривається все ширше і повніше. Так, ще кілька років тому в початкових класах гіперактивних дітей було 1-2 учня в класі, а зараз в цю групу потрапляє вже близько 20-30% учнів. І цей відсоток постійно росте. Тому зараз у кожній школі потрібен соціальний педагог, практичний психолог, які повинні знати як спілкуватись з гіперактивною дитиною, вміти працювати з такою категорією дітей. В соціально - педагогічній роботі вже розроблено багато ігр, тренінгів, програм, бесід для корекційної роботи з активними дітьми, які потрібно застосовувати на практиці.

На сьогоднішній день основні корекційні засоби гіперактивної поведінки досліджуються в 3 напрямках: [24]. 1) фізична реабілітація; 2) поведінкова корекція дітей та близьких дорослих; 3) психотерапевтичні заходи. Саме такі корекційні засоби може використовувати соціальний педагог та практичний психолог у роботі з гіперактивними дітьми.

. Фізична реабілітація. Лікування гіперактивних дітей обов’язково повинне включати фізичну реабілітацію. Це спеціальні вправи, спрямовані на відновлення поведінкових реакцій, вироблення координованих рухів з довільним розслабленням кістякової і дихальної мускулатури. Механізм поліпшення самопочуття зв’язаний з посиленою продукцією при тривалій м’язовій активності особливих речовин - ендорфінів, які благотворно впливають на психічний стан дитини.

Однак, не усі види фізичної активності можуть бути корисні для гіперактивних дітей. Для них не показані ігри, де сильно виражений емоційний компонент (змагання, показові виступи). Рекомендуються фізичні вправи, які носять аеробний характер, у виді тривалого, рівномірного тренінгу легкої і середньої інтенсивності: тривалі прогулянки, плавання, лижі, їзда на велосипеді тощо. Особливу увагу сучасні психологи та психотерапевти приділяють дихальним вправам, які знімають напругу, тривожний стан, покращують настрій. [30]

. Поведінкова корекція. Даний вид психотерапії враховує особливості нервової системи дитини. А саме, низький поріг чутливості до негативних стимулів - діти не сприйнятливі до докорів і покарань, але легко відповідають на найменшу похвалу. Способи винагороди і заохочення дитини треба постійно змінювати. Якщо дитина впродовж тижня поводиться добре, наприкінці тижня вона повинна одержати додаткову винагороду. Це може бути якась поїздка разом з батьками за місто, екскурсія в зоопарк, у театр і інше. При незадовільній поведінці рекомендується легке покарання, яке повинне бути негайним і неминучим. Це може бути просто словесне несхвалення, тимчасова ізоляція від інших дітей, позбавлення «привілеїв».

Батькам рекомендується написати список того, чого вони очікують від дитини в плані поведінки. Цей список у доступній манері пояснюють дитині. Після цього все написане неухильно дотримується, і дитина заохочується за успіх у його виконанні. [31]

Особливу увагу слід привернути корекційній роботі в сім’ї, яка спрямована на збагачення емоційного досвіду гіперактивної дитини, допомогу в оволодінні елементарними діями самоконтролю і тим самим зниження проявів підвищеної рухової активності. Цьому сприятимуть дії, ситуації, події, спрямовані на поглиблення контактів, їх емоційне збагачення. При вихованні гіперактивної дитини близькі повинні уникати двох крайнощів: з одного боку, прояви надмірної жалості та вседозволеності, з іншого - постановки вимог, які дитина не в змозі виконати. Треба зауважити, що часта зміна вказівок і коливань настрою батьків діють на таких дітей сильніше, ніж на інших. Процес поліпшення стану дитини займає зазвичай тривалий час і наступає не відразу. Важливим чинником в цьому процесі стає емоційно насичена взаємодія дитини з близьким дорослим. В цілому, атмосферу в сім’ї розглядають як умову закріплення, а в деяких випадках навіть і виникнення гіперактивності як способу поведінки дитини. Нерідко деякі особливості нервової системи дітей через незадовільне виховання і життєві умови є тільки фоном, що полегшує формування гіперактивності як способу реагування дітей на несприятливі умови.

До рекомендацій, які допоможуть батькам в процесі виховання гіперактивної дитини належать [24]:

) По-перше, корекція зовнішньої сторони поведінки близьких дорослих людей:

стримання бурхливих афектів, особливо якщо дорослі засмучені або незадоволені поведінкою дитини; уникання категоричних слів і виразів, жорстких оцінок, докорів, погроз, які можуть створити напружену ситуацію і викликати конфлікт в сім’ї; прагнення рідше говорити «ні», «не можна», «припини»;

емоційна підтримка дітей у всіх спробах конструктивної, позитивної поведінки, якими б незначними вони не були;

виховання інтересу до більш глибокого пізнання і розуміння дитини.

) По-друге, організація середовища і навколишнього оточення в сім’ї:

виділення для дитини власної кімнати або її частини для занять, ігор. Бажано уникати яскравих квітів, складних композицій. На столі і в найближчому оточенні дитини не повинно бути відволікаючих предметів, адже гіперактивна дитина сама не в змозі зробити так, щоб ніщо стороннє її не відволікало;

організація розпорядку дня, який діє на дитину заспокійливо;

визначення для дитини круг обов’язків, постійне спостереження і контроль за їх виконанням; частіше відзначати і хвалити зусилля дитини, навіть якщо результати далекі від досконалості.

