m_educ_2025_114

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЧЕРНІВЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ЮРІЯ ФЕДЬКОВИЧА

Факультет педагогіки, психології та соціальної роботи
Кафедра педагогіки і психології дошкільної та спеціальної освіти

Специфічні порушення (навчальні розлади) у дітей з розладом дефіциту уваги та гіперактивністю і їх корекція

Кваліфікаційна робота

Рівень вищої освіти – другий (магістерський)

Виконала:
студентка 2 курсу, 627 групи
Кушнірик Роксоляна Василівна

Керівник*:*
кандидат психологічних наук, доцент
Колтунович Т.А.

До захисту допущено
на засіданні кафедри
протокол №____від _____ 2024 р.
Зав. кафедрою _____ проф. Олійник М.І.

Чернівці – 2024

Анотація

Кушнірик Р.В. Специфічні порушення (навчальні розлади) у дітей з розладом дефіциту уваги та гіперактивністю і їх корекція – Рукопис. Кваліфікаційна робота на здобуття ступеня вищої освіти «магістр» зі спеціальності 016 «Спеціальна освіта». Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича. Чернівці, 2024. 132 с.

У кваліфікаційній роботі висвітлено теоретико-методологічні засади вивчення навчальних розладів у дітей молодшого шкільного віку з розладом дефіциту уваги та гіперактивністю (РДУГ); охарактеризовано психолого-педагогічні особливості цієї категорії дітей; проаналізовано супутні порушення (дислексія, дисграфія, дискалькулія, диспраксія) та їх вплив на навчальний процес; детально описано форми та методи роботи з подолання навчальних розладів, спрямовані на розвиток когнітивних та моторних функцій у дітей з РДУГ; розроблено програму корекції навчальних порушень та перевірено її ефективність.

Ключові слова: навчальні розлади, розлад дефіциту уваги та гіперактивності, дислексія, дисграфія, програма корекції, молодший шкільний вік, спеціальна освіта.

Annotation

Kushniryk R.V. Specific learning disorders in children with attention deficit hyperactivity disorder and their correction – Manuscript. Qualification thesis for the Master's degree in Special Education (016). Yuriy Fedkovych Chernivtsi National University, Chernivtsi, 2024. 132 pages.

The qualification thesis examines the theoretical and methodological foundations of studying learning disorders in primary school-aged children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). It characterizes the psychological and pedagogical features of this category of children, analyzes associated disorders (dyslexia, dysgraphia, dyscalculia, dyspraxia) and their impact on the learning process. The work provides a detailed description of forms and methods for overcoming learning disorders, aimed at developing cognitive and motor functions in children with ADHD. Furthermore, a program for correcting learning disorders was developed and its effectiveness was evaluated.

Keywords: learning disorders, attention deficit hyperactivity disorder, dyslexia, dysgraphia, correction program, primary school age, special education.

Кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів наукових досліджень інших авторів мають посилання на відповідне джерело.

_____ Р. В. Кушнірик

ЗМІСТ

ВСТУП **4**

РОЗДІЛ 1. НАВЧАЛЬНІ РОЗЛАДИ У ДІТЕЙ З РОЗЛАДОМ ДЕФІЦИТУ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНІСТЮ **10**

1.1. Психолого-педагогічна характеристика дітей молодшого шкільного віку з розладом дефіциту уваги та гіперактивністю 10

1.2. Дислексія, дисграфія, дискалькулія, диспраксія як супутні розлади у дітей з РДУГ 19

1.3. Форми та методи роботи з подолання навчальних розладів у дітей молодшого шкільного віку з розладом дефіциту уваги та гіперактивністю 39

Висновки до розділу 1 47

РОЗДІЛ 2. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МЕТОДИКА ПОДОЛАННЯ НАВЧАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З РОЗЛАДОМ ДЕФІЦИТУ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНІСТЮ **49**

2.1. Опис діагностичного інструментарію дослідження 49

2.2. Організація та опис процедури дослідження специфічних порушень навчання та когнітивно-моторних функцій у дітей з розладом дефіциту уваги та гіперактивністю 51

2.3. Особливості специфічних порушень навчання та когнітивно-моторних функцій у дітей з розладом дефіциту уваги та гіперактивністю 63

2.4. Програма корекції навчальних порушень у дітей з розладом дефіциту уваги та гіперактивністю та перевірка її ефективності 73

Висновки до розділу 2 82

ВИСНОВКИ **83**

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ **87**

ДОДАТКИ **94**

ВСТУП

Актуальність дослідження. Розлад дефіциту уваги з гіперактивністю (далі – РДУГ) є поширеним порушенням нейророзвитку, яке значно ускладнює освітню адаптацію дітей, впливає на їхні когнітивні, поведінкові та соціальні навички. Окрім поведінкових особливостей, РДУГ часто супроводжується специфічними порушеннями навчальних навичок, такими як дислексія, дисграфія, дискалькулія та диспраксія. Вивчення цих порушень у контексті РДУГ є особливо актуальним, враховуючи їхній вплив на навчальний процес і подальшу соціалізацію дитини.

Особливого значення набуває інтеграція наукових досліджень у практику корекційно-розвивальної роботи. Сучасні вимоги до інклюзивної освіти вимагають створення ефективних методик діагностики та корекції, які враховують складність структури порушень і спрямовані на формування навчальних компетенцій. У цьому контексті особливу увагу слід приділити впровадженню міждисциплінарних підходів до роботи з дітьми з РДУГ та супутніми порушеннями.

Стан дослідження проблеми. Українські науковці приділяють значну увагу дослідженню феномену РДУГ. І. І. Марценковська аналізувала клінічні аспекти та типологію порушення, наголошуючи на його зв’язку з шкільною дезадаптацією. Н. О. Науменко досліджувала самосвідомість дітей із РДУГ, акцентуючи увагу на особливостях їхнього емоційного розвитку. О.М. Тохтамиш запропонувала ефективні програми психологічного супроводу дітей із РДУГ у дошкільному та молодшому шкільному віці. Т. М. Фаласеніді досліджувала педагогічну підтримку учнів із РДУГ у загальноосвітніх школах, звертаючи увагу на важливість адаптації навчальних матеріалів. Закордонні дослідження, зокрема роботи Р.А.Берклі (R.A. Barkley), детально розкривають нейропсихологічні механізми РДУГ, зокрема вплив генетичних і нейробіологічних чинників на розвиток дитини [26; 27; 38; 39; 52].

Дослідження специфічних порушень читання висвітлені у працях P. Ott і

T. R. Miles, які аналізували когнітивні механізми дислексії, такі як фонематичний слух, зорово-моторна координація та слухомовленнєва пам’ять. В Україні Н. М. Голуб акцентувала увагу на мовленнєвих і когнітивних аспектах дислексії, розробляючи методики корекційної роботи. У роботах Е. Данілавічютє досліджено методику подолання порушень читання у дітей із церебральним паралічем, що може бути адаптована до роботи з дітьми з РДУГ. Вивчення дисграфії в Україні активно розвивається завдяки роботам Н. М. Голуб, яка детально аналізувала лінгвістичні та когнітивні механізми порушення письма. Е. Данілавічютє вивчала вплив когнітивних факторів на формування графомоторних навичок. Л. Тенцер описувала зміст та методика подолання графічних та оптико-просторових помилок в системі корекційно-розвивального навчання молодших школярів із дисграфією. Закордонні дослідники, зокрема C. Butterworth і P. Tallal, наголошували на важливості когнітивних функцій, таких як послідовність операцій та слухова пам'ять, у формуванні навичок письма. Дослідження специфічних порушень рахунку зосереджено на когнітивних механізмах, які забезпечують математичні навички. В Україні цю проблему аналізували Л. Коваль та В. Тарасун, які пропонували практичні підходи до діагностики та корекції дискалькулії. Закордонні дослідження, зокрема роботи J. Butterworth, підкреслюють роль зорово-просторових уявлень і когнітивної організації в успішному оволодінні математикою [4; 33; 34; 35; 53].

Дослідження специфічних порушень рахунку зосереджено на когнітивних механізмах, які забезпечують математичні навички. В Україні цю проблему аналізували Л. Коваль та В. Тарасун, які пропонували практичні підходи до діагностики та корекції дискалькулії. Закордонні дослідження, зокрема роботи J. Butterworth, підкреслюють роль зорово-просторових уявлень і когнітивної організації в успішному оволодінні математикою [33; 53].

Водночас проблема оволодіння письмом у дітей із розладом дефіциту уваги та гіперактивністю, а також супутніми специфічними порушеннями, такими як дисграфія, дислексія, дискалькулія та диспраксія, потребує подальшого

дослідження. Труднощі засвоєння письма, зумовлені когнітивними, нейропсихологічними та мовленнєвими чинниками, ускладнюють навчальний процес цих дітей. Наявні освітні програми та методики корекційної роботи не повністю враховують складність структури порушень і потребують оновлення відповідно до сучасних умов інклюзивного навчання.

Недостатня розробленість навчально-корекційних умов, які б забезпечували успішність навчання дітей із РДУГ і супутніми порушеннями, зумовлює необхідність створення цілісного підходу до корекційної роботи. Важливим є розроблення системи методичних рекомендацій, спрямованих на інтеграцію корекційних заходів у загальноосвітнє середовище та врахування індивідуальних потреб дітей.

Актуальність проблеми, її соціальна значущість, а також недостатня методична розробленість корекційної роботи з дітьми із РДУГ зумовили вибір теми дипломного дослідження: «Специфічні порушення (навчальні розлади) у дітей з розладом дефіциту уваги та гіперактивністю і їх корекція».

Мета дослідження – на основі теоретичного аналізу специфічних порушень (навчальних розладів) у дітей з розладом дефіциту уваги та гіперактивністю розробити і впровадити програму корекції та перевірити її ефективність.

Завдання дослідження:

1) проаналізувати психолого-педагогічні особливості дітей молодшого шкільного віку з РДУГ;

2) охарактеризувати супутні навчальні розлади (дислексія, дисграфія, дискалькулія, диспраксія) у дітей з РДУГ та описати форми і методи роботи з їх подолання;

3) розробити та впровадити корекційну програму для подолання навчальних розладів у дітей з РДУГ;

4) емпірично перевірити ефективність запропонованої корекційної програми.

Об’єкт дослідження: дислексія, дисграфія, дискалькулія, диспраксія як супутні розлади при РДУГ.

Предмет дослідження: специфічні порушення (навчальні розлади) у дітей з розладом дефіциту уваги та гіперактивністю і їх корекція.

Методи дослідження:

– теорет*ичні*: аналіз, синтез, порівняння, узагальнення та моделювання. Аналіз психолого-педагогічної літератури з проблем специфічних навчальних розладів, таких як дислексія, дисграфія, дискалькулія та диспраксія, дозволив визначити основні концептуальні підходи до їх діагностики та корекції у дітей з РДУГ; синтез отриманих знань сприяв формуванню системного розуміння механізмів та проявів цих порушень, а також визначенню перспективних напрямів корекційної роботи; порівняння різних підходів до подолання специфічних порушень навчання у вітчизняній і зарубіжній практиці допомогло виявити найбільш ефективні стратегії, які можуть бути інтегровані в корекційну програму; моделювання як метод використовувалося для розробки корекційної програми, яка охоплює всі складові подолання навчальних порушень, забезпечуючи розвиток когнітивних і моторних функцій, а також навчальних навичок;

– е*мпіричні*: спостереження за навчальною, мовленнєвою та когнітивно-моторною діяльністю дітей молодшого шкільного віку з РДУГ; проведення бесід з учнями, педагогами та батьками з метою уточнення особливостей поведінки, навчальних труднощів та соціальної адаптації дітей; здійснення опитування батьків для виявлення пре- та постнатальних факторів, які могли вплинути на розвиток когнітивних і моторних функцій дитини, а також визначення основних проявів РДУГ за допомогою опитувальника Вандербільта; вивчення психолого-педагогічної та медичної документації для комплексного аналізу стану здоров’я та навчальних досягнень дітей. Аналіз продуктів діяльності учнів, таких як письмові вправи, диктанти та математичні завдання, для виявлення типових помилок та рівня сформованості навичок письма, читання і рахунку; проведення психолого-педагогічного експерименту,

що включав констатувальний та формувальний етапи. На констатувальному етапі було визначено стан специфічних навчальних порушень, таких як дислексія, дисграфія, дискалькулія та диспраксія, через діагностичні завдання на оцінку фонематичного слуху, мовленнєвих конструкцій, математичних операцій і координації рухів. На формувальному етапі експерименту впроваджувалася корекційна програма, спрямована на подолання специфічних навчальних порушень у дітей з РДУГ. Ефективність програми оцінювалася через порівняння даних до і після її застосування;

– *статистичні*: якісний та кількісний аналіз одержаних експериментальних даних, статистичний аналіз за t-критерієм Стьюдента.

Теоретичне значення результатів дослідження. Результати дослідження розширюють наукові уявлення про специфічні навчальні порушення (дислексію, дисграфію, дискалькулію, диспраксію) у дітей з розладом дефіциту уваги та гіперактивністю (РДУГ). Встановлено взаємозв'язок між когнітивними, мовленнєвими та моторними компонентами цих порушень, що дозволяє глибше зрозуміти природу навчальних труднощів у дітей з РДУГ.

Дослідження підтвердило важливість комплексного підходу до вивчення механізмів цих порушень і обґрунтувало необхідність розробки адаптованих програм для їх корекції. Запропоновані теоретичні положення можуть слугувати основою для подальших наукових розвідок у галузі спеціальної педагогіки, психології та логопедії, а також для вдосконалення освітніх і корекційних програм.

Практичне значення результатів дослідження. Практичне значення дослідження полягає у розробці спеціальної програми корекції для подолання специфічних навчальних порушень у дітей з розладом дефіциту уваги та гіперактивністю. Програма орієнтована на розвиток когнітивних, мовленнєвих та моторних функцій і передбачає використання адаптованих методик для роботи з дислексією, дисграфією, дискалькулією та диспраксією.

Результати дослідження можуть бути використані вчителями, логопедами, психологами та іншими фахівцями у загальноосвітніх та спеціалізованих

навчальних закладах, а також у закладах дошкільної освіти для профілактики та корекції навчальних труднощів. Програма сприятиме поліпшенню навчальних досягнень дітей, їхньому загальному розвитку та адаптації до освітнього середовища.

Публікації. Основні теоретичні положення та результати кваліфікаційного дослідження викладено у 1 науковій праці, що включено до міжнародної наукометричної бази Web of Science.

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи. Робота складається зі вступу, двох розділів: одного теоретичного та одного практичного і висновків до них, загальних висновків, списку використаних джерел, що налічує 62 найменування, 13 з яких іноземною мовою та шести додатків.

Загальний обсяг кваліфікаційної роботи – 132 сторінки, з них 86 сторінок основного змісту.

Робота містить 10 таблиць.