) По-третє, активна взаємодія та емоційна єдність дитини з близьким дорослим:

використання основної діяльності дитини - гри, під час якої емоційні дії, що містяться в інтонаціях голосу, міміці, жестах, формі реагування дорослого на свої дії і дії дитини, приносить обом учасникам величезне задоволення;

безумовна любов та підтримка дитини.

Досвід роботи з гіперактивними дітьми та їхніми сім’ями показує, що до підліткового віку, а у деяких дітей і раніше, гіперактивність проходить. За спостереженнями більшості медиків і психологів, загальна рухова активність з віком зменшується, а виявлені невротичні зміни поступово нівелюються. У мозку дитини з’являються зв’язки, яких не було або які були порушені. Важливо, щоб дитина підійшла до цього віку без вантажу негативних емоцій і комплексів неповноцінності [24].

. Психотерапевтичні заходи.

Гіперактивність - це спільне захворювання дитини і дорослих. Тож, корекційна робота принесе користь як дитині так і її сім’ї. Серед основних можна відзначити наступні: ігрова психотерапія; гештальттерапія, інтегративна терапія.

Ігрова терапія допомагає дітям набути навичок щодо саморегуляції поведінки за допомогою розвитку когнітивних процесів, зокрема довільної уваги, пам’яті, прогнозуванню власних дій, вдосконаленню рухової і вольової активності.У процесі терапії дитина навчається краще розуміти свої почуття, робити вибір, приймати рішення, нести відповідальність за власні дії. Внаслідок цього, розвиваються комунікативні навички. підвищується самооцінка, що впливає на адаптаційні можливості дитини. Варто підкреслити ефективність використання ляльок та іграшок маленького розміру, які дають можливість виразити і позбутися неусвідомлюваних страхів, тривог, розв’язати конфліктні ситуації. Крім того, гра допомагає встановити доброзичливі стосунки між дорослим і дитиною, що сприяє встановленню довіри. [25]

З негативними проявами поведінки гіперактивних дітей, зокрема при роботі з агресією, гнівом ефективно використовувати методи гештальт-терапії, а саме у тих випадках, коли необхідна робота з емоціями дитини.

В ході біхевіоральної терапії психолог відпрацьовує з дитиною конструктивні способи поведінки, які замінять деструктивні.

Важливо враховувати індивідуальні особливості дитини і залежно від них об’єднувати та застосовувати принципи і техніки інших психотерапевтичних напрямків: нейропсихологічні, тілесно-зорієнтовані, арттерапевтичні психотехніки тощо.

В корекційній роботі з гіперактивною дитиною слід дотримуватися основних принципів, без яких отримати позитивні результати неможливо:

. Системний підхід - потребує врахування патогенетичного принципу, який дозволяє виявити «домінуючу недостатність» в розвитку дитини.

. Інформованість педагогів та батьків щодо особливостей розвитку і поведінки дітей з гіперактивною поведінкою.

. Комплексний підхід дозволяє медикам, психологам, педагогам і батькам не тільки зменшити гіперактивні прояви в поведінці дитини, знизити емоційну напругу, але й позбутися негативних форм поведінки до підліткового віку та найповніше реалізувати потенціал дитини.

. Компенсація - використання в корекційній роботі здорових структур у функціональній системі, їх посилення з метою компенсування дефіцитарних структур.

. Поетапність корекційних засобів з урахуванням індивідуальних особливостей гіперактивної дитини - один з основних принципів у роботі психолога [24].

Принципи роботи, що описано вище стали підставою запропонованої корекційної програми роботи з гіперактивними дітьми, в яку увійшли вправи, спрямовані на розвиток уваги, мислення, координації руху, релаксацію, емоційно-особистісну сферу.

Отже, в психокорекційній програмі умовно визначаються наступні етапи:

. Перший етап спрямований на встановлення взаємин з терапевтом, обговорення та окреслення проблем, які турбують дитину; концентрацію уваги на головних моментах подій, які відбуваються; структурування діяльності. Підходи та техніки, які ефективно використовуються на даному етапі - клієнто-центрований підхід, емпатія, конгруентність, активне слухання.

. Другий етап пов’язаний з усвідомленням власних емоцій, почуттів, переживань, прагнень та намагань. Найбільш доцільним є використання технік гештальт-терапії.

. Третій етап сприяє підвищенню самооцінки, формуванню позитивного образу «Я». Найбільш успішними на цій стадії виявляються тілесно-зорієнтовані та арттерапевтичні психотехніки.

. Четвертий етап спрямований на формування нових конструктивних форм взаємодії з оточуючим середовищем, що сприяє гнучкості поведінки та розкриває адаптивні ресурси дитини. На цьому етапі мета досягається за допомогою когнітивно-біхевіоральної терапії.

. П’ятий етап реалізує засвоєння навичок конструктивних способів поведінки. Окрім біхевіоральної терапії широко використовують ігрову терапію [27].

Слід підкреслити, що однією з причин гіперактивності і дефіциту уваги є несформованість функцій керування, які включають низку незалежних процесів, а саме: процеси програмування, регуляції та контролю. Тому психологічна корекційна робота спрямована на формування здатності чинити опір відволікаємості; можливості швидкого перемикання різних етапів діяльності, які пов’язані з перерозподілом уваги; розвинення процесів контролю за власним виконанням роботи та процесів планування діяльності. Особливу роль при цьому відіграє мовна опосередкованість дій.

Групові форми роботи з гіперактивними дітьми містять наступні вправи:

) розвиток та контроль за руховою діяльністю:

рухові вправи на повільні рухи, пози спокою та дихальні вправи;

вправа: «Що там відбувається?», в якої дитина за допомогою міміки, рухів, емоцій виконує завдання;

) удосконалення навичок саморегуляції емоційної сфери:

знайомство: «Більш за все я люблю…менш за все я люблю…»;

піктограми емоцій, вираження настрою за допомоги вправи «Ласкаве ім’я»;

вправа «Добре коло» - вираження власних почуттів і настрою;

) формування позитивного образу «Я», конструктивних засобів поведінки:

ігра-фантазія, корекція і формування моделі поведінки;

вправи на збільшення упевненості в собі - закінчити речення: «Я хочу…», «я зможу…», «я зумію…»;

розповідь - «Я люблю, коли…», «коли мені погано…», «коли я злий…», «мене турбує…», після якої вирішуються запропоновані ситуації.

Як результат, - досягнення означеної мети вирішує наступні завдання:

1. Удосконалення умінь та навичок контролю щодо рухової та емоційної сфер.

2. Формування здатності використовувати особистісні ресурси для подолання травмуючих ситуацій.

. Розвиток позитивного відношення до себе та оточуючого середовища.

Щоб допомога гіперактивній дитині була ефективною, краще братися за неї комплексно:

1. Корекційні класи (наповнюваність не більше 10 учнів; спеціальні програми; необхідні не тільки для хворих дітей, але й для здорових, які будуть мати кращі умови для навчання, якщо виключити дезорганізуючих учнів)

2. Організувати групу індивідуального супроводу дітей «групи ризику»:

• Лікар - обстеження, призначає масаж, фізіопроцедури, при необхідності вітаміни, медпрепарати, які стабілізують функції головного мозку, дієту. Кожні півроку необхідно проходити обстеження у невропатолога.

• Психолог - здійснює розвиток слабких функцій дитини.

• Педагог - адаптує навчальні програми можливостям дитини.

• Логопед.

• Соціальний педагог - посередник між батьками та шкільними спеціалістами.

• Тьютор (найчастіше це один з батьків) - діти з синдромом потребують постійної медико-педагогічної допомоги в вигляді «консультативного супроводу» або «тьюторства». Їх розвиток треба постійно направляти.

В той саме час необхідно пам’ятати, що відсутність взагалі будь-якої корекції може призвести до розвитку хронічної форми захворювання, а значить до проблем у житті цих дітей і оточуючих [24].

Корекційна робота практичного психолога з гіперактивними дітьми має включати такі етапи психокорекційної роботи:

. Лікування і виховання гіперактивної дитини має проводитися комплексно - невролог, психолог, педагог, батьки;

. Невролог призначає лікування, пояснює батькам причини виникнення гіперактивності, зв'язок фізіологічних проблем (як правило ММД) із поведінковими проявами і розробляє індивідуальну програму допомоги дитині;

. Психолог, соціальний педагог спільно з педагогічним колективом та батьками здійснює психокорекцію емоційної сфери та поведінки дитини:

проведення психологом тренінгу ефективної взаємодії для батьків гіперактивної дитини; головним завданням батьків є забезпечення загального емоційно-нейтрального фону розвитку і навчання дитини, спостереження за динамікою змін в ході психокорекції; пам'ятка для батьків гіперактивної дитини (розроблені конкретні рекомендації);

проведення психологічних практикумів для педагогів з метою володіння навичками взаємодії з гіперактивними дітьми, консультування вчителя, пам'ятка для вчителя по роботі з гіперактивною дитиною (розроблені конкретні рекомендації);

практичний психолог чи соціальний педагог безпосередньо займається з дитиною індивідуально, а також в групі гіперактивних дітей по спеціально розробленій програмі.

Корекційні ігри та вправи для індивідуальної роботи

Ігри для розвитку уваги.

Ігри та вправи для зняття м'язового та емоційного напруження.

- Ігри, які розвивають навички вольової регуляції [19].

Психологічний супровід гіперактивної дитини:

) Чим раніше діагностується гіперактивність у дитини, тим швидше можна досягти позитивного успіху.

) У разі діагностування гіперактивності обов'язкова взаємодія з лікарем.

) Фізична реабілітація дитини: спеціальні вправи, займатися спортом, зарядкою, щоб було фізичне навантаження.

) Поведінкова корекція: правило «носій», яке ефективне в початкових класах, а також застосовувати похвалу до дитини.

) Змінювати форми заохочення, використовувати середню перспективу. Ні в якому разі не використовуємо гроші як заохочення!

) Покарання гіперактивної дитини має відбуватися відразу ж після проступку (пояснюємо дитині чому, розкриваємо перспективи, якщо критикуємо дитину, то критикуємо її проступок, а не її особистість).

) Скласти разом з дитиною список того, що вона зобов'язується робити і те, чого вона не буде робити. Цей список дитина має написати сама і прикріпити його на видному місці, там де знаходиться більше всього.