РОЗДІЛ 1
НАВЧАЛЬНІ РОЗЛАДИ У ДІТЕЙ З РОЗЛАДОМ ДЕФІЦИТУ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНІСТЮ

1.1. Психолого-педагогічна характеристика дітей молодшого шкільного віку з розладом дефіциту уваги та гіперактивністю

У сучасному освітньому просторі специфічні порушення навчання у дітей з розладом дефіциту уваги та гіперактивністю (далі – РДУГ) стають усе більш актуальною проблемою. Цей синдром, що проявляється у вигляді імпульсивності, гіперактивності та труднощів із концентрацією, значно впливає на здатність дитини адаптуватися до вимог шкільної програми. Діти з РДУГ, як правило, мають проблеми з уважністю, що негативно позначається на процесі навчання, спричиняє труднощі в засвоєнні матеріалу та загальній академічній успішності. Разом з тим, така поведінка стає викликом для вчителів, оскільки потребує особливих методів організації навчального процесу і врахування специфічних потреб кожного учня.

На сьогодні значна кількість наукових досліджень присвячена проблематиці розладу дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ). Незважаючи на глибокий аналіз, багатогранність і практичну цінність цих робіт, питання РДУГ залишається актуальним і потребує подальшого вивчення та вдосконалення підходів до корекції та підтримки дітей із цим діагнозом. Сучасна освіта стикається з викликами, пов’язаними із забезпеченням відповідних умов для розвитку, навчання та соціальної адаптації дітей з РДУГ. Оскільки такі діти відчувають складнощі не лише в навчанні, а й у соціалізації, надзвичайно важливо мати глибоке розуміння їхніх особливостей, включаючи психолого-педагогічні характеристики. Саме тому ми розглянемо цю категорію дітей детальніше, приділивши увагу особливостям їхнього розвитку та специфічним потребам у освітньому процесі.

Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги (ГРДУ), або гіперкінетичний

розлад, класифікується за DSM-V та МКХ-10 (розділ F.9 як розлад поведінки й емоцій, що розпочинається в дитячому та підлітковому віці). Він охоплює складний комплекс симптомів, що проявляються в надмірній активності, імпульсивності та труднощах з концентрацією уваги. Цей розлад значно впливає на можливість дитини контролювати свої дії, підтримувати стійкість у навчальній діяльності та соціальній взаємодії. Важливо підкреслити, що такі прояви, як порушення саморегуляції та нестійкість у поведінці, виникають вже в ранньому дитинстві і мають стійкий характер, ускладнюючи адаптацію дитини до вимог навчального середовища та соціальних норм .

РДУГ – один із різновидів порушень нейророзвитку і часто супроводжує такі порушення нейророзвитку, як дислексія, дисграфія, дискалькулія (специфічні порушення читання, письма та рахунку) та інші. Взаємозв'язок цих порушень формує комплексну картину, що значно ускладнює навчання й соціалізацію дитини. Особливо важливо враховувати ці коморбідні стани під час створення індивідуальних програм розвитку та корекції.

Основу ГРДУ складає нейропсихіатричний механізм, який формується через генетично обумовлені дисфункції, такі як порушення обміну нейротрансміттерів (дофаміну та норадреналіну) або органічні ураження центральної нервової системи. Таке біологічне підґрунтя робить ГРДУ відмінним від тимчасових або епізодичних психіатричних розладів, як, наприклад, депресія чи посттравматичний стресовий розлад, оскільки симптоми ГРДУ є стійкими та супроводжують дитину на всіх етапах розвитку. Таким чином, лікування й підтримка дітей з ГРДУ потребують довготривалого підходу, з акцентом на розвиток самоконтролю та корекцію поведінкових і когнітивних порушень, враховуючи індивідуальні особливості розвитку кожної дитини [40].

У 2004 році Всесвітня асоціація дитячої та підліткової психіатрії й суміжних професій (IACAPAP) визнала РДУГ проблемою №1 у сфері охорони психічного здоров'я дітей і підлітків. РДУГ не є виключно дитячим розладом, оскільки у більшості дітей він не зникає повністю (хоча прояви можуть змінюватися); статистичні дані вказують, що близько 3–5% дітей і 2–3%

дорослих мають РДУГ. Цей розлад супроводжує людину протягом усього життя. Його можна порівняти з такими станами, як ДЦП або розлади розумового розвитку, але з тією різницею, що прояви РДУГ менш помітні й часто залишаються недостатньо зрозумілими для оточення [61].

У Великому тлумачному словнику гіперактивність визначається як надмірна рухова активність, що перевищує норму, походячи від латинського слова «activus» (діяльний) та грецького «hyper» (багато, надміру) [2].

Ми поділяємо думку дослідників І. Гайдай, Т. Ілляшенко, С. Кузікової щодо того, що гіперактивність, або синдром дефіциту уваги (РДУГ), є поведінковим розладом, який проявляється у дошкільному або молодшому шкільному віці [18]. Цей розлад зазвичай включає ослаблений контроль над поведінкою та увагою. Найчастіше РДУГ діагностується у дітей початкової школи, причому він зазвичай має поліморфний характер — проявляється порушенням уваги, імпульсивністю та гіперактивністю. Такі діти можуть відчувати труднощі з поведінкою, які проявляються у вигляді надмірної моторної активності, дефіциту уваги та емоційної нестабільності.

Поведінкові труднощі у дітей з гіперактивністю виявляються ще з раннього дитинства, проте часто до старшого дошкільного або молодшого шкільного віку їх зазвичай сприймають як прояви особливого темпераменту чи недоліки у вихованні. Втім, під час початкового навчання ці проблеми стають дедалі очевиднішими, оскільки головною перешкодою стає нестійка увага, яка безпосередньо впливає на успішність дитини у різних сферах. У дітей з гіперактивним розладом з дефіцитом уваги часто виникають супутні порушення, як-от дисграфія – часткове порушення навичок письма, обумовлене вогнищевим ураженням або дисфункцією кори головного мозку; дислексія – розлад, що ускладнює формування навичок читання; та дискалькулія – труднощі в опануванні навичок лічби. Ці порушення не лише підсилюють загальні навчальні труднощі, але й можуть взаємодіяти з ними, створюючи додаткові перешкоди у процесі навчання та розвитку дитини. Тому для ефективної роботи з такими дітьми необхідно враховувати їхній індивідуальний психолого-педагогічний

профіль та забезпечувати комплексний підхід до підтримки і корекції навчальних навичок [42].

Гіперактивність у дітей стає найбільш вираженою саме в старшому дошкільному та молодшому шкільному віці. У цей період діти переходять до активної навчальної діяльності, і на них покладається більше інтелектуальних завдань: від них вимагається вміння тривалий час утримувати увагу, завершувати розпочату справу і досягати визначених результатів. Саме в умовах систематичної діяльності та тривалого навантаження ознаки гіперактивності виявляються найяскравіше. Батьки починають зауважувати негативні наслідки — непосидючість, неорганізованість і надмірну рухливість своєї дитини, що часто супроводжується зауваженнями з боку вчителів [32].

Прояви поведінкових проблем у гіперактивних дітей часто стають помітними з ранніх років життя, але зазвичай їх пояснюють темпераментом або недоліками у вихованні. Проте в дошкільному та молодшому шкільному віці труднощі, пов’язані з дефіцитом уваги та порушеннями поведінки, стають серйознішими, що безпосередньо впливає на рівень навчальних досягнень. У дітей з РДУГ можуть бути супутні порушення, як-от дисграфія (порушення навичок письма), дислексія (труднощі читання) та дискалькулія (проблеми з лічбою), які ще більше ускладнюють навчальний процес [31].

Гіперактивність часто поєднується з труднощами концентрації, імпульсивністю та емоційною нестабільністю. Ця комбінація ознак породжує загальну проблему поведінкових порушень, і хоча основні причини й механізми РДУГ вивчаються вже понад 200 років, єдиної точки зору серед фахівців щодо їх природи немає. У середині 20-го століття з’явився термін «мінімальна мозкова дисфункція» для позначення схожих симптомів, проте він виявився надто узагальненим.

Серед основних причин РДУГ розглядають порушення розвитку центральної нервової системи, які можуть виникати внаслідок травм під час пологів або впливу шкідливих факторів під час вагітності. Часто у дітей з РДУГ в анамнезі матері є такі фактори, як ускладнена вагітність, токсикоз, тяжкі

захворювання або травми дитини в ранньому віці. Деякі дослідники також підтримують генетичну природу синдрому [42].

Діти з РДУГ часто демонструють високу збудливість, яку можуть ще більше стимулювати гучні звуки або емоційний тон дорослих. Виявлено, що розмір мозку у гіперактивних дітей на 3-4% менший, що може впливати на прояви гіперактивності. Тож до основних симптомів РДУГ належать порушення уваги, гіперактивність і імпульсивність.

Рання діагностика РДУГ має враховувати розвиток дитини з раннього віку, адже з перших місяців життя виявляються ознаки підвищеної нервової збудливості, які поступово розвиваються у повноцінний синдром. У період від року до трьох років у дітей з РДУГ часто спостерігаються порушення сну, апетиту, відставання в мовному розвитку, а у шкільному віці додатково виникають труднощі з контролем фізіологічних функцій. Часто симптоми РДУГ наростають із початком відвідування садка чи школи, де зростають вимоги до поведінки та навчання.

РДУГ може супроводжуватися й затримкою розвитку мовних і соціальних навичок. У школі діти з РДУГ стикаються з проблемами адаптації, поведінковими труднощами та шкільною дезадаптацією. До підліткового віку гіперактивність може зменшитися, однак часто зберігаються імпульсивність і проблеми з увагою. Комплексний підхід до корекції включає поведінкову терапію, психолого-педагогічну корекцію, психотерапію та медикаментозне лікування. Ефективна допомога таким дітям повинна бути своєчасною, послідовною та тривалою для досягнення оптимальних результатів у навчанні та соціальній адаптації [44].

Психолого-педагогічна характеристика дітей молодшого шкільного віку з розладом дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ) є важливою частиною сучасного дослідження особливих освітніх потреб.

Як зазначає дослідниця О.Ферт у дітей із ГРДУ відзначається сповільнений розвиток функцій лобної кори головного мозку. Відповідно, недостатнє дозрівання лобних часток кори головного мозку призводить до порушень різних

виконавчих функцій, пов’язаних із контролем та регулюванням поведінки, серед яких:

– порушення імпульс-контролю;

– труднощі з прогнозуванням, плануванням і самоорганізацією;

– порушення концентрації уваги й обробки інформації;

– труднощі з регулюванням емоцій;

– порушення контролю над руховою активністю, балансування процесів збудження та гальмування [43].

РДУГ проявляється у складностях з увагою, імпульсивністю, гіперактивністю та емоційною нестабільністю, що ускладнює навчальний процес та адаптацію в соціальному середовищі.

Нижче наведено, як проявляються основні симптоми РДУГ у різних сферах розвитку, зокрема у мовленнєвій, мотиваційній, поведінковій, когнітивній та емоційно-вольовій сферах та у самоорганізації і плануванні.

Мовленнєвий розвиток дітей із РДУГ характеризується труднощами, основними з яких є:

1. *Труднощі у розумінні інструкцій* – проявляються у невмінні сприймати інструкції повністю, дитина часто виконує лише частину завдання або неправильно його розуміє, потребуючи додаткових пояснень та розбивки на менші етапи.

2. *Нестабільна комунікація* – характеризується недостатньою стійкістю інтересу до співрозмовника, частим переключенням на інші теми, небажанням підтримувати тему розмови та схильністю до швидкої зміни настрою під час бесіди.

3. *Неадекватна реакція на емоції оточуючих* – проявляється в тому, що дитина не завжди розпізнає емоції інших або реагує на них невідповідним чином, що може призводити до непорозумінь у взаємодії.

4. *Труднощі з утриманням теми розмови* – полягають у швидкому відволіканні від теми, переході до власних думок або спогадів, що ускладнює логічний розвиток висловлювань.

5. *Труднощі з організацією висловлювань* – виявляються у відсутності чіткості та послідовності у висловлюванні думок, дитина може перескакувати з однієї теми на іншу, що ускладнює сприйняття її мовлення.

6. *Непослідовність у діалозі* – проявляється в тому, що дитина може часто перебивати співрозмовника, не встигає завершувати власні репліки, забуває відповісти на запитання або змінює тему без очевидної потреби.

7. *Надмірна або невідповідна емоційність у висловлюваннях* – характеризується раптовим, часто непередбачуваним емоційним забарвленням мовлення, дитина може різко переходити від веселощів до сліз або від зацікавленості до байдужості.

Аналізуючи особливості розвитку мотиваційної сфери у дітей із РДУГ можемо виокремити такі особливості:

1. *Знижена здатність до тривалих зусиль* – дитина швидко втрачає інтерес до завдань, які потребують часу для завершення, особливо якщо завдання не приносить негайного результату.

2. *Потреба у частій зовнішній стимуляції* – для підтримання інтересу дитині потрібне схвалення, винагорода або часті перерви.

3. *Труднощі з внутрішньою мотивацією* – самостійне виконання завдань ускладнене, дитина рідко проявляє ініціативу без зовнішніх стимулів.

4. *Недостатня зацікавленість у виконанні монотонних завдань* – дитина уникає виконання завдань, що вимагають послідовних або рутинних дій.

Для поведінкової сфери у дітей із РДУГ характерні такі особливості:

1. *Надмірна рухова активність* – дитина не може залишатися спокійною, коли цього вимагають обставини, часто переміщується, стоїть чи сидить неспокійно.

2. *Імпульсивність у діях* – приймає рішення без обдумування, починає дії без інструкцій, що призводить до непередбачуваних ситуацій.

3. *Труднощі у соціальній взаємодії* – дитина може не дотримуватись черговості в розмові, проявляти нетерплячість та легко розчаровуватися.

4. *Відсутність стійкої уваги* – часто змінює рід занять, легко відволікається на нові зовнішні подразники.

Когнітивна сфера характеризується такими особливостями у розвитку:

1. *Порушення концентрації уваги* – дитина легко відволікається на сторонні подразники, не встигає обробити інформацію, не помічає деталей.

2. *Низький рівень стійкості уваги* – важко довго концентруватися на одному завданні, швидко втомлюється від когнітивного навантаження.

3. *Втрата інтересу до незрозумілих завдань* – дитина уникає завдань, що здаються їй складними або незрозумілими, переключається на простіші заняття.

4. *Труднощі з плануванням* – має труднощі в плануванні і організації виконання послідовних завдань.

Для емоційно-вольової сфери характерні такі особливості:

1. *Високий рівень імпульсивності* – дитина схильна швидко приймати рішення та емоційно реагувати на ситуації, часто без контролю.

2. *Недостатній самоконтроль* – труднощі з стриманістю емоцій, часта зміна настрою, емоції надмірні та непередбачувані.

3. *Низька терпимість до критики* – будь-які зауваження можуть викликати сильну реакцію та зниження самооцінки.