) При гіперактивній поведінці постійно акцентуємо увагу на те, що зроблено.

) Не виявляти гіперопіку та жорсткі вимоги до дитини (вимагати тільки те, що дитина може реально реалізувати, враховувати її можливості).

) Бажана корекція поведінки батьків (вони мають стримуватися, говорити тихо, не проявляти агресивність, уповільнювати свої рухи та дії).

) Гіперактивна дитина має дотримуватися правильного режиму (обов'язкова зміна праці та активного відпочинку, вчасно лягати спати, не пізніше 22:00).

) У школі доцільно посадити дитину з гіперактивною поведінкою на першу парту перед вчителем.

) В молодшому шкільному віці використовувати фізкульт хвилинки.

) В процесі уроку доцільно пропонувати певні доручення, які допоможуть дитині виплеснуту енергію (принести крейду, води, полити квіти та ін).

) Якщо гіперактивна дитина досягла високих досягнень, то обов'язково продемонструвати їх в класі перед усіма учнями.

) Оптимальна стратегія «домовляння» з гіперактивною дитиною [25].

.2 Корекційна робота психолога з дітьми, що мають гіперактивну поведінку та рекомендації

Для проведення корекційно-розвивальної програми було сформовано групу з 10 осіб (учні 4-Б класу), які мають низький рівень концентрації уваги та занижену самооцінку та потребують психокорекційної роботи психолога.

Для корекції гіперактивної поведінки дітей молодшого шкільного віку була використана програма корекційно-розвивальних занять Тетяни Фролової (психолог ЗОШ №95, м. Київа) «Допомога гіперактивним дітям». Додаток 3.

Мета програми: корекція емоційної сфери і поведінки гіперактивної дитини та формування соціально-адаптивної поведінки, навчання навичок саморегуляції.

Завдання програми:

• створити сприятливі умови для розвитку уваги, контролю над імпульсивністю та управління руховою активністю;

• сприяти підвищенню в дітей самооцінки, впевненості у своїх силах через засвоєння нових навичок, покращення успішності у навчанні та повсякденному житті;

• учити дітей поважати близьких людей, розвивати навички ефективної соціальної взаємодії;

• формувати почуття відповідальності за особисті вчинки;

• виховувати культуру мовлення;

• сприяти ефективній взаємодії всіх учасників навчально-виховного процесу.

Програма передбачає 10 занять із гіперактивними учнями по 30-40 хвилин 2-3 рази на тиждень після уроків.

Вік учасників: молодший шкільний вік.

У програмі використані методики, вправи, ігри, дібрані за такими напрямами:

• розвиток уваги;

• зняття м'язового та емоційного напруження (релаксація);

• розвиток навичок вольової регуляції;

• закріплення вміння спілкуватися. Форма роботи: групова (до 12 дітей).

Групова психодіагностика відбувалася на базі Навчально-виховного комплексу: Загальноосвітня школа І-ІІ ступенів №34 - Економіко-правовий ліцей «Сучасник» - Дитячо-юнацький центр Кіровоградської міської ради Кіровоградської області. Кількість дітей, що підлягали діагностуванні 10 осіб, учні 4-Б класу. Групова діагностика проводилась з метою дослідити дітей з гіперактивною поведінкою.

Діагностичний інструментарій: методика П’єрона-Рузера: визначення рівня концентрації уваги молодших школярів, методика дослідження самооцінки «Сходинки» Т. Дембо, С. Рубинштейн були отримані такі результати:

Таблиця № 4. Діагностичне обстеження показало такі результати

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Прізвище, ім'я | Рівень концентрації уваги молодших школярів | Рівень самооцінки |
| 1. | Барчуков Артур | дуже низький | нормальна |
| 2. | Горбатко Дмитро | низький | завищена |
| 3. | Гончар Анна | середній | завищена |
| 4. | Данилишина Діани | середній | завищена |
| 5. | Дорош Максим | дуже низький | нормальна |
| 6. | Колінько Ангеліни | дуже низький | завищена |
| 7. | Легостаєва Євгенія | дуже низький | нормальна |
| 8. | Остапенко Денис | середній | нормальна |
| 9. | Теплова Єлизавета | середній | завищена |
| 10. | Ткаченко Олена | середній | нормальна |

За аналізом таблиці № 4, ми спостерігаємо, що досліджувані мають різні результати, але багато учнів мають низький та дуже низький рівень концентрації уваги - вони потребують уваги та психокорекційної роботи соціально-психологічної служби. Також спостерігаємо, що діти мають нормальну та завищену самооцінку, а це означає, що в них майже не відмічаються порушення структури особистості (адекватною вважається нормальна та завищена самооцінка), лише деякі особи схильні до низької самооцінки.

Повторна групова психодіагностика відбувалася на базі Навчально-виховного комплексу: Загальноосвітня школа І-ІІ ступенів №34 - Економіко-правовий ліцей «Сучасник» - Дитячо-юнацький центр Кіровоградської міської ради Кіровоградської області. Кількість дітей, що підлягали діагностуванні 10 осіб, учні 4-Б класу.

Повторне обстеження відбувалось після проведення корекційно-розвивальної програми з гіперактивними дітьми молодшого шкільного віку

Повторне діагностичне обстеження показало наступну позитивну динаміку змін у результатах, які зазначені в таблиці № 5:

Таблиця №5. Повторне психодіагностичне обстеження:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Прізвище, ім'я | Рівень концентрації уваги молодших школярів | Рівень самооцінки |
| 1. | Барчуков Артур | середній | нормальна |
| 2. | Горбатко Дмитро | високий | завищена |
| 3. | Гончар Анна | дуже високий | завищена |
| 4. | Данилишина Діани | високий | завищена |
| 5. | Дорош Максим | середній | нормальна |
| 6. | Колінько Ангеліни | середній | завищена |
| 7. | Легостаєва Євгенія | середній | нормальна |
| 8. | Остапенко Денис | дуже високий | нормальна |
| 9. | Теплова Єлизавета | дуже високий | завищена |
| 10. | Ткаченко Олена | дуже високий | нормальна |

Проаналізувавши таблицю № 5, ми спостерігаємо позитивні результати дітей, обстежувані мають середній, високий та дуже високий рівні концентрації уваги, а також підвищилася їхня самооцінки та впевненість у своїх можливостях.

Це означає, що при повторній діагностиці ми отримали кращі результати, що говорить про результативність проведеної корекційно-розвивальної програми.

Можна зазначити, що група досліджуваних показали набагато кращі результати, діти набули нових знань, умінь та навичок. Це дасть змогу покращити успішність у навчанні та повсякденному житті та сприяє ефективній взаємодії всіх учасників навчально-виховного процесу.

Отже, проаналізувавши всі результати, можна зазначити про ефективність проведеної психокорекційної роботи з дітьми молодшого шкільного віку, що мають гіперактивну поведінку.

Тому на основі цього можна висунути такі рекомендації щодо роботи з гіперактивними дітьми молодшого шкільного віку.

Основні рекомендації щодо навчання дітей з гіперактивністю:

. Розпорядок життя класу має бути з чіткими правилами, розкладом та добре сформульованими письмовими завданнями, написаними чіткими літерами.

. Краще, коли робоче місце для дитини з порушенням уваги відведено за першою партою (поруч зі столом учителя, але подалі од відволікаючих факторів).

. Вказівки мають бути короткими і чіткими, повторюйте їх кілька разів.

. Розклад має складатися з урахуванням обмеження здатності дитини концентруватися та сприймати багато матеріалу.

. Усі завдання слід перевіряти.

. Керування поведінкою - основа навчання.

. Обговорення поведінки з дитиною у поєднанні з іншими педагогічними методами дає позитивні результати.

. Заохочуйте дітей з порушенням уваги, оскільки самооцінка має для них величезне значення.

. Відзначайте успішні приклади доречних дій та виконання навчальних завдань. Попросіть дітей вести щоденник, в якому вони записуватимуть події, що допомогли їм відчути себе впевненіше [28].

Правила поведінки соціального педагога, практичного психолога з гіперактивною дитиною:

 «не помічати» дрібні витівки, стримувати роздратування і не кричати на дитину, оскільки від шуму збудження посилюється;

 застосовувати при необхідності позитивний фізичний контакт: узяти за руку, погладити по голівці, притиснути до себе;

 рекомендується саджати за першу парту, щоб зменшити відволікаючі моменти під час занять;

 давати можливість в середині заняття подвигатися (попросити що-небудь підняти, принести, запропонувати протерти дошку і т.п.);

хвалити за прояви стриманості, самоконтролю, відкрито проявляти похвалу чи захват, якщо дитина довела справу до кінця [27].

Практичні поради у роботі з гіперактивними дітьми:

. Працювати з дитиною в першу половину дня, а не в вечірні години.

. Меншити навчальне навантаження дитини.

. Ділити роботу на більш короткі, але частіші періоди.

. Давати дитині лише одне завдання на певний проміжок часу, щоб вона могла його завершити.

. 3низити вимоги до акуратності на початку роботи, щоб сформувати відчуття успіху.

. Посадити дитину під час занять ближче до вчителя.

. Використовувати тактильний контакт.

. Домовлятися з дитиною про ті чи інші дії заздалегідь.

. Для підкріплення усних інструкцій використовувати зорову стимуляцію.

. Давати короткі, чіткі, конкретні інструкції.

. Використовувати гнучку систему заохочень. Заохочувати дитину відразу ж, не відкладаючи на майбутнє.

. Надавати дитині можливість вибору.

. Дотримуватися чіткого розпорядку дня.

14. Залишатися спокійним [28].

Рекомендації вчителю, який працює з гіперактивними дітьми у початковій школі:

. Зміна оточення:

• роботу з гіперактивною дитиною будуйте індивідуально. Дитина завжди повинна перебувати перед очима вчителя;

• оптимальне місце в класі для гіперактивної дитини - перша парта навпроти стола вчителя або в середньому ряду;

• змініть режим уроку, більше включайте фізкультхвилинок.

• дозвольте гіперактивній дитині через кожні 20 хв. підводитись і ходити по класі;

• надайте такій дитині можливість швидко звертатися по допомогу в разі виникнення труднощів;

• спрямовуйте енергію дитини в корисне русло, пропонуючи вимити дошку, роздати зошити, тощо;

• пам'ятайте про нейропсихологічні особливості гіперактивної дитини: якщо її заставляти сидіти нерухомо, то в неї різко знижується рівень активності мозку. Тобто в процесі навчання гіперактивній дитині допомагає рухова активність.