4. *Залежність від зовнішньої підтримки* – дитина шукає підтримку від дорослих для збереження стабільного емоційного стану.

Аналізуючи, можемо виокремити такі характерні особливості:

1. *Складнощі з управлінням часом* – дитина не встигає закінчити завдання вчасно, часто пропускає важливі етапи виконання.

2. *Потреба в додаткових нагадуваннях* – дитина потребує постійного нагадування про виконання завдань і інструкцій.

3. *Недостатній розвиток навичок планування* – не вміє ефективно розподіляти час, не може самостійно організувати порядок виконання завдань.

4. *Труднощі з дотриманням розпорядку дня* – дитина часто забуває про заплановані заходи або порушує порядок дій.

Окрім труднощів, з якими стикаються діти з розладами дефіциту уваги та гіперактивністю, варто зазначити і позитивні сторони. На основі досліджень Ферт О.Г. можна зазначити, що діти з РДУГ мають низку позитивних якостей, які, за умови належної підтримки, можуть значно сприяти їхньому розвитку й успіхам у навчанні. Однією з таких якостей є креативність і схильність до нестандартного мислення. Діти з РДУГ часто проявляють здатність швидко генерувати нові ідеї та створювати оригінальні рішення, що стає великою перевагою у творчих завданнях і ситуаціях, де необхідні нові підходи. Їхня висока енергійність та ентузіазм дозволяють їм активно братися за справи, особливо якщо завдання викликає у них інтерес. Ця енергійність сприяє тому, що діти можуть успішно реалізовувати проекти, які вимагають активної залученості й ініціативи.

Крім того, діти з РДУГ часто схильні до ризику, що дозволяє їм виявляти гнучкість у мисленні та вільно експериментувати, випробовуючи нові підходи. Ця якість, за умови правильного керівництва, може розвинути їхню здатність сміливо підходити до завдань та знаходити інноваційні рішення. Інтуїтивне сприйняття та увага до деталей, що проявляються у таких дітей, також можуть допомогти їм зосереджуватись на важливих моментах, особливо у сферах, які їм цікаві. Окрім цього, прагнення до незалежності та самостійності розвиває у дітей з РДУГ почуття відповідальності та індивідуальності, що сприяє формуванню незалежного мислення і самостійності в навчанні [40].

Підсумовуючи психолого-педагогічну характеристику дітей молодшого шкільного віку з розладом дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ), можна зазначити, що їхній розвиток має низку специфічних особливостей, які впливають на всі основні сфери життя: навчання, соціальну взаємодію, поведінку та емоційний стан. Ці діти демонструють труднощі у підтриманні уваги, самоконтролі, організації діяльності, мають підвищену імпульсивність та гіперактивність. Для успішного навчання і соціальної адаптації дітей із РДУГ важливо забезпечити особливі психолого-педагогічні умови, які включають індивідуальний підхід, підтримку у розвитку саморегуляції, емоційного

самоконтролю та зосередження уваги, що дозволить поліпшити їхню здатність до навчання, спілкування та успішно подолати поведінкові труднощі.

1.2. Дислексія, дисграфія, дискалькулія, диспраксія як супутні розлади у дітей з РДУГ

У дітей із розладом дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ) часто виникають супутні труднощі в засвоєнні академічних навичок, такі як дислексія, дисграфія, дискалькулія та диспраксія. Ці розлади ускладнюють навчальний процес, адже порушують здатність дітей опановувати читання, письмо, математичні навички та рухову координацію. Оскільки РДУГ впливає на функціонування уваги, концентрації та самоконтролю, у дітей з цим розладом часто спостерігаються додаткові труднощі, які ускладнюють виконання завдань, що потребують послідовності й точності.

Сучасні дослідження, як українські, так і закордонні, приділяють значну увагу вивченню проблем розладів читання у молодших школярів. Науковці, серед яких В.М. Ільяна, Н.С. Стражинська, Т.Б. Філічева, P. Gardner, T.R. Miles, і P. Ott, підкреслюють, що дислексія обумовлена недостатньо розвиненою функціональною базою навички читання. Це стосується як вербальних, так і невербальних вищих психічних функцій, важливих для оволодіння читанням. До таких базових функцій належать усне мовлення (зокрема його фонетико-фонемна та лексико-граматична структура), просторові уявлення, зоровий гнозис, зорово-моторна координація, слухова пам'ять, а також увага і здатність до контролю. Науковці зазначають, що проблеми з оволодінням читанням можуть виникати через різні комбінації цих компонентів, які істотно варіюються у дітей із порушеннями мовного розвитку [20].

Більшість досліджень, присвячених дислексії, зосереджені на вивченні внутрішніх механізмів її виникнення. У світовій науковій літературі виокремлюють біологічний та когнітивний аспекти, які об’єднуються у групу

внутрішніх чинників, що досліджують можливі причини розладу через вивчення особливостей функціонування процесів у дітей із дислексією. Розглянемо ці аспекти детальніше.

Біологічний підхід у дослідженні дислексії звертає увагу на органічні, часто спадкові чинники, що можуть призводити до труднощів у читанні. Передача генетичної інформації між поколіннями вважається одним із головних шляхів передачі схильності до дислексії. Так, імовірність того, що дитина, один з батьків якої має дислексію, також буде мати схильність до цього розладу, становить 40–49%. Також високий ризик мають рідні брати та сестри дитини з дислексією. Сучасні дослідження вже ідентифікували низку генів, пов’язаних із дислексією, але розробка генетичного тесту для її ранньої діагностики залишається питанням майбутнього. Дислексія не єдине порушення навчання, що має генетичні передумови. Крім генетичних, на появу дислексії можуть впливати й негентетичні чинники, такі як епігенетичні та екологічні, які здатні модифікувати генетичну активність. Дослідження показують, що до 50% здібностей до читання, або їх нестачі, можуть залежати від умов навколишнього середовища, тоді як інші 50% обумовлені генетичними факторами. Деякі дослідження свідчать, що у 75% випадків саме взаємодія генетичних і середовищних чинників сприяє розвитку дислексії.

Отже, біологічний аспект у дослідженні порушень читання полягає у виокремленні органічних, спадкових причин виникнення дислексії, що є важливим для діагностичного процесу.

Когнітивний аспект передбачає, що порушення читання є наслідком недостатньо сформованих психічних функцій, що впливають на здатність до читання. Цей напрям є основним у педагогічній корекції і включає концепції фонологічного та зорового дефіцитів. Прихильники концепції зорового дефіциту пов’язують труднощі з читанням із порушенням зорового аналізу й синтезу, сприйняття простору, а також зі зниженням зорової уваги та працездатності. Прихильники теорії фонологічного дефіциту пов’язують труднощі з читанням із проблемами в розвитку усного мовлення. За кордоном

цей підхід пояснює дислексію через труднощі розпізнавання звуків у словах (Bradley, Bryant, Lundberg, Hoien). Науковці, такі як В. Ільяна та М. Bosse, вивчають дислексію з двох боків – як фонологічний і зоровий дефіцит, враховуючи також інші базові компоненти, які складають повну психологічну структуру процесу читання. Такий повний підхід у діагностиці й врахування стану кожної складової під час корекційної роботи значно підвищує ефективність роботи, що підтверджується психолінгвістичними дослідженнями та створеними на їхній основі методиками корекції розладів писемного мовлення [19].

Дислексія, або розлад читання, є стійким порушенням, що проявляється у складнощах засвоєння навички читання в дітей із нормальним інтелектуальним розвитком, належним станом слуху та зору, а також за сприятливих умов навчання. Це порушення обумовлене особливостями функціонування мозку, які ускладнюють процеси обробки інформації, пов’язані з читанням [6].

У міжнародній класифікації хвороб (МКХ-10) цей розлад зазначено як F 81.0 Специфічний розлад читання.

Основні ознаки дислексії включають:

1) побуквенне читання, коли дитина читає слова по буквах, без злиття звуків у цілісні слова;

2) перестановки і заміни букв, через що спотворюється значення слів;

3) пропуски букв і складів, що ускладнює розуміння прочитаного;

4) спотворення слів, коли дитина додає зайві звуки або неправильно відтворює складові слова;

5) читання з припущеннями, коли дитина «вгадує» слова, орієнтуючись на контекст, а не на буквений склад;

6) труднощі з утриманням місця в тексті, що може призводити до пропусків рядків або фрагментів;

7) труднощі з концентрацією, особливо при читанні довгих текстів, що призводить до пропусків слів або поверхневого сприйняття;

8) поверхневе розуміння прочитаного, через що дитині часто доводиться перечитувати текст;

9) потребу в повторному читанні для засвоєння змісту, оскільки діти часто повертаються до тексту, щоб краще його зрозуміти;

10) труднощі в емоційній реакції на текст, наприклад, у розумінні гумору або іронії, що обмежує сприйняття емоційного контексту [22].

В межах окресленого питання доцільно розглянути основні види дислексії, які можна розділити на кілька основних типів, кожен з яких має свої специфічні ознаки, пов’язані з певними аспектами мовленнєвих або когнітивних порушень.

Фонематична дислексія характеризується недостатньо розвиненою фонематичною системою. Цей вид дислексії виникає через труднощі у сприйнятті та розрізненні звуків, що призводить до змішування схожих фонем, як-от дзвінкі та глухі, тверді та м’які, шиплячі та свистячі. У дитини з таким типом дислексії можуть виникати труднощі із розпізнаванням та синтезом звуків, що призводить до побуквенного читання, пропусків та перестановок звуків або складів, а також до неправильної вимови слів.

Семантична дислексія проявляється у порушенні розуміння прочитаного тексту, навіть якщо дитина може читати слова правильно. В основі цього виду дислексії лежить недостатній розвиток навичок звукоскладового синтезу, через що дитина сприймає текст лише частково або без смислової цілісності. Це може відбуватися як при повільному поскладовому, так і при швидкому, але поверхневому читанні.

Аграматична дислексія пов’язана з труднощами у розумінні граматичної структури мовлення, через що дитина часто неправильно читає закінчення слів, змінює форму слів і навіть порушує узгодження слів у числі або роді. Цей тип дислексії зазвичай спостерігається не лише при читанні, але й у розмовній мові, а також у письмових завданнях, оскільки дитині важко побудувати речення відповідно до правил граматики.

Мнестична дислексія виникає через порушення слухомовленнєвої пам’яті, що ускладнює встановлення зв’язку між звуковим і зоровим образом букви.

Дитина з мнестичною дислексією може забувати літери, плутати їх або замінювати одні букви на інші під час читання. Цей тип дислексії зазвичай проявляється у складності запам’ятовування літер і їх звучання.

Оптична дислексія виникає через труднощі у зоровому сприйнятті, коли дитина плутає літери, що мають подібний зовнішній вигляд. При цьому виді дислексії школяр може перескакувати з одного рядка на інший, а інколи навіть читати «дзеркально», тобто справа наліво. Дитина з оптичною дислексією може мати проблеми з відрізненням графічно подібних літер і зі слідкуванням за текстом під час читання [5].

Основними напрямками роботи з корекції дислексії є: зміцнення звукобуквенних зв’язків, автоматизація складозлиття, формування розуміння тексту.

Щоб вибрати найефективніші прийоми корекції, треба розібратися з яким видом порушення маємо справу.

Таким чином, кожен вид дислексії має свої специфічні особливості та вимагає індивідуального підходу у корекційній роботі, враховуючи тип порушень, пов’язаних із читанням. Вивчення та розуміння видів дислексії є важливим для розробки ефективних методик допомоги дітям, які стикаються з такими труднощами. Наступним розглянемо супутнє порушення – дисграфію, що також значно впливає на навчальні досягнення дітей з РДУГ.

На основі аналізу української та іноземної наукової літератури можна зробити висновок, що дисграфія визначається дослідниками дещо по-різному. Водночас більшість науковців погоджуються, що дисграфія є частковим специфічним порушенням письма, яке не стосується засвоєння орфографічних правил. Багато фахівців відрізняють дисграфію від звичайних труднощів, які виникають на початкових етапах навчання письма, таких як помилки, зумовлені недостатніми знаннями граматики. У випадку дисграфії труднощі з письмом пов’язані з порушеннями базових процесів, які забезпечують навички письма, зокрема з проблемами у фонематичному сприйнятті, зорово-просторовому орієнтуванні та моторній координації. Це ускладнює для дитини формування

стабільних навичок письма навіть за наявності належного інтелектуального розвитку та відповідного навчального середовища [17].

Дисграфія є частковим порушенням процесу письма, яке ускладнює оволодіння цією навичкою. Як зазначають науковці, дисграфія пов’язана із труднощами формування та розвитку навичок письма, що проявляється у стійких і специфічних помилках. Вона також визначається як тривала нездатність освоїти правила письма, попри адекватний інтелектуальний та мовленнєвий розвиток і відсутність значних порушень зору чи слуху [33]

З огляду на недостатню сформованість мовленнєвих процесів, у сучасній логопедичній практиці прийнято виокремлювати кілька основних форм дисграфії, кожна з яких відображає специфічні труднощі, пов'язані з опануванням навичок письма. Ці форми дисграфії ґрунтуються на різних аспектах мовленнєвих і когнітивних порушень, які заважають дітям ефективно освоювати письмо та розвивати відповідні навички.

Аграматична дисграфія характеризується неправильним узгодженням слів у реченнях, плутанням закінчень та суфіксів, що зумовлено порушенням граматичної структури мовлення. Діти з цією формою дисграфії мають труднощі з правильною побудовою речень, що особливо помітно в їхній письмовій мові.

Оптична дисграфія пов’язана з порушенням зорово-просторового сприйняття, що призводить до плутанини між схожими за формою літерами, як-от «б» і «в», «п» і «н». Ця форма дисграфії відображає труднощі у візуальній диференціації, що стає причиною численних помилок у написанні слів.

Акустична дисграфія виникає через складнощі у розрізненні звуків, що близькі за звучанням. Діти з акустичною дисграфією плутають приголосні звуки на письмі, особливо ті, що мають схожий акустичний профіль, наприклад, «г» та «к», «з» та «с». Це призводить до помилок під час запису диктантів та інших завдань, де необхідно сприймати інформацію на слух.

Артикуляційно-акустична дисграфія охоплює порушення в артикуляції та розпізнаванні звуків, через що дитина робить помилки не лише під час

письма, а й у своєму усному мовленні. Такі діти можуть неправильно вимовляти слова та відтворювати цю помилкову вимову у написанні.

Дисграфія на основі порушення аналізу та синтезу виникає, коли дитині важко здійснювати послідовний аналіз та синтез звуків і складів у словах. Вона часто міняє літери або склади місцями, що порушує логічність і послідовність письмового тексту, створюючи перешкоди у його сприйнятті та розумінні [11].