. Створення позитивної мотивації на успіх:

• введіть знакову систему оцінювання;

• частіше хваліть дитину;

• розклад уроків має бути постійним;

• уникайте завищених або занижених вимог до учня з синдромом дефіциту уваги та гіперактивністю;

• введіть проблемне навчання;

• використайте на уроці елементи гри і змагання;

• давайте завдання, враховуючи здібності дитини;

• великі завдання розбивайте на окремі частини, контролюючи виконання кожної з них;

• створюйте ситуації, у яких гіперактивна дитина може продемонструвати свої сильні сторони;

• заохочуйте позитивні вчинки;

• будуйте процес навчання на позитивних емоціях;

• пам'ятайте: з дитиною необхідно домовитися, а не зламати її.

. Корекція негативних форм поведінки:

• сприяйте припиненню агресії;

• навчайте необхідних соціальних норм і навичок спілкування;

• регулюйте взаємини дитини з однокласниками.

. Регулювання очікувань:

• пояснюйте батькам і оточуючим, що позитивні зміни відбуваються не відразу, а через деякий час

• пояснюйте батькам і оточуючим, що поліпшення стану дитини залежить не тільки від спеціального лікування (медикаментозної терапії), але й від спокійного й поміркованого ставлення до неї [16].

Отже, в ІІІ розділі ми описали та провели психокорекційну роботу з молодшими школярами, що мають гіперактивну поведінку, а також описали практичні аспекти та особливості соціально-педагогічної та психологічної діяльності з гіперактивними дітьми, безпосередньо провели корекційно-розвивальну програму та розробили рекомендації психологу, соціальному педагогу, вчителю та батькам щодо корекційної роботи з дітьми, що мають гіперактивну поведінку.

В соціально - педагогічній та психологічній роботі вже розроблено багато ігр, тренінгів, програм, бесід для корекційної роботи з гіперактивними дітьми, які потрібно застосовувати на практиці. На сьогоднішній день основні корекційні засоби гіперактивної поведінки досліджуються в 3 напрямках: 1) фізична реабілітація; 2) поведінкова корекція дітей та близьких дорослих; 3) психотерапевтичні заходи. Саме такі корекційні засоби може використовувати соціальний педагог та практичний психолог у роботі з гіперактивними дітьми.

Отже, після проведеного діагностування та психокорекційної роботи спостерігаються позитивні результати дітей, обстежувані мають середній, високий та дуже високий рівні концентрації уваги, а також підвищилася їхня самооцінки та впевненість у своїх можливостях. Це означає, що при повторній діагностиці ми отримали кращі результати, що говорить про результативність проведеної корекційно-розвивальної програми. Можна зазначити, що група досліджуваних показали набагато кращі результати: діти набули нових знань, умінь та навичок, розвинули психічні процеси, в тому числі увагу. Це дасть змогу покращити успішність у навчанні та повсякденному житті та сприятиме ефективній взаємодії всіх учасників навчально-виховного процесу.

Отже, проаналізувавши всі результати, можна зазначити про ефективність проведеної психокорекційної роботи з дітьми молодшого шкільного віку, що мають гіперактивну поведінку.

Висновок

Отже, останнім часом дитяча гіперактивність стала болючою проблемою для батьків і педагогів. У багатьох країнах проблема гіперактивності й дефіциту уваги набула загальнонаціонального статусу. Це соціально-психолого-педагогічна проблема, тому що дітей з мінімальною мозковою дисфункцією (ММД) стає все більше. Тому найпоширенішою формою хронічних порушень поведінки в дитячому віці є гіперактивність. За даними більшості закордонних епідеміологічних досліджень, його частота серед дітей дошкільного й шкільного віку збільшується з кожним роком.

Синдром дефіциту уваги і гіперактивності (СДУГ) - хронічний психічний розлад у дітей, що характеризується неувагою, гіперактивністю, імпульсивністю, які проявляються в різних ситуаціях і обумовлюють стійку соціальну і/або шкільну дезадаптацію. Останнім часом у нашій країні даній патології приділяється все більше уваги, але щодо методів корекції - недостатньо. Тому на основі цього була обрана дана тема, визначено предмет, мету та завдання дослідження.

Курсова робота складається з ІІІ розділів:

В розділ І ми теоретично вивчали проблеми гіперактивності у психології, а саме детально розглянули психолого-педагогічні засади гіперактивності, загальну характеристику гіперактивної поведінки дітей молодшого шкільного віку, а саме особливості, причини та фактори ризику, а також вікові особливості молодшого школяра. Проаналізувавши літературу можна сказати, що існує безліч визначень гіперактивності дитини, зазначені причин виникнення, а також описані особливості гіперактивної поведінки таких дітей та вікові особливості молодших школярів.

У розділ ІІ ми емпірично дослідили гіперактивну поведінку дітей молодшого шкільного віку за допомогою спостереження та діагностичних методик. Основними методами у нашому дослідженні було спостереження за учнями 4-Б класу та діагностичні методики. На основі проведеного дослідження можна зазначити, що у деяких дітей спостерігається гіперактивна поведінка і вони потребують особливої уваги практичного психолога, соціального педагога, вчителя та самих батьків. Для подолання гіперактивної поведінки дітей молодшого шкільного віку потрібне проведення корекційно-розвивальної програми на розвиток пізнавальних процесів, в тому числі уваги, індивідуальна психокорекційна робота з учнями, тренінги на особистісний розвиток та інші види, форми роботи.

В ІІІ розділі ми описали та провели психокорекційну роботу з молодшими школярами, що мають гіперактивну поведінку, а також обґрунтували практичні аспекти та особливості соціально-педагогічної, психологічної діяльності з гіперактивними дітьми, безпосередньо провели корекційно-розвивальну програму та розробили рекомендації психологу, соціальному педагогу, вчителю та батькам щодо корекційної роботи з дітьми, що мають гіперактивну поведінку. Проаналізувавши всі результати, можна зазначити про ефективність проведеної психокорекційної роботи з дітьми молодшого шкільного віку, що мають гіперактивну поведінку.

Отже, дитяча гіперактивність досить розповсюджене явище, якому потрібно приділяти належну увагу. Тому зараз у кожній школі потрібен соціальний педагог, практичний психолог, які повинні знати як спілкуватись з гіперактивною дитиною, вміти працювати з такою категорією дітей. В соціально - педагогічній роботі вже розроблено багато ігр, тренінгів, програм, бесід для корекційної роботи з активними дітьми, які потрібно застосовувати на практиці для подолання дитячої гіперактивності.

У нашому дослідженні було розглянуто багато різних вправ, методик, занять щодо подолання дитячої гіперактивності, але ми використали програму Тетяни Фролової: «Допомога гіперактивним дітям. Молодший шкільний вік». На мою думку, вона найбільш змістовна, цікава та ефективна.

Курсова робота написана відповідно до мети, виконані всі поставлені завдання, використано різні методи дослідження.

Список використаної літератури

1. Діти з гіперактивними розладами та дефіцитом уваги/ Т. Ілляшенко//Початкова школа. - 2009. - №6. - с. 54-56.

. Непосидько Філ. Психолого-медико-педагогічна допомога гіперактивним дітям/ С. Макаренко//Шкільний світ. - 2008. - № 47. - с. 5-6-19.

. Гіперактивна дитина/ Анна Єрофеєва//Шкільний світ. - 2011. - №14. - с. 5-8

. Гиперактивные дети: болезнь или дурное воспитание?/Дарья Рыбина// Здоровье. - 2011. - №2. - с. 49-55.

. Алєксеєва І.В. Гіперактивні діти:корекція поведінки/ Ірина Алєксеєва, Марина Калшикова. - К.: Шкільний світ. - 2011. - 96 с.

. Гуріна О.М. Робота з гіперактивними дітьми. Психологічна компетентність учителя// Психолог. - 2006. - №221. - 236 с.

. Робота вчителя з гіперактивними дітьми. Початкова школа/ Оксана Мирончик// Школа. - 2013. - №2. - с. 63-65.

. Прийоми роботи з гіперактивними дітьми/ Л.В. Туріщева// Педагогічна майстерність. - 2012. - №2. - с. 28-30.

. Дефіцит уваги у дітей з гіперактивністю/ Т. Ілляшенко//Початкова школа. - 2006. - №11. - с.4-7.

. Психолого-медико-педагогическая помощь гиперактивным детям/ С. Макаренко//Воспитание школьников. - 2007. - №9. - с. 48-54.

. Гіперактивна дитина й молодша школа: хто кого?/Олена Науменко//Початкова освіта. - 2011. - №1. - с.4-7.

. Синдром ослабленного внимания и гиперактивности у детей и его корекция/ Е.В. Заика//Практична психологія та соціальна робота. - 2011. - №5. - с. 41-46.

. Особливості виховання гіперактивних дітей молодшого шкільного віку/Даріко Ліпартеліані//Початкова школа. - 2011. - №4. - с. 47-49.

. Брязгунов И.П., Касатикова Е.В. Непоседливый ребенок или все о гиперактивных детях. - М.: Изд.-во Института психотерапии. - 2002. - с. 211.

. Синдром внимания с гиперактивностью (СДВГ) у детей и подростков. Проблемы диагностики и терапии/ В.Н. Кузнецов//Практична психологія та соціальна робота. - 2012. - №3. - с.2-9.

. Як допомогти дитині з гіперактивними розладами/Тамара Ілляшенко//Початкова школа. - 2013. - №2. - с.44-46.

. Піддубна Н. Гіперактивність старших дошкільників: причини та психологічна підтримка дітей. Актуальні проблеми психолого-педагогічного та соціального супроводу дитини на ранніх етапах соціалізації//Гуманізація навчально-виховного процесу. - спецвипуск 4. Частина І. - Слов’янськ. - 2010. - с.223-230.

. Заваденко Н.Н., Успенская Т.Ю. Синдромы дефицита внимания как причина школьной дезадаптации // Школа здоровья. - 1994. - №1. - с. 91-94.

. Осичнюк Л.М., Тищенко Н.Е., Горлов М.В., Тищенко І.П. Синдром дефіциту уваги і гіперактивності у дітей молодшого шкільного віку і його корекція// Наукова бібліотека Луганського державного медичного університету. - с.424. - 428.