Зарубіжні дослідники, такі як V. W. Berninger, R. K. Deuel, D. King та B. J. Wolf, виділяють три основні форми порушень письма. Перша – дисграфія, пов'язана з дислексією (Dyslexic Dysgraphia), яка виникає на фоні труднощів у читанні. Друга – дисграфія, спричинена моторною незграбністю (Dysgraphia due to motor clumsiness), що характеризується складністю у координації рухів, необхідних для письма. Третя – дисграфія, зумовлена труднощами в обробці просторової інформації (Dysgraphia due to defect in understanding space), яка проявляється у нездатності адекватно розташовувати елементи на сторінці.

Науковець S. G. Feifer, у свою чергу, виділяє такі типи дисграфії: фонологічна дисграфія (Phonological Dysgraphia), яка виникає через недоліки у фонетико-фонематичному сприйнятті, та поверхнева дисграфія (Surface Dysgraphia), що відображається у труднощах розрізнення візуально схожих літер. Крім того, змішана дисграфія (Mixed Dysgraphia) поєднує ознаки як фонологічної, так і поверхневої, а семантико-синтаксична дисграфія (Semantic/Syntactic Dysgraphia) характеризується проблемами у граматичному узгодженні слів у реченнях [55].

Ці дослідження показують, що порушення письма можуть мати як мовленнєві, так і когнітивні основи, потребуючи індивідуального підходу в корекційній роботі.

Щоб повністю зрозуміти сутність дисграфії, важливо зазначити, що головною ознакою цього порушення є значні труднощі в опануванні письмом. Дисграфія може проявлятися як частковий розлад – коли дитина стикається з проблемами у написанні певних звуків чи літер, або ж як повний розлад, при якому опанування навичок письма стає надзвичайно важким. Найчастіше перші

симптоми дисграфії проявляються у старшому дошкільному або на початку шкільного віку, коли діти активно засвоюють письмову мову.

Симптоми дисграфії мають широкий спектр проявів і можуть відрізнятися за ступенем та характером у різних дітей, однак зазвичай включають наступні ознаки:

1. **Заміна чи пропуск літер**. Діти з дисграфією можуть плутати літери, які схожі за звучанням (наприклад, «д» і «т», «п» і «б») або за виглядом (наприклад, «в» і «у», «г» і «п»). Вони часто пропускають окремі літери в словах, особливо якщо ці літери знаходяться на початку або в кінці слова, що призводить до спотворення написаного слова і ускладнює розуміння. Крім того, може виникати заміна букв, яка пов’язана з порушенням їх розпізнавання, що зазвичай трапляється при швидкому письмі або в ситуаціях, коли дитина намагається одночасно слухати і писати.

2. **Неправильна форма, розмір або розташування літер**. Часто діти з дисграфією пишуть літери нерівномірно – вони можуть бути занадто великими або маленькими, розташованими без єдиного розміру і відстані між літерами. Це призводить до неакуратного і нерівного письма, де літери, написані на одному рядку, виглядають непослідовно. Такі діти також можуть не дотримуватися правильного нахилу і розташування літер на рядку, що створює додаткові труднощі у зоровому сприйнятті тексту.

3. **Орфографічні, граматичні та пунктуаційні помилки**.

Діти з дисграфією часто мають труднощі з правописом, допускають помилки у відмінках, неправильні закінчення слів або неправильні форми чисел і часу. У таких випадках діти не завжди використовують потрібні знаки пунктуації або використовують їх неправильно. Наприклад, вони можуть пропускати коми, крапки або, навпаки, ставити їх там, де це не потрібно, що утруднює сприйняття тексту іншими людьми.

4. **Перестановка літер або складів**. Одна з поширених ознак дисграфії — це порушення послідовності написання. Діти можуть міняти місцями літери або склади в словах, що може спотворювати їхнє значення. Наприклад, замість

слова «книга» дитина може написати «книга» або «нгика». Така перестановка виникає через труднощі з утриманням правильної послідовності звуків та букв, і може ускладнюватися при великій кількості складів або складних словах.

5. **Проблеми з орієнтацією тексту на папері**. Деякі діти з дисграфією мають труднощі з підтриманням рівного тексту на рядку, що призводить до зсувів слів та літер. Текст може зміщуватися вгору або вниз, а літери можуть «з'їжджати» з рядка. Це створює нерівний вигляд письма, що додає труднощів у сприйнятті написаного іншими людьми та робить сам процес письма виснажливим для самої дитини.

6. **Уповільнений процес письма**. У дітей з дисграфією процес письма зазвичай проходить набагато повільніше, оскільки їм потрібен додатковий час на обробку кожної літери та складу. Вони можуть занадто довго зосереджуватися на виборі правильного зображення літери або її написанні. Через це діти можуть не встигати завершити письмове завдання на уроці або не встигати записати все, що потрібно, особливо якщо завдання передбачає високий темп письма.

7. **Складнощі з відтворенням тексту під диктовку**. Слухове сприйняття у дітей з дисграфією може бути недостатньо розвиненим, що ускладнює процес написання тексту, який диктують. Дитина не встигає обробити почуте і написати його на папері, а також може плутати звуки, які їй важко розрізнити на слух, що призводить до значних спотворень у написанні [37].

Такі симптоми створюють труднощі не лише для дитини, яка навчається писати, але і для педагога, який намагається допомогти їй опанувати цей процес. Через специфічні труднощі у письмі діти з дисграфією можуть втрачати впевненість у своїх здібностях, що особливо важливо враховувати під час розробки корекційних заходів.

Підсумовуючи, дисграфія є складним і різноплановим порушенням письма, яке охоплює широкий спектр проявів, починаючи від заміни та пропуску літер до труднощів з орієнтацією тексту на папері й повільного процесу письма. Це

порушення не обмежується лише технічними аспектами письма, а також впливає на впевненість дитини у власних силах і загальний академічний успіх. Своєчасне виявлення та розробка індивідуальних корекційних програм може значно покращити ситуацію для дитини та сприяти формуванню стійких навичок письма.

Наступним розглянемо інше супутнє порушення – дискалькулію, яка, як і дисграфія, значно ускладнює процес навчання для дітей із РДУГ, впливаючи на їх здатність засвоювати навички лічби та математичних операцій.

Дискалькулія – це специфічне порушення, яке виражається у труднощах із засвоєнням математичних понять та операцій, таких як «число», «сума», «трикутник» та інші. Зазвичай цей розлад виявляється у дітей дошкільного та молодшого шкільного віку, однак може зустрічатися і у дорослих. Через складність діагностики дискалькулія часто залишається непоміченою, що може призвести до зарахування дитини до спеціальних класів для учнів із затримкою психічного розвитку [37].

У Міжнародній класифікації хвороб (МКХ-10) порушення, пов’язані з опануванням навичок лічби, включно з дискалькулією, класифікуються як специфічні розлади математичних навичок і позначені кодом F-81. Дискалькулія (dyscalculia) – це розлад навчання, за якого дитина із середнім або навіть вищим за середній рівнем інтелекту стикається зі значними труднощами у засвоєнні базових математичних понять [33].

Згідно з дослідженнями британського нейрофізіолога Брайана Баттерворта, проведеними в 80-х роках, дискалькулія зустрічається так само часто, як і більш відомі розлади читання та письма, дислексія та дисграфія. Його дослідження серед 1500 кубинських дітей показало, що дискалькулія часто лишається непоміченою, оскільки освітні працівники та представники владних структур не завжди приділяють їй належну увагу. Професор Баттерворт також зауважив, що дітям із дискалькулією необхідні спеціальні корекційні методи, подібні до тих, які застосовуються для дітей з дислексією та дисграфією [53].

Дослідження багатьох науковців доводять, що процес обчислень є складною психофізіологічною та психологічною діяльністю, що підтримується взаємодією різних аналізаторних систем, таких як оптична, просторово-сенсорна, сомато-сенсорна, мовленнєва, рухова тощо. Ці системи утворюють функціональну структуру, яка є основою для розвитку і реалізації навичок рахунку (О.В. Онопрієнко, Л.І. Прохоренко, О.Я. Савченко, М. Монтессорі, Л. Косч). Формування та вдосконалення навичок рахунку тісно пов'язані з мовою, яка, інтегруючись у структуру обчислювальної діяльності, слугує як засобом вираження математичних знань, так і організатором процесу обчислення. Мова сприяє структуруванню обчислювальних операцій, допомагаючи дітям краще засвоювати математичні дії, розвивати послідовність у вирішенні завдань та формувати здатність до логічного мислення. Важливість комплексного підходу до розвитку навичок рахунку підкреслюється тим, що за допомогою мовленнєвих засобів дитина не лише виражає свої математичні знання, але й керує своїми діями у процесі навчання [29].

Дискалькулія у дітей може мати різноманітні прояви, які варіюються залежно від віку дитини та інших факторів. Симптоми цієї патології можуть ставати більш виразними з віком, проте перші ознаки можуть проявитися вже в дошкільному віці. Діти з дискалькулією стикаються з низкою труднощів, зокрема:

– проблеми з визначенням часу — дітям складно розуміти годинник, визначати години, хвилини й секунди;

–тривале використання рахунку на пальцях — навіть коли однолітки вже освоїли усний підрахунок;

– труднощі в порівнянні чисел — діти не можуть визначити, яке з двох чисел більше;

– проблеми з числовими послідовностями — їм важко з'ясувати порядок чисел;

– складнощі з грошима — діти не вміють рахувати гроші або оцінювати вартість предметів;

– нерозпізнавання чисел і символів — у дитини можуть бути проблеми із запам’ятовуванням вигляду чисел;

– труднощі з простими арифметичними операціями — дитина відчуває складності зі складанням, відніманням, множенням та діленням;

– помилки в написанні й читанні чисел — діти можуть плутати порядок чисел, переставляти або пропускати їх;

– погана пам’ять на числа — дітям складно запам'ятовувати числа, номери телефонів, адреси;

– нездатність розуміти та застосовувати математичні поняття — дитина може розуміти концепції, але не здатна застосувати їх на практиці;

– складності з оцінкою об’єктів та відстаней — діти можуть погано орієнтуватися у просторі та оцінювати величини;

– труднощі з часом — діти часто не можуть оцінити, скільки часу потрібно на виконання завдання;

– проблеми з розумінням і запам’ятовуванням математичних правил — дітям важко запам'ятати формули, послідовності дій;

– складнощі з концентрацією — такі діти часто відволікаються, їм важко зосередитися на завданнях;

– проблеми з логікою та класифікацією предметів — дітям важко групувати предмети або зрозуміти їх класифікацію;

– відставання у навчанні математики — ці діти можуть відставати від своїх однолітків у розумінні математичних концепцій;

– дезорієнтація та розсіяність — діти з дискалькулією можуть виглядати розгубленими та розсіяними [1].

Ці труднощі суттєво ускладнюють процес навчання, особливо математики. Часто вчителі або репетитори можуть звернути увагу на відставання таких учнів, що може стати основою для рекомендацій батькам пройти спеціалізоване тестування. Під час діагностики дискалькулії використовуються різні діагностичні тести, а іноді потрібна й допомога логопеда [10] .

Дискалькулія часто супроводжується порушенням сприйняття і аналізу, через що дитина стикається з труднощами у впізнаванні контурних форм, орієнтації у просторі, що викликає помилки у впорядкуванні чисел та їх написанні. Учні з дискалькулією часто не цікавляться конструктивними іграми, що передбачають орієнтацію у просторі, і потребують додаткової допомоги для розвитку просторових уявлень. Це пояснює труднощі, які виникають у них при перших спробах освоєння геометрії та виконання складніших обчислювальних операцій [10].

Додатково дискалькулія може поєднуватися із загальними труднощами в зосередженні уваги, що ускладнює виконання завдань, особливо якщо вони потребують одночасної обробки кількох аспектів. Такі діти можуть швидко втомлюватися, не дотримуються зразків роботи і часто завищують оцінку своєї роботи, що негативно впливає на їхню навчальну мотивацію [9].

Сучасні підходи до вивчення дискалькулії ґрунтуються переважно на психологічній та нейропсихологічній концепціях. Представники психологічного підходу вбачають причини дискалькулії у недостатньо сформованих когнітивних та мовленнєвих процесах, таких як пам'ять, мислення, увага, а також просторові, кількісні та часові уявлення. Ці науковці вважають, що дефіцит цих функцій призводить до складнощів у засвоєнні математичних понять (дослідники Brian Butterworth, Sashank Varma, Diana Laurillard) [53]

Нейропсихологічний підхід, натомість, пояснює дискалькулію як наслідок несформованості деяких вербальних та невербальних психічних функцій, що забезпечують математичні операції. На думку вчених, проблеми із системним розвитком мовлення, недоліки фонематичних функцій та обмеження лексико-граматичної сторони мови негативно впливають на здатність до математичних обчислень та інтерпретації текстів задач (Roi Cohen Kadosh, Ann Dowker, Angela Heine, Liane Kaufmann, Karin Kucian) [62]

Л. Косч, один із відомих дослідників дискалькулії, пропонує класифікацію цього розладу, виділяючи основні форми дискалькулії: вербальну, практогностичну, дислексичну, графічну та операційну. Кожна з них має

специфічні прояви та пов’язана з певними труднощами у виконанні математичних завдань.

Вербальна дискалькулія. При цьому виді дискалькулії дитина відчуває труднощі з вербальним позначенням математичних понять, сприйняттям кількості, форми, розмірів і кольору. Діти з вербальною дискалькулією не можуть чітко пов'язати числове значення з його мовним позначенням, через що виникає нерозуміння зв’язку між числом та словесним описом його значення.

Практогностична дискалькулія. Цей вид дискалькулії характеризується труднощами в обчисленні реальних предметів та у розумінні їх символічного представлення. Основні проблеми включають порушення зорово-просторового сприйняття та координації, а також недостатню розвиненість логічних операцій. Дитина може мати труднощі з розпізнаванням форми і кількості предметів, з їхнім сортуванням та класифікацією за певними критеріями.

Дислексична дискалькулія. При цій формі порушується сприйняття та розуміння математичних символів і знаків. Дитина має труднощі з читанням математичних знаків та з їх розрізненням, зокрема у сприйнятті кольору, форми і кількості. Зниження рівня аналітико-синтетичної діяльності ускладнює засвоєння математичних знаків, а також зорово-слухову пам'ять, що впливає на зорове і просторове сприйняття.

Графічна дискалькулія. Графічна дискалькулія виявляється у складнощах із написанням математичних знаків, відтворенням геометричних форм, та іншим графічним зображенням. Такі діти часто відчувають труднощі у зорово-руховій координації та у сприйнятті форми і розмірів об’єктів, що ускладнює для них малювання та розташування елементів на сторінці. Крім того, у дітей з цим видом дискалькулії порушена здатність до розпізнавання та відтворення математичних символів.

Операційна дискалькулія. Цей тип дискалькулії супроводжується труднощами у розумінні математичних операцій та термінології. Дитина має обмежену здатність до проведення математичних операцій, включаючи складання, віднімання, множення та ділення, а також порушену

аналітико-синтетичну діяльність. Недостатній розвиток лексико-граматичної системи призводить до складнощів у розумінні текстових задач і правил виконання арифметичних дій [56].

Дискалькулія значно ускладнює навчання математики для дітей із РДУГ та іншими когнітивними порушеннями, особливо через труднощі в розумінні числових значень, виконанні арифметичних операцій та просторовій орієнтації. Для ефективної підтримки таких учнів потрібні спеціалізовані методи корекції, які враховують різні психологічні та фізіологічні аспекти, що впливають на засвоєння математичних навичок.

Наступним важливим порушенням, яке розглянемо, є диспраксія, яка також створює значні перешкоди для успішного навчання через складнощі з координацією рухів і виконанням послідовних дій.

У наукових джерелах часто використовують терміни «апраксія» та «диспраксія» для позначення порушень праксису — здатності здійснювати цілеспрямовані рухи. При цьому, якщо симптоми з’являються у процесі розвитку (зокрема, в дитячому віці), зазвичай говорять про диспраксію розвитку. Апраксія ж відображає втрату вже сформованої здатності виконувати такі рухи, при збереженні сили м'язів і відсутності паралічів, які могли б їх обмежити. Таке розмежування є важливим з точки зору діагностики, адже диспраксія часто проявляється як розлад планування і координації рухів, тоді як апраксія більше стосується втрати навичок, набутих раніше [12].

У сучасній класифікації захворювань терміни мають різні коди та визначення: за МКХ-10 диспраксія та синдром незграбної дитини віднесені до «специфічних розладів розвитку моторної функції» (F82), а апраксія – до групи «дислексії та інших порушень розпізнавання і розуміння символів і знаків, не класифікованих в інших рубриках» (R48). В МКХ-11 апраксія позначена як розлад нервової системи (MB4A), що супроводжується специфічними порушеннями функціонування. А DSM-5, посібник Американської психіатричної асоціації, ввів поняття «порушення розвитку координації рухів» (РКР), віднісши його до розладів нервового розвитку [24].

Таким чином, сучасна наукова спільнота розглядає диспраксію як нейромоторний розлад, що впливає на формування та організацію довільних рухів, а також розвиток моторних навичок дитини. Диспраксію часто називають «синдромом незграбної дитини», коли дитині складно виконувати скоординовані рухи через зниження моторного тонусу чи інші особливості нейромоторного розвитку, які можуть обмежувати її можливості. Це порушення, незважаючи на часте згадування, іноді неправильно розуміють, що ускладнює як діагностику, так і процес підтримки дітей із такими порушеннями в умовах навчання та розвитку. Слід відзначити, що диспраксія впливає на різні сфери повсякденного життя дитини, оскільки порушення координації і планування рухів може виявлятися як у навчанні, так і в простих побутових діях. Діти з диспраксією можуть відчувати труднощі у виконанні дій, що вимагають точності та послідовності, таких як малювання, письмо, застібання ґудзиків або зав'язування шнурків [14].

У посібнику DSM-5 діагностичні критерії для порушень розвитку координації рухів (РКР), також відомих як диспраксія, визначені наступним чином: по-перше, виконання і освоєння рухових навичок суттєво нижче очікуваного рівня для відповідного віку, зокрема це може проявлятися у незграбності, повільності або неточності рухів. По-друге, дефіцит рухових навичок має тривалий і значний вплив на повсякденну діяльність дитини, від самообслуговування до шкільної продуктивності, трудової діяльності та дозвілля, де такі труднощі стають помітними. Далі, симптоми порушення проявляються ще в ранньому дитинстві. І нарешті, порушення координації не пов'язане з іншими неврологічними станами, зокрема такими як ДЦП, м'язова дистрофія, чи порушенням зору або інтелектуальною недостатністю, які могли б бути причиною обмеженої рухової здатності [50]

У дітей диспраксія проявляється в труднощах з виконанням базових рухових завдань, наприклад, під час ходьби, бігу або стрибків. Для них також характерні складнощі з такими побутовими та ігровими навичками, як зав’язування шнурків, їзда на велосипеді чи участь у спортивних заняттях, що

вимагають координації рухів. Виконання ряду послідовних рухів може бути для дитини надзвичайно важким або навіть неможливим. Діти з диспраксією часто мають проблеми з утриманням предметів, зокрема олівця чи ручки, що значно ускладнює процес навчання письма. Також поширеними є труднощі зорово-моторної координації: дитині важко піймати або підкинути м’яч, влучити в ціль тощо [15].

Вивчення диспраксії має давню історію, і одна з перших значущих класифікацій була запропонована ще на початку XX століття Г. Ліпманом у 1900 році. Його класифікація включала основні типи апраксій, які стали базою для розуміння порушень моторної координації. Він виділив кілька важливих типів: ідеаторну, кінетичну та ідеомоторну апраксії, кожен з яких охоплює специфічні труднощі, з якими стикаються діти в процесі виконання цілеспрямованих дій. У межах ідеомоторної апраксії Ліпман додатково розмежував підтипи, залежно від залучених частин тіла (наприклад, апраксія кінцівок або оральна апраксія) та видів діяльності (апраксія одягання, ходи).

1. **Ідеаторна диспраксія** пов’язана з порушенням планування ідеї або задуму руху. Діти з цим типом порушення не можуть організувати свої дії в логічну послідовність, навіть якщо розуміють, що необхідно зробити. Наприклад, коли їм потрібно підготуватися до прогулянки, вони можуть знати, що слід одягнутися, але не в змозі визначити порядок дій. Відсутність чіткого розуміння, з чого починати і як продовжувати, ускладнює виконання багатьох повсякденних завдань. Такий тип диспраксії впливає не лише на рухи, але й на мовленнєві навички, адже планування важливе і для комунікації.

2. **Кінетична диспраксія** характеризується труднощами з плавним і точним виконанням послідовних рухів, або "кінетичних мелодій". Діти з цим порушенням можуть почати певний рух, але не можуть підтримувати його послідовність і плавність. Це виявляється в повсякденних завданнях, наприклад, під час письма або малювання. Для дітей із кінетичною диспраксією письмо є справжнім викликом, оскільки вони постійно відчувають складнощі з координацією дрібних рухів пальців.

3. **Ідеомоторна диспраксія** характеризується тим, що дитина розуміє, що їй потрібно зробити, але не може правильно здійснити цей рух. Наприклад, вона знає, як треба кидати м’яч, але при спробі не може зробити це точно. У цьому виді розрізняють різні підтипи: апраксія кінцівок, оральна апраксія (яка впливає на мовлення), та інші, залежно від задіяних частин тіла.

4. **Апраксія одягання** охоплює труднощі у виконанні послідовності дій, пов'язаних із самостійним одяганням. Діти з апраксією одягання не можуть чітко визначити, яку частину одягу потрібно одягати першою, або як правильно виконати такі базові дії, як застібання ґудзиків чи зав'язування шнурків.

5. **Апраксія ходи** впливає на координацію рухів, пов’язаних із ходьбою та пересуванням. У дітей можуть виникати проблеми з поставою, нестійкість під час ходи та підвищена схильність до падінь. Це не лише знижує їхні фізичні можливості, але й може обмежувати їхню участь у групових активностях, таких як ігри з однолітками [57].

Кожен із цих видів диспраксії має свої особливості, і саме детальна класифікація допомагає фахівцям створювати індивідуальні стратегії підтримки та корекції для дітей. Диференціація типів дозволяє більш чітко розуміти, які саме аспекти моторики потребують уваги.

Диспраксія охоплює різні види рухових порушень, кожен з яких впливає на окремі аспекти координації та послідовності рухів. В Україні широко використовують таку класифікацію диспраксії, як:

Конструктивна диспраксія. Цей вид диспраксії пов’язаний із труднощами в розумінні просторових відносин і координації елементів у просторі. Дітям із конструктивною диспраксією важко працювати з будівельними конструкторами, пазлами, створювати прості конструкції, а також виконувати завдання, які потребують точного розміщення елементів один відносно одного, наприклад, малювання геометричних фігур або створення симетричних форм. Такі діти часто мають труднощі із запам'ятовуванням форм та розташування об’єктів, що ускладнює навчання малюванню та просторовому орієнтуванню.

Оромоторна диспраксія (оральна апраксія). Оромоторна диспраксія є порушенням, яке впливає на рухи м’язів, необхідних для мовлення, і проявляється в труднощах вимови слів. Дитина з оральною апраксією має проблеми з координуванням губ, язика та ротової порожнини, що впливає на здатність чітко вимовляти звуки й слова. Через це її мова може бути невиразною або складною для розуміння оточуючими. Такий тип диспраксії особливо впливає на комунікативні навички дитини та може потребувати інтенсивної логопедичної допомоги для розвитку мовленнєвої координації.

Психомоторна диспраксія. Психомоторна диспраксія охоплює порушення, що ускладнюють виконання послідовних дій, особливо тих, які потребують точного порядку й координації. Для дітей із цим типом диспраксії навіть прості завдання, як-от чищення зубів, миття посуду або складання одягу, можуть стати справжнім викликом, оскільки їм важко запам’ятати та дотримуватися послідовності рухів. Такі діти часто мають труднощі з виконанням щоденних рутинних завдань, що потребують планування та виконання кількох етапів у правильному порядку. Це впливає на їхню здатність до самостійності та потребує додаткової підтримки в освоєнні побутових навичок.

Ідеомоторна диспраксія. Ідеомоторна диспраксія проявляється у труднощах з виконанням простих, однокрокових рухових завдань. Дитині важко втілити задум у дію навіть у ситуаціях, коли вона розуміє, що слід робити, наприклад, розчесати волосся, зав’язати шнурки чи махнути рукою. Такі діти часто потребують більше часу для освоєння елементарних рухів, що впливає на їхню загальну моторну активність і розвиток автономності. Ідеомоторна диспраксія також ускладнює участь у соціальних активностях, де необхідні базові моторні навички, оскільки дитині важко швидко виконати звичні для однолітків рухи [6].

Проблема диспраксії набуває особливого значення в контексті мовленнєвих розладів, де особливо поширені артикуляційна та вербальна диспраксії. У дітей з моторною дисфазією часто спостерігаються порушення кінестетичного та

динамічного характеру, а також труднощі з координацією послідовних рухів. Такі проблеми значно ускладнюють виконання звичних рухових і мовленнєвих завдань, що підкреслює необхідність розробки спеціалізованих методів корекції [25].

Американські дослідники віддають перевагу поняттю "Childhood Apraxia of Speech" (Дитяча апраксія мовлення, ДАМ), яке нині вважається основним терміном для позначення цього розладу. За критеріями Американської асоціації логопедів та сурдологів, основними ознаками ДАМ є нездатність вимовляти слова однаково, неправильні наголоси та спотворення звуків у довгих словах. Ця термінологія також використовується у DSM-5 для вербальної диспраксії розвитку (Developmental Verbal Dyspraxia, DVD), що відноситься до "розладів мови та звуковимови" і підкреслює складності координації артикуляційних рухів. Основні симптоми DVD включають порушення послідовності звуків у словах та проблеми з точністю вимови звуків, особливо при збігу приголосних [51].

Важливо розуміти, що дослідження диспраксії не обмежується лише мовленнєвими аспектами. Завдяки міждисциплінарному підходу, який залучає логопедів, ерготерапевтів та психологів, з'явилися нові підходи та класифікації диспраксії, такі як сенсорно-інтегративно обумовлена диспраксія. Зокрема, у науковій спеціальній літературі виділяють соматодиспраксію, що пов’язана з недорозвиненістю тілесної схеми, та порушення двосторонньої інтеграції, яке зумовлене недосконалістю обробки вестибулярних і пропріоцептивних сигналів [24].

Отже, супутні розлади, такі як дислексія, дисграфія, дискалькулія та диспраксія, є поширеними серед дітей із РДУГ, значно ускладнюючи процес їхнього навчання та розвитку. Ці порушення вимагають комплексного підходу до діагностики та корекції, що передбачає міждисциплінарну співпрацю фахівців. Розробка індивідуальних програм підтримки та корекційної роботи сприяє адаптації дітей до навчального середовища, покращенню їхніх

академічних досягнень і розвитку життєвих навичок, забезпечуючи ефективну інтеграцію в суспільство.

1.3. Форми та методи роботи з подолання навчальних розладів у дітей молодшого шкільного віку з розладом дефіциту уваги та гіперактивністю

Проблема подолання навчальних розладів у дітей молодшого шкільного віку з розладом дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ) є однією з актуальних тем сучасної педагогічної та психологічної практики. РДУГ, часто супроводжуваний такими труднощами, як дислексія, дисграфія, дискалькулія та диспраксія, суттєво ускладнює засвоєння академічних навичок та соціальну адаптацію дітей. Важливим завданням є застосування таких методів та форм роботи, які б ефективно допомагали подолати ці труднощі, забезпечуючи дітям з РДУГ необхідну підтримку в навчальному процесі.

Розглянемо основні методи та форми роботи, спрямовані на полегшення засвоєння навчальних матеріалів та розвиток базових академічних навичок у дітей з РДУГ.

Найпоширенішою і найбільш актуальною є група методів поведінкової терапії:

1) **Поведінкова терапія** – метод, який фокусується на зміні конкретних дій і реакцій людини шляхом використання підкріплення та модифікації поведінки. У роботі з дітьми з розладами аутистичного спектра, дисграфією, дислексією та іншими супутніми порушеннями поведінкова терапія допомагає формувати нові навички та поведінкові стратегії для кращого функціонування в соціумі.

2) **Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ)** – метод, який поєднує зміну мислення (когнітивні процеси) з поведінковими змінами. КПТ спрямована на зміну негативних або деструктивних думок, які впливають на поведінку, що

дозволяє дітям більш ефективно розв'язувати проблеми, знижувати тривожність та контролювати імпульси.

3) АВА-терапія (Applied Behavior Analysis) – методика аналізу прикладної поведінки, яка базується на зміні поведінки шляхом позитивного підкріплення та поступового навчання новим навичкам.

Співпраця з фахівцями, які глибоко розуміють проблематику поведінкових порушень, дозволяє легко знаходити спільну мову і почати впроваджувати методи поведінкової терапії, такі як заохочення та дисциплінарні заходи. Ці принципи можуть бути ефективно застосовані також у шкільному середовищі.

Похвала є важливим інструментом позитивного підкріплення. Часте і щире словесне заохочення виступає сильним мотиваційним фактором для дитини. Постійна похвала допомагає дитині відчувати, що її зусилля помічені, що мотивує її досягати кращих результатів у виконанні завдань і дотриманні поведінкових норм.

Система жетонів є ефективним методом поведінкової терапії. Дитина може мати спеціальний щоденник, де вчитель записує бали або робить позначки про позитивні й негативні прояви поведінки. Батьки можуть конвертувати ці бали у винагороди або привілеї, стимулюючи дитину досягати поведінкових цілей, визначених у спеціальному контракті. Наприклад, дитина отримує бали за виконання завдань вчасно, і якщо певна кількість балів накопичена, її можна обміняти на винагороду. Таку систему іноді використовують для всієї групи або класу, щоб залучити всіх учнів до процесу.

Успішний учитель також оперативно реагує на поведінку учнів і знає, як заспокоїти дитину, коли це потрібно. Він утримує увагу учнів за допомогою різних педагогічних підходів: використання візуальних матеріалів, спільних ігор, зміни видів діяльності тощо.

Ефективні дисциплінарні методи також можуть бути корисними, але з акцентом на негайність та прозорість. Негативну поведінку можна занотовувати у спеціальному щоденнику, який передається батькам для подальшої оцінки. Негайні дисциплінарні заходи, як-от запис у щоденник, зауваження чи

тимчасове відсторонення ("тайм-аут"), є дієвими, оскільки дитина, яка звикла до заохочень, відчує втрату позитивного підкріплення як достатнє покарання. Якщо випадкова негативна поведінка не заважає класу, її можна проігнорувати, щоб уникнути зайвого підкріплення.

Досвідчені педагоги орієнтуються насамперед на заохочення, оскільки позитивне підкріплення формує тривалі зміни в поведінці та сприяє позитивному ставленню до навчання. Покарання ж може мати короткочасний ефект, але з часом воно може збільшити кількість негативних проявів поведінки. Крім того, покарання вказує дитині лише на те, що не можна робити, а не на те, як поводитися правильно. Позитивне підкріплення, навпаки, змінює ставлення до ситуацій і закріплює бажану поведінку на довгий період.

Нейрокорекція – це набір методів і вправ, спрямованих на стимуляцію та розвиток мозкових функцій, які відповідають за увагу, пам'ять, мислення та інші когнітивні процеси. У межах роботи з дітьми, які мають синдром дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ), нейрокорекція не є протокольним, основним методом терапії, проте може стати допоміжним засобом для покращення уваги та самоконтролю дитини, а також для корекції супутніх розладів, таких як дисграфія, дислексія тощо.

У випадку РДУГ нейрокорекція часто включає когнітивно-розвивальні вправи, спрямовані на поліпшення концентрації та регулювання імпульсивної поведінки, хоча вона не забезпечує стійкого або довготривалого ефекту. Наприклад, деякі комп'ютерні нейрокорекційні програми та ігри, схвалені FDA, показали тимчасове покращення уваги у дітей із РДУГ. Такі програми зазвичай являють собою інтерактивні завдання, які тренують дитину в напрямку підвищення концентрації, але ефект від них є обмеженим і нестійким. Наукові дослідження підтверджують, що після закінчення курсу такі покращення можуть зменшуватися або зникати без постійної підтримки та практики.

Крім того, нейрокорекційні методики можуть позитивно впливати на емоційний стан дитини. Завдяки таким вправам діти часто почуваються впевненішими, що може знизити рівень тривожності та стресу, особливо під час

навчального процесу. Проте варто розуміти, що нейрокорекція не є методом, здатним «виправити» РДУГ або забезпечити довготривалу корекцію симптомів. Її слід розглядати як додаткову підтримку, що може бути корисною у комплексі з іншими методами поведінкової або когнітивно-поведінкової терапії.

Сенсорна інтеграція – це терапевтичний підхід, який спрямований на вдосконалення здатності мозку сприймати, обробляти та інтегрувати інформацію, що надходить від органів чуття (зір, слух, дотик, рівновага тощо). Сенсорна інтеграція не має прямого впливу на симптоми розладу дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ), такі як імпульсивність та низька здатність до концентрації, проте може суттєво покращити здатність дітей з РДУГ до навчання, соціальної адаптації та емоційної стабільності, особливо при наявності супутніх розладів, як-от дисграфія, дислексія, диспраксія та дискалькулія.

У дітей з РДУГ часто спостерігаються труднощі в обробці сенсорної інформації, що проявляється у їхній поведінці, складнощах із концентрацією або моторною координацією. Сенсорна інтеграція допомагає дитині краще контролювати свої відчуття та реакції, що сприяє розвитку таких навичок, як дрібна та велика моторика, координація та організація рухів. Це, у свою чергу, впливає на полегшення виконання щоденних завдань та підвищення самооцінки.

При дисграфії сенсорні вправи можуть поліпшити дрібну моторику та координацію, що необхідні для формування навичок письма, оскільки ці діти часто мають труднощі з контролем м'язів рук.

При дислексії сенсорна інтеграція підтримує розвиток слухового сприйняття та візуальної обробки, що є ключовими для успішного розпізнавання звуків та літер, необхідних у навчанні читанню.

При диспраксії допомагає покращити координацію рухів і просторове сприйняття, дозволяючи дитині краще орієнтуватися у просторі та виконувати завдання, що потребують складних послідовних рухів.

При дискалькулії сенсорні вправи полегшують просторове мислення, що є основою для розуміння числових концептів та вирішення математичних завдань.

Медитація та майндфулнес допомагають дітям з РДУГ покращити сон, емоційний стан і стресостійкість, що, у свою чергу, сприяє кращому самоконтролю. Регулярна практика цих технік може позитивно вплинути на здатність дітей зосереджуватись, що є важливим для подолання труднощів у навчанні.

Позитивне виховання – це метод виховання, заснований на підтримці та заохоченні, який є доведеним ефективним підходом для полегшення симптомів РДУГ у дітей. Позитивне виховання, яке має основу в поведінковій терапії, допомагає знижувати стрес і підвищувати самооцінку дітей, що зменшує імпульсивність та покращує здатність до концентрації. Це виховання контрастує з "критичним вихованням", яке, навпаки, може посилювати негативні прояви РДУГ.

Тренінги самоконтролю – це навчання технік управління власними емоціями, таких як техніки релаксації та методи керування гнівом. Діти вчаться усвідомлювати власні реакції, розуміти причини своєї поведінки, а також використовувати прості алгоритми самоконтролю, як-от "зупинись – подумай – дій". Регулярне тренування цих навичок допомагає дитині формувати відповідальність за свої дії та досягати більшої стабільності в емоційному плані, що позитивно впливає на самоконтроль і загальний емоційний стан.

Тренінги вирішення конфліктів допомагають дітям усвідомлювати різні способи реагування на проблемні ситуації, такі як конкуренція, співпраця, компроміс чи уникнення. Через рольові ігри діти можуть практикувати різні стратегії поведінки, що дає змогу відчути себе у різних ролях і зрозуміти наслідки своїх дій. Це сприяє розвитку навичок комунікації та покращує взаємодію в соціальному середовищі.

Мнемотехніки та методи покращення пам'яті – це техніки, які використовують асоціації, візуалізації, рими та інші інструменти для

покращення запам'ятовування та обробки інформації. Оскільки діти з РДУГ часто мають труднощі з короткочасною пам'яттю, мнемотехніки допомагають полегшити засвоєння навчального матеріалу, покращуючи здатність запам'ятовувати та відтворювати інформацію, що є важливим для успішного навчання.

Арт-терапія та творчі методи для емоційної регуляції – включають використання малювання, ліплення, музики та інших творчих видів діяльності, що допомагають дітям виражати свої емоції, зменшувати стрес та заспокоюватися. Це також сприяє розвитку дрібної моторики, що може бути корисним для покращення навичок письма, та підвищує здатність до концентрації.

Тренінги соціальних навичок дозволяють дітям з РДУГ розвивати вміння ефективно взаємодіяти з іншими. Через практичні вправи та ігрові ситуації діти навчаються основам комунікації, розвитку співпраці та взаємної підтримки. Це також зменшує соціальну тривожність і допомагає їм знаходити позитивні способи вирішення конфліктів у колективі.

Кожен із цих методів доповнює інші й разом вони сприяють не лише корекції симптомів РДУГ, а й розвитку базових академічних навичок, необхідних для успішного навчання та соціальної адаптації дітей.

Робота з дітьми молодшого шкільного віку з розладом дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ) для подолання навчальних труднощів передбачає різноманітні форми, що зосереджуються на розвитку самоконтролю, покращенні концентрації, формуванні позитивних соціальних взаємодій та навичок саморегуляції.

Індивідуальні корекційні заняття – індивідуальні сесії з психологом або педагогом дозволяють зосередитися на конкретних труднощах дитини, таких як слабка увага, проблеми з мотивацією або навичками письма і читання. Така форма роботи є базою для розробки стратегії навчання, орієнтованої на потреби дитини, і допомагає побудувати основні навчальні навички.

Групові інтерактивні заняття – включають вправи, де діти вчаться працювати у команді, розвивати навички спілкування, а також співпраці. Цей формат підходить для розвитку навичок слухання, контролю імпульсів та дотримання соціальних норм, що сприяє кращій адаптації до навчального середовища.

Вправи на розвиток сенсорної інтеграції – заняття, спрямовані на покращення сенсорної обробки (як-от вправи з балансування, рухливі ігри) допомагають дитині краще обробляти та інтегрувати сенсорні подразники, що позитивно впливає на здатність до зосередження та сприйняття навчального матеріалу.

Використання ігрових методів навчання – гра дає можливість дитині засвоювати знання та розвивати навички у доступній формі, знімаючи напругу, яка може супроводжувати навчальний процес. Інтерактивні ігри на основі навчального матеріалу допомагають поліпшити запам'ятовування і роблять процес засвоєння інформації більш привабливим.

Заняття з розвитку мовлення і мислення – ця форма роботи включає вправи на усвідомлення звуків, літер, рим та складання слів. Вона спрямована на зміцнення базових мовленнєвих навичок, що важливо для дітей з труднощами в читанні та письмі, такими як дислексія або дисграфія, що часто спостерігаються при РДУГ.

Формування навчальної мотивації через проекти – індивідуальні та групові проекти, такі як створення книжок, малювання або будівництво моделей, заохочують до наполегливості та уваги до деталей. Завдяки проектній діяльності дитина вчиться ставити цілі, планувати та виконувати послідовні кроки, що покращує навички організації та концентрації.

Творчі майстер-класи та арт-терапія – заняття з малювання, ліплення, музики допомагають дитині виражати емоції, знижують рівень стресу та розвивають дрібну моторику, необхідну для письма. Ця форма роботи сприяє кращому емоційному самоконтролю та спонукає до самовираження.

Вправи на пам'ять та мнемотехніки – прості техніки запам'ятовування, такі як використання віршів, рим або асоціативних карток, допомагають дитині полегшити засвоєння навчального матеріалу. Це особливо корисно для дітей з труднощами у короткочасній пам'яті та асоціативному мисленні.

Система стимулювання досягнень через невеликі винагороди – формує в дитини позитивне ставлення до навчання через створення системи маленьких нагород за досягнення. Дитина отримує винагороду (жетони, наклейки) за дотримання правил, виконання завдань чи прогрес у навчанні, що підтримує її мотивацію та знижує рівень тривожності.

Підтримка навичок релаксації – вправи на глибоке дихання, короткі медитації або прості техніки майндфулнесу допомагають дитині розслабитися, зменшують напругу та підвищують концентрацію. Це корисна форма роботи для зниження емоційного напруження, що полегшує навчальний процес.

Ці форми роботи можуть комбінуватися відповідно до потреб дитини, щоб забезпечити комплексну підтримку, спрямовану на розвиток когнітивних, емоційних та соціальних навичок, необхідних для успішного навчання та інтеграції у колективі.

Подолання навчальних розладів у дітей молодшого шкільного віку з РДУГ потребує комплексного підходу, який охоплює широкий спектр методів і форм роботи. Ефективні корекційні методи – поведінкова та когнітивно-поведінкова терапії, сенсорна інтеграція, нейрокорекція, арт-терапія, тренінги самоконтролю та соціальних навичок – спрямовані на поліпшення уваги, саморегуляції, мотивації до навчання та емоційної стабільності. У поєднанні з підтримкою педагогів і психологів ці підходи сприяють розвитку академічних навичок, покращують адаптацію до навчального процесу та забезпечують позитивне соціальне середовище для дітей з РДУГ, підвищуючи їхню впевненість у собі й успішність у навчанні.

Висновки до розділу 1

У розділі було розглянуто проблему навчальних розладів у дітей молодшого шкільного віку з розладом дефіциту уваги та гіперактивністю (РДУГ). Проведений аналіз дозволив виявити основні психолого-педагогічні особливості дітей з РДУГ, серед яких імпульсивність, труднощі з концентрацією, гіперактивність, низький рівень самоконтролю та емоційна нестабільність. Ці характеристики значно ускладнюють засвоєння навчального матеріалу та соціальну адаптацію дітей, створюючи потребу у спеціалізованій підтримці в освітньому середовищі.

Дослідження супутніх розладів, таких як дислексія, дисграфія, дискалькулія та диспраксія, дозволило визначити їхній взаємозв'язок із симптоматикою РДУГ. Встановлено, що ці порушення мають різноманітні прояви, включаючи труднощі з читанням, письмом, математичними навичками та координацією рухів, що потребує комплексного підходу до діагностики й корекції.

Розглянуто основні методи та форми роботи з подолання навчальних труднощів у дітей з РДУГ. До них належать поведінкова та когнітивно-поведінкова терапії, сенсорна інтеграція, нейрокорекція, арт-терапія, методики розвитку самоконтролю, тренінги соціальних навичок та використання ігрових і творчих підходів у навчанні. Ефективність цих підходів забезпечується їхньою здатністю адаптуватися до індивідуальних потреб дитини, знижувати емоційне напруження та сприяти формуванню ключових академічних і соціальних навичок.

Таким чином, подолання навчальних розладів у дітей з РДУГ вимагає комплексного, науково обґрунтованого підходу, що включає мультидисциплінарну підтримку, індивідуалізацію навчання та інтеграцію сучасних корекційних методик. Це сприяє підвищенню успішності дітей, їхній адаптації до навчального середовища та гармонійному розвитку.

РОЗДІЛ 2
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МЕТОДИКА ПОДОЛАННЯ НАВЧАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З РОЗЛАДОМ ДЕФІЦИТУ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНІСТЮ

2.1. Опис діагностичного інструментарію дослідження

Організація та проведення комплексного обстеження специфічних порушень навчання (дислексії, дисграфії, дискалькулії, диспраксії) у дітей з розладом дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ) є вкрай актуальною, оскільки дозволяє забезпечити індивідуальний підхід до навчання цих дітей. Таке обстеження спрямоване на виявлення особливостей і труднощів у засвоєнні навчального матеріалу, що сприяє створенню умов для їхньої успішної адаптації в освітньому середовищі. Вчасне виявлення проблем та їх цілеспрямована корекція допомагають попередити ускладнення в освітньому, соціальному та емоційному розвитку дитини.

У обстеженні взяли участь 25 дітей молодшого шкільного віку (2 клас, вік дітей 7-8 років), серед них 13 дітей, які навчаються в умовах інклюзивного освітнього середовища та 12 дітей із нормотиповим розвитком. Діагностика проводилася в реабілітаційному центрі «Моя Надія» у м. Івано-Франківськ та у ліцеї №25 Івано-Франківської міської ради.

Метою констатувального експерименту було дослідження специфічних навчальних порушень у дітей з РДУГ, включаючи дислексію, дисграфію, дискалькулію та диспраксію.

У нашій дослідницькій роботі, присвяченій специфічним порушенням навчання у дітей з розладом дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ), було використано широкий спектр теоретичних і емпіричних методів. Теоретичні методи включали аналіз, порівняння, синтез, систематизацію та узагальнення наукових і методичних матеріалів, що дозволило визначити сучасні підходи до

діагностики та корекції специфічних порушень, таких як дислексія, дисграфія, дискалькулія та диспраксія. Це забезпечило теоретичне підґрунтя для розробки нашої корекційної програми.

Діагностика специфічних порушень навчання у дітей з розладом дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ) проводилася як комплексний процес, спрямований на виявлення труднощів у навчальній діяльності та створення ефективної програми їх подолання. Нами було виокремлено п’ять етапів, які дозволили отримати цілісне уявлення про індивідуальні особливості кожної дитини.

Перший етап полягав у *зборі інформації про дитину.* Було проаналізовано медико-педагогічну документацію, проведено консультації з батьками та педагогами, а також організовано спостереження за дитиною (*див. додаток В*). Особлива увага приділялася створенню комфортних умов для проведення обстеження, щоб мінімізувати рівень тривожності дитини та забезпечити її емоційний комфорт.

На *другому етапі, діагностичному,* використовувалися різноманітні інструменти й методики для виявлення специфічних труднощів у навчальній діяльності. Оцінка загальних проявів РДУГ здійснювалася за допомогою *опитувальника Вандербільта,* який заповнювали батьки (*див. додаток А*). Це дало змогу визначити основні субшкали, такі як неуважність, гіперактивність, імпульсивність та труднощі навчання. *Усне мовлення* досліджувалося за допомогою завдань на фонематичний аналіз, синтез і побудову мовленнєвих конструкцій. *Для оцінки письмового мовлення* аналізувалися продукти діяльності дитини (диктанти, письмові вправи), що дозволило виявити стійкі помилки (*див. додаток Г)*. *Скринінг симптомів дискалькулії* проводився через виконання завдань на логіку, числові операції та математичні символи *(див. додаток Б*). *Діагностика диспраксії* здійснювалася шляхом виконання спеціально розроблених завдань для оцінки координації, послідовності рухів і моторного планування.

На третьому етапі, етапі інтерпретації результатів, було проведено аналіз отриманих даних для виявлення особливостей та ступеня порушень. Порівняння з нормативними показниками застосовувалося вибірково, залежно від завдання дослідження, із фокусом на індивідуальному прогресі дитини.

Четвертий етап передбачав *розробку програми корекції,* що враховувала виявлені труднощі та потреби дитини. Корекційний план узгоджувався з батьками й педагогами, щоб забезпечити комплексну підтримку дитини як у навчальному середовищі, так і вдома.

П'ятий етап включав *реалізацію розробленого плану корекції та оцінку його ефективності*. Корекційна програма впроваджувалася через індивідуальні заняття, а результати оцінювалися повторним тестуванням для відстеження динаміки змін і корекції програми за необхідності.

Відповіді дітей було зафіксовано у спеціальних протоколах та проаналізовано. Результати дослідження, представлені у наступному параграфі, демонструють різні рівні навчальних здібностей серед груп дітей молодшого шкільного віку з розладом дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ).

Отже, організація та проведення діагностики специфічних порушень навчання у дітей з РДУГ були спрямовані на визначення рівня розвитку ключових навичок, включаючи мовленнєві, письмові, математичні та моторні здібності. Використана методика дозволила оцінити не лише зовнішні прояви труднощів, але й внутрішні когнітивні та навчальні процеси дітей. Результати тестування та завдань виявили індивідуальні варіації у мовленні, письмі, математичних навичках та координації рухів, що дає можливість отримати цілісне уявлення про навчальні особливості кожної дитини. Це, своєю чергою, створює передумови для ретельного моніторингу та планування подальшої корекційної роботи, орієнтованої на розвиток індивідуальних здібностей дітей.

2.2. Організація та опис процедури дослідження специфічних порушень навчання та когнітивно-моторних функцій у дітей з розладом дефіциту уваги та гіперактивністю

Під час підготовчого етапу діагностики було зібрано інформацію про дітей, включаючи анамнестичні дані, особливості їхнього розвитку, освітнього процесу, а також відомості від батьків та вчителів, логопеда, пихолога.

За результатами збору анамнезу з'ясовано, що вагітність у більшості матерів проходила без ускладнень, хоча в окремих випадках були зафіксовані труднощі, такі як перенесені інфекційні захворювання. У перший рік життя розвиток дітей загалом відповідав віковим нормам, включаючи етапи агукання, гуління, лепету. Однак із кінця першого року життя в деяких дітей почали спостерігатися затримки у психомоторному та мовленнєвому розвитку, а також труднощі в емоційній сфері, які, проте, не виходили за межі норми.

Щодо комунікативних процесів, більшість дітей демонстрували здатність ефективно взаємодіяти з дорослими та однолітками. Після вступу до школи більшість дітей навчаються за звичайною шкільною програмою. Однак за словами вчителів, вони мають труднощі у формулюванні речень, граматично правильному оформленні мовлення, а також у побудові зв'язних висловлювань. Усне мовлення часто дається їм важче, і на його оформлення потрібно більше часу. За результатами діагностики, у двох дітей із досліджуваної групи, крім РДУГ, також було діагностовано розлад аутистичного спектра (РАС). Цей факт вказує на необхідність врахування їхніх особливих освітніх потреб у подальшій роботі.

Отримані дані першого етапу стали основою для подальшого етапу діагностики, спрямованого на детальне вивчення специфічних навчальних труднощів у дітей з РДУГ.

Другий етап діагностики включав вивчення причин, типології, характеру, поширеності та стійкості порушень у навчальній діяльності, зокрема аналіз патологічних помилок у письмових роботах учнів, дослідження залежності між

станом сформованості усного мовлення та рівнем навичок письма, а також оцінку інших важливих аспектів. Обстеження здійснювалося на основі таких основних принципів: комплексності, системності, патогенетичного підходу, діяльнісного підходу, особистісного підходу та принципу розвитку. Нижче представлено зміст методики, що дозволяє отримати цілісне уявлення про специфічні навчальні труднощі дітей.

Діагностичний опитувальник Вандербільта для заповнення батьками є інструментом, спрямованим на оцінку основних проявів розладу дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ) у дітей. Він дозволяє визначити ключові субшкали поведінкових і навчальних труднощів, таких як неуважність, гіперактивність, імпульсивність, а також супутні проблеми у навчанні та соціальній взаємодії.

Опитувальник складається із серії питань, які стосуються повсякденної поведінки дитини, її здатності до концентрації, контролю імпульсів, дотримання інструкцій, а також рівня мотивації та активності. Батьки оцінюють частоту проявів певних рис або поведінкових реакцій дитини за визначеною шкалою, що дозволяє кількісно виміряти вираженість симптомів.

Особливістю опитувальника є його орієнтованість на реальний досвід спостереження за дитиною у домашніх умовах, що забезпечує високу достовірність отриманих даних. Результати опитувальника допомагають не лише підтвердити або уточнити діагноз РДУГ, але й оцінити ступінь впливу симптомів на навчальну діяльність, емоційний стан та соціальну адаптацію дитини.

Для оцінки дислексії ми зосередилися на таких аспектах усного мовлення, які є критично важливими для формування навичок читання та письма. Оцінка проводилася за трирівневою шкалою (0–2 бали).

Перший напрям *стан звуковимови* – оцінювалася правильність артикуляції, вимови звуків, їх відповідність віковим нормам, а також комбінація звуків у словах.

*Високий рівень (*2 бали) – дитина правильно вимовляє всі звуки відповідно до вікових норм, заміни або спотворення відсутні. Чітка артикуляція забезпечує розбірливість мовлення.

Середній рівень (1 бал) – виявляються незначні порушення звуковимови, такі як поодинокі заміни або труднощі у вимові складних звуків (шиплячих, сонорних), які не впливають на загальну якість мовлення.

Низький рівень (0 балів) – значні порушення звуковимови, зокрема стійкі заміни, пропуски або спотворення звуків, які ускладнюють розуміння мовлення і впливають на усвідомлення звукової структури слів.

Другий напрям – *стан фонематичного слуху та фонематичних уявлень*. Аналізувалася здатність дитини розрізняти звуки мовлення, визначати їхню послідовність та виконувати завдання на звуковий аналіз і синтез.

*Високий рівень (*2 бали) – фонематичний слух і уявлення сформовані. Дитина чітко розрізняє всі звуки, визначає їхній порядок у словах, помічає звукові зміни, вільно виконує завдання на звуковий аналіз і синтез.

Середній рівень (1 бал) – незначні труднощі у формуванні фонематичних уявлень, дитина може плутати схожі звуки (дзвінкі/глухі, тверді/м’які) або потребувати підтримки дорослого для виконання завдань.

Низький рівень (0 балів) – значні порушення фонематичного слуху та уявлень, труднощі у розрізненні частини звуків, проблеми з виконанням завдань на звуковий аналіз і синтез.

Третій напрям – *стан лексико-граматичної будови мовлення*. Оцінювалися багатство словникового запасу, правильність використання граматичних форм, структура речень і зв’язність висловлювань.

*Високий рівень (*2 бали) – відсутність порушень, словниковий запас відповідає віковим нормам, граматичні конструкції правильні й різноманітні. Дитина будує зв’язні висловлювання, використовує складні синтаксичні конструкції.

Середній рівень (1 бал) – незначні порушення, наприклад, обмежений словниковий запас у певних темах, помилки у використанні граматичних форм (узгодження, відмінки). Дитина переважно використовує прості речення.

Низький рівень (0 балів) – виражені труднощі у побудові речень, обмежений словниковий запас, часті граматичні помилки, мовлення уривчасте або незв'язне.

Четвертий напрям – *стан артикуляційної моторики.* Вивчалася точність і координація рухів мовленнєвих органів (губи, язик, нижня щелепа).

*Високий рівень (*2 бали) – чіткі й скоординовані рухи, дитина виконує артикуляційні вправи без труднощів.

Середній рівень (1 бал) – незначні труднощі у виконанні складних вправ, можливі помилки в окремих звуках, які не впливають на якість звуковимови.

Низький рівень (0 балів) – значні порушення артикуляційної моторики, труднощі у виконанні базових вправ, уповільнені чи некоординовані рухи мовленнєвих органів, численні порушення звуковимови.

Для оцінки основних компонентів дислексії (звуковимови, фонематичний слух і уявлення, лексико-граматична будова мовлення, артикуляційна моторика) ми розробили завдання з урахуванням вікових норм і специфіки можливих порушень.

Завдання для оцінки стану звуковимови.

Завдання 1. «Повтори за мною». Дитині пропонується повторити набір слів різної складності, що включають звуки, які часто викликають труднощі у вимові (шиплячі, сонорні, свистячі). Наприклад: «шапка», «дзвінок», «веселка». Завдання спрямоване на виявлення замін, пропусків або спотворень звуків.

Завдання 2. «Опиши картинку». Дитині показується зображення (наприклад, казковий персонаж, тварина чи транспортний засіб) і пропонується описати його, використовуючи назви предметів, які містять різні звуки. Це дозволяє оцінити вимову звуків у контексті зв'язного мовлення.

Завдання для оцінки фонематичного слуху та уявлень.

Завдання 1. «Знайди звук». Дитині читають слова, у яких пропонується знайти заданий звук (наприклад, звук «с» у словах «сонце», «кіт», «світло»). Дитина має сказати, чи є цей звук у слові, та визначити його місце (на початку, в середині чи наприкінці).

Завдання 2. «Розклади слово». Дитина отримує слово (наприклад, «мама», «вікно») і має розкласти його на окремі звуки (фонеми), проговорюючи їх послідовно. Завдання спрямоване на оцінку здатності дитини виконувати звуковий аналіз і синтез.

Завдання для оцінки лексико-граматичної будови мовлення.

Завдання 1. «Добери слово». Дитині пропонуються речення з пропущеними словами, які потрібно доповнити (наприклад: «На дереві сидить ___ (птах)»). Це завдання дозволяє оцінити обсяг словникового запасу та здатність дитини використовувати слова у відповідному контексті.

Завдання 2. «Закінчи речення». Дитина отримує початок речення, яке потрібно завершити (наприклад: «Я люблю грати у ___»). Завдання дає змогу оцінити вміння дитини будувати речення, використовуючи граматично правильні форми слів.

Завдання для оцінки артикуляційної моторики.

Завдання 1. «Артикуляційні вправи». Дитині пропонується виконати вправи для тренування мовленнєвих органів, наприклад: висунути язик і підняти його до верхніх зубів; зробити «гірку» з язика, піднявши його краї до піднебіння.

Завдання 2. «Вимова складних звуків». Дитині дають для повторення ряд складів, які включають важкі звуки (наприклад: «ша», «жу», «ча», «рю»). Це завдання спрямоване на виявлення артикуляційних труднощів під час вимови окремих звуків і їх комбінацій.

Діагностика дисграфії на основі аналізу письмових продуктів учнів (зошитів, диктантів, творчих робіт) передбачає виявлення типових помилок, які свідчать про труднощі формування навички письма. Вона охоплює декілька ключових напрямів, що дозволяють системно оцінити мовленнєво-когнітивні, технічні та стилістичні аспекти письма. Це, зокрема, фонетико-фонематичні,

морфологічні, синтаксичні, графічні, орфографічні помилки, а також порушення структури тексту та особливості почерку. Нижче детально розглянуто складові діагностики та рівні її оцінки.

Перша група помилок – *фонетико-фонематичні помилки*. Цей тип помилок виникає через порушення фонематичного слуху, нездатність правильно співвіднести звук і букву. До них належать:заміни букв, що позначають схожі за звучанням звуки (наприклад, «д-т», «г-к»); пропуски звуків або букв у словах (наприклад, «йду» написано як «йу»); перестановки звуків у словах (наприклад, «вікно» написано як «вконо»); спотворення написання м’яких та твердих звуків.

Друга група помилок – *морфологічні помилки*, які вказують на труднощі у використанні правил граматики. Серед основних виокремлюють такі: неправильне узгодження слів у роді, числі чи відмінку (наприклад, «красива день»); пропуски закінчень або їх заміни (наприклад, «друзям» замість «друзямі»); проблеми з утворенням форм слів (наприклад, «ходивши» замість «ходячи»).

Третя група помилок – синтаксичні помилки, які пов’язані з труднощами в побудові речень: неправильний порядок слів у реченнях (наприклад, «в саду гуляли діти весело»); пропуски службових слів («Іду школа» замість «Я іду до школи»); неповні або занадто громіздкі конструкції речень.

Четверта група помилок – графічні помилки, які стосуються техніки письма: заміна графічно подібних букв (наприклад, «п-т», «в-д»); викривлення форми букв, додавання зайвих елементів; нерівномірний інтервал між словами або буквами; орфографічні помилки. Ці помилки є наслідком порушення правил правопису: неправильне позначення голосних у ненаголошеній позиції, пропуски або помилкове вживання апострофів, проблеми з написанням складних слів (наприклад, «не знаю» як «незнаю»).

П’ята група помилок – структурні та стилістичні помилки, які стосуються цілісності та якості тексту. До них відносять: відсутність логічного зв’язку між реченнями; надмірне повторення однакових слів або фраз; невідповідність стилю тексту поставленому завданню.

Шоста група – особливості почерку. До основних характеристик почерку відносять: нерівність літер, розмір букв не відповідає загальноприйнятим стандартам; непослідовність у нахилі або відступах; нестабільність у формах окремих букв.

Рівні оцінки письма при діагностиці дисграфії дають змогу визначити ступінь сформованості навички письма у дітей та виділити три основні рівні: високий, середній і низький.

Високий рівень характеризується мінімальними помилками, які, як правило, виникають через неуважність, але не мають системного характеру. Учень демонструє чітку відповідність між звуками і буквами, граматичні навички сформовані достатньо добре. Текст логічний і зв'язний, а почерк охайний і не має значних порушень.

Середній рівень передбачає наявність певних труднощів, які впливають на якість виконання письмових завдань, але не є критичними. Зазвичай спостерігаються окремі фонетико-фонематичні та морфологічні помилки, такі як заміна букв чи неправильне узгодження слів. Можуть виникати труднощі у побудові речень, а також графічні помилки, наприклад, нестабільність у розмірах букв чи недотримання відстані між словами. Почерк дитини може бути нерівним, але залишається читабельним.

Низький рівень вказує на серйозні труднощі у формуванні навички письма, які мають системний характер. У тексті виявляється велика кількість помилок, таких як заміни, пропуски чи перестановки звуків. Спостерігаються грубі морфологічні та синтаксичні порушення, хаотичний порядок слів і неправильні форми слів. Графічні порушення значно ускладнюють читання тексту, а почерк дитини нерівний і нестабільний, іноді настільки, що букви важко розпізнати.

Для діагностики *дискалькулії* ми використали скринінговий опитувальник, який містить детальні запитання, спрямовані на виявлення труднощів у математичних навичках дитини. Скринінг охоплює широкий спектр проявів дискалькулії, починаючи від базових труднощів із числами та рахунком до складнощів із розумінням математичних концепцій, використанням величин та

вирішенням текстових задач. Кожне запитання супроводжується відповідями на вибір: **«часто», «іноді», «ніколи»**, що дозволяє оцінити частоту та ступінь вираженості проблем у дитини.

Основними напрямами діагностики дискалькулії є наступні:

Перший напрям – *проблеми з числами та рахунком.* На цьому етапі проводиться оцінка здатності дитини орієнтуватися в числовій прямій, виконувати арифметичні операції, розуміти числові відношення, правильно використовувати математичні символи. Наприклад, чи може дитина назвати сусідні числа, чи розуміє десятки та сотні, чи помічає аналогії між обчисленнями.

Другий напрям – *проблеми з величинами*. В межах цього напряму аналізується здатність дитини працювати з величинами, такими як гроші, час, відстань. Це включає вміння переводити одиниці вимірювання (метри в сантиметри, години в хвилини тощо), розуміння значення монет і купюр, а також користування годинником і лінійкою.

Третій напрям – *проблеми загального характеру*. Цей напрям спрямований на виявлення труднощів із увагою, концентрацією, виконанням математичних завдань, а також вплив цих труднощів на інші предмети. Запитання стосуються скарг дитини на втому, уникання завдань із математикою та супутніх проблем із пам’яттю чи мотивацією.

Четвертий напрям – *пам’ять та здатність до запам’ятовування.* Цей напрям спрямований на оцінку здатності дитини запам’ятовувати математичну інформацію, таку як таблиця множення, числові послідовності або номери телефонів. Також аналізується здатність запам’ятовувати прочитане чи почуте.

П’ятий напрям – *оцінка моторики*. Цей напрям спрямований на визначення рівня розвитку моторних навичок, таких як якість письма, швидкість і акуратність виконання завдань. Оцінюється, чи може дитина рівномірно писати цифри та зберігати чіткість графічних символів.

Шостий напрям – *супутні розлади*. Цей напрям спрямований на виявлення емоційних чи поведінкових проблем, які можуть ускладнювати навчання

математики. Сюди входить страх перед завданнями, психосоматичні реакції (головний біль, нудота), агресивність чи занижена самооцінка.

Рівні вираженості труднощів у засвоєнні математичних навичок дозволяють оцінити ступінь складності, з якими стикається дитина під час виконання математичних завдань.

Високий рівень характеризується впевненістю дитини у виконанні математичних завдань. Вона добре розуміє математичні концепції, демонструє стабільні навички обчислень, а труднощі, якщо і виникають, то дуже рідко і не впливають на загальну успішність.

Середній рівень визначається помірними труднощами, які стосуються роботи з числами, виконання математичних операцій та розв'язання задач. Дитина може плутати символи, алгоритми, часто використовує допоміжні засоби (наприклад, пальці або додаткові матеріали) для підрахунків. Завдання, що стосуються величин (гроші, час, відстань) або текстові задачі, викликають труднощі, але за підтримки дорослих чи пояснень дитина здатна частково їх виконувати.

Низький рівень свідчить про серйозні труднощі у засвоєнні математичних навичок. Дитина не розуміє числових відношень, часто плутає математичні символи, не може виконувати навіть базові обчислення без допомоги. Завдання з текстовими задачами або величинами залишаються для неї незрозумілими навіть після пояснень. Крім того, емоційні чи поведінкові труднощі суттєво ускладнюють процес навчання, знижуючи мотивацію та впевненість дитини у власних силах.

Діагностика диспраксії у дітей з розладом дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ) зосереджується на вивченні моторного розвитку, праксичних навичок, когнітивно-мовленнєвих функцій та емоційно-поведінкових аспектів, що дозволяє отримати цілісне уявлення про особливості розвитку дитини.

Перший напрям – *оцінка моторного розвитку.* Цей напрям спрямований на виявлення порушень у розвитку дрібної та грубої моторики. Він включає

спостереження за виконанням дитиною різних моторних завдань, тестування координації, рівноваги, а також оцінку маніпуляцій із дрібними предметами. Завдання, що використовуються в цьому напрямі, дозволяють визначити фізичні обмеження, які можуть впливати на повсякденне життя дитини, її здатність до самообслуговування та навчання.

Другий напрям – *дослідження праксичних навичок.* Цей напрям охоплює аналіз здатності дитини до виконання цілеспрямованих рухів і послідовних дій. Завдання на імітацію рухів (наприклад, показ певних жестів або рухів за зразком) і складання послідовних дій (наприклад, застібання ґудзиків чи зав'язування шнурків) дозволяють оцінити організацію та координацію дій, які є важливими для навчання та повсякденного життя. Особлива увага приділяється здатності дитини планувати та виконувати послідовності дій.

Третій напрям – *оцінка когнітивно-мовленнєвих функцій.* Цей напрям зосереджується на аналізі взаємозв'язку між мовленням, мисленням і руховими функціями дитини. Завдання включають повторення інструкцій, імітацію артикуляційних рухів і перевірку мовленнєвої моторики. Це допомагає зрозуміти, як порушення когнітивних і мовленнєвих процесів впливають на здатність дитини виконувати завдання, які потребують комплексного підходу.

Четвертий напрям – *оцінка емоційно-поведінкових особливостей.* Цей напрям спрямований на визначення впливу емоційної сфери дитини на формування моторних і праксичних навичок. Він включає спостереження за реакціями дитини на складні завдання, оцінку її мотивації до навчання, рівня стійкості до невдач та здатності долати труднощі. Такий підхід дозволяє виявити фактори, які можуть ускладнювати процес навчання та адаптації, і визначити шляхи їх подолання.

В межах зазначених напрямів нами було розроблено такі завдання.

Завдання для оцінки моторного розвитку.

Завдання 1. Рівновага і координація. Дитині пропонується пройти по прямій лінії (намальованій або викладеній на підлозі) з предметом у руці

(наприклад, м’ячем). Це завдання допомагає оцінити координацію рухів і здатність утримувати рівновагу.

Завдання 2. Маніпуляції з дрібними предметами. Дитині дають набір дрібних предметів (наприклад, намистинки або ґудзики) і пропонують сортувати їх за кольором або розміром, а також скласти у формі певного візерунка. Завдання спрямоване на оцінку дрібної моторики.

Завдання для дослідження праксичних навичок.

Завдання 1. Імітація рухів. Дитині показують серію рухів (наприклад, махати рукою, складати долоні разом, плескати в долоні), які вона має повторити в тому самому порядку. Це завдання оцінює здатність наслідувати рухи та виконувати їх послідовно.

Завдання 2. Завдання на послідовність дій. Дитині пропонують виконати послідовність дій, наприклад, застібнути ґудзики або зав’язати шнурки. Завдання дозволяє оцінити здатність до планування та організації рухів.

Завдання для оцінки когнітивно-мовленнєвих функцій.

Завдання 1. Повтори інструкцію. Дитині дається інструкція, яка включає кілька кроків (наприклад, «Візьми ручку, поклади її на стіл і підніми м’яч»). Завдання спрямоване на перевірку розуміння та виконання інструкцій.

Завдання 2. Імітація артикуляційних рухів. Дитині пропонують повторити артикуляційні вправи, наприклад, висунути язик і торкнутися верхніх зубів, зробити «гірку» з язика. Завдання оцінює моторну координацію мовленнєвих органів.

Завдання для оцінки емоційно-поведінкових особливостей.

Завдання 1. Завдання з невизначеним результатом. Дитині пропонують виконати завдання з певним рівнем складності, наприклад, зібрати пазл із великою кількістю елементів. Спостерігається її реакція на труднощі, чи зберігає вона спокій, чи намагається завершити роботу, чи потребує додаткової підтримки.

Завдання 2. Оцінка мотивації до навчання. Дитині пропонують вибір із двох завдань – складнішого та простішого. Спостерігають, яке завдання дитина

обере, наскільки активно вона його виконує, чи проявляє ініціативу під час роботи.

Оцінка диспраксії у дітей з розладом дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ) дозволяє виділити три основні рівні порушень: легкий, середній та високий. Визначення цих рівнів є важливим для вибору відповідних корекційних стратегій.

Легкий рівень характеризується незначними труднощами у виконанні завдань, що потребують точної координації. Діти на цьому рівні можуть мати проблеми з дрібною моторикою (наприклад, писанням чи малюванням), проте вони здатні адаптуватися до цих труднощів за допомогою простих вправ і підтримки. Корекція на цьому етапі спрямована на стимуляцію моторних і праксичних навичок через ігрові методи та практичні завдання.

Середній рівень проявляється у помітних труднощах із виконанням послідовних рухів і завдань, пов’язаних із самообслуговуванням. Діти можуть плутатися під час виконання інструкцій, мати проблеми із застібанням ґудзиків, зав’язуванням шнурків або іншими повсякденними діями. Вони також стикаються з труднощами в навчанні нових рухових або мовленнєвих навичок. Для корекції потрібні індивідуальні заняття з логопедом та педагогом, які допоможуть розвинути праксичні та когнітивні функції.

Високий рівень характеризується серйозними порушеннями моторного планування та координації. Діти з цим рівнем порушень мають суттєві труднощі у виконанні навіть простих послідовних дій, що значно впливає на їхнє повсякденне життя. Такі діти часто потребують постійної допомоги в самообслуговуванні та навчанні. Корекція включає комплексний підхід із залученням логопедів, педагогів і реабілітологів, акцентуючи увагу на навчанні базових функцій та адаптації до середовища.

Методика діагностики специфічних порушень навчання та когнітивно-моторних функцій у дітей з РДУГ забезпечує комплексний підхід до виявлення дислексії, дисграфії, дискалькулії та диспраксії. Вона охоплює ключові напрями оцінки, визначає рівні сформованості навичок та пропонує

завдання, спрямовані на детальне дослідження навчальних і когнітивно-моторних труднощів для подальшої розробки ефективних корекційних програм.

2.3. Особливості специфічних порушень навчання та когнітивно-моторних функцій у дітей з розладом дефіциту уваги та гіперактивністю

Наступним етапом дослідження була оцінка сформованості функцій за кожним із показників та порівняння отриманих даних із дослідженням дітей із нормотиповим розвитком. Інтерпретація результатів дослідження за кожною методикою (порівняння норми і порушень розвитку) здійснювалась за 5-ма серіями емпіричного дослідження.

Перша серія дослідження була спрямована на оцінку основних проявів розладу дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ) у дітей. За результатами діагностичного опитувальника Вандербільта нами було визначено такі диференційні особливості дітей із РДУГ (табл. 2.1.)

Таблиця 2.1

Результати діагностики за опитувальником Вандербільта для заповнення батьками (на визначення субшкал дітей з РДУГ)

Шкала	Характеристика симптомів	Зв'язок із навчальною діяльністю	К-сть дітей	Відсоток (%)
Дефіцит уваги	Помилки через неуважність, не слухають, не завершують завдання, плутають розклад, легко відволікаються, гублять речі.	Знижена здатність до виконання завдань, низька успішність у читанні, письмі, математиці, потреба в постійних нагадуваннях і поясненнях.	9	69,2%
Гіперактивність	Постійний рух, недоречне бігання, галас, складнощі з тихими видами діяльності, «відчуття моторчика».	Порушення дисципліни на уроці, відволікання однокласників, складнощі у зосередженні на завданнях.	8	61,5%
Імпульсивність	Перебивання інших, дії без роздумів, втручання	Конфлікти з учителем і однокласниками,	6	46,2%

Шкала	Характеристика симптомів	Зв'язок із навчальною діяльністю	К-сть дітей	Відсоток (%)
	у розмови, нездатність чекати своєї черги.	труднощі у групових завданнях, часті зауваження від дорослих.		
Реакції опозиції	Конфлікти з дорослими, відмова виконувати завдання, свідоме ігнорування правил, агресивна поведінка.	Утруднена взаємодія з учителем, підвищення напруги у класі, ігнорування складних завдань.	5	38,5%
Поведінкові проблеми	Агресія, порушення правил, брехня, крадіжки, звинувачення інших, навмисне псування речей, фізична агресія.	Конфлікти з однокласниками, труднощі в адаптації до правил шкільного життя, ізоляція від соціальної групи.	4	30,8%
Тривожно-депресивна симптоматика	Страх помилок, боязнь нового, низька самооцінка, сум, відчуття непотрібності, уникання групових завдань.	Уникання участі в активностях, низька мотивація до навчання, необхідність психологічної підтримки.	-	00%
Соціальна адаптація	Конфлікти з однолітками, проблеми у стосунках із батьками, низька участь у командних активностях, труднощі у навчанні.	Низька здатність