. Реабілітаційний супровід навчання неповносправних дітей: методичний посібник/ Укл.: А. Луговський, М. Сварник, О. Падалка. - Львів: Колесо. - 2008. - 144 с.

. Допомога гіперактивним дітям. Молодший шкільний вік/Тетяна Фролова//Психолог. - січень №1 (481) - 2012. - с. 8-18.

. Заваденко Н.Н. Как понять ребенка: дети с гиперактивностью и дефицитом внимания. - М., 2001.

. Романчук Олег. Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги у дітей. Практичне керівництво. - Львів: Видання навчально-реабілітаційного центру „Джерело”, 2009 - 324 с.

. Психолого-педагогічні засади зниження гіперактивності у дітей//Вікторія Левченко та Олександр Левченко// Освіта на Луганщині. Науково-методичний журнал - №1. - 2013. - с.67-72.

. Марінушкіна О.Є., Замазій Ю.О. Порадник практичного психолога. - Х., 2007. - 240 с.

. Заваденко Н.Н. Диагноз и дифференциальный диагноз синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей // Школьный психолог. - №4. - 2010. - С. 2-6.

. Коробко С.Л., Коробко О.І. Робота психолога з молодшими школярами: Методичний посібник. - Київ: «Літера ЛТД». - 2006.

. О.В. Скрипченко, Л.В. Долинська, З.В. Огороднійчук. Вікова та педагогічна психологія, 2001.

Додаток 1

ТЕСТ ПЬЕРОНА-РУЗЕРА

Цель исследования: определить уровень концентрации внимания (младший школьный возраст, средний).

Материал и оборудование: бланк теста Пьерона-Рузера, карандаш и секундомер.

Процедура исследования

Исследование можно проводить с одним испытуемым или с группой. Главные условия при работе с группой - удобно разместить испытуемых, обеспечить каждого бланками тестов, карандашами и следить за соблюдением тишины в процессе тестирования.

Инструкция испытуемому: "Вам предложен тест с изображенными на нем квадратом, треугольником, кругом и ромбом. По сигналу "Начали" расставьте как можно быстрее и без ошибок следующие знаки в эти геометрические фигуры: в квадрат - плюс, в треугольник - минус, в кружок - ничего не ставьте и в ромб - точку. Знаки расставляйте подряд построчно. Время на работу отпущено 60 секунд. По моему сигналу "Стоп!" расставлять знаки прекратите".

Экспериментатор в ходе исследования контролирует время с помощью секундомера и подает команды "Начали!" и "Стоп!"

Надежность результатов исследования достигается повторными тестированиями, которые лучше проводить через значительные интервалы времени.

Обработка и анализ результатов

Результатами данного тестирования являются: количество обработанных испытуемым за 60 с геометрических фигур, считая и кружок, и количество допущенных ошибок.

Уровень концентрации внимания определяют по таблице.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Число обработанных фигур | Ранг | Уровень концентрации внимания |
| 100 | 1 | очень высокий |
| 91-99 | 2 | высокий |
| 80-90 65-79 | 3 4 | средний низкий |
| 64 и меньше | 5 | очень низкий |

За допущенные при выполнении задания ошибки ранг снижается. Если ошибок 1-2, то ранг снижается на единицу, если 3-4 - на два ранга концентрация внимания считается хуже, а если ошибок больше 4, то - на три ранга.

При анализе результатов необходимо установить причины, обусловившие данные результаты. Среди них важное значение имеет установка, готовность испытуемого выполнять инструкцию и обрабатывать фигуры расставляя в них знаки как можно скорее, или же его ориентации на безошибочность заполнения теста. В ряде случаев показатель концентрации внимания может быть ниже возможного из-за слишком большого желания человека показать свои способности, добиться максимального результата (то есть своего рода соревновательности). Причиной снижения концентрации внимания могут быть также состояние утомления, плохое зрение, болезнь.

Бланк с геометрическими фигурами теста Пьерона-Рузера имеет следующий вид:



Додаток 2

Проективна методика визначення рівня самооцінки «Сходинки» (Т. Дембо, С. Рубинштейн)

Дитині пропонують заповнити малюнок, на якому зображені сходинки (із 7 сходинок). На середині розміщена фігура людини. Учням пояснюють, що на сходинку вище (показують) ставлять гарних дітей. На сходинку нижче ставлять не дуже гарних дітей, ще нижче - погані діти, на останній сходинці - найпоганіші діти. На якій сходинці ти себе намалюєш? (За цим зразком можна розглянути такі характеристики: злий-добрий, розумний-нерозумний, сильний-слабкий, кращий учень - учень, який не встигає.

Аналіз результатів:

-2 сходинки - занижена самооцінка.

,4,5 - адекватна самооцінка.

-7 сходинка - завищена самооцінка.

Звертають увагу, на яку сходинку дитина себе поставить. Вважається нормою, якщо діти ставлять себе на сходинку «дуже гарний» і навіть «найкращий».

У всякому випадку діти повинні розмістити себе на верхніх сходах, тому що розташування на нижніх сходах говорить не про адекватну оцінку, а про негативне відношення до себе, невпевненості в своїх можливостях. Це дуже серйозне порушення структури особистості, яке може привести до депресій, до неврозів, асоціативності у дітей. Як правило, це пов’язано з «холодним» відношенням до дітей, жорстоким авторитарним вихованням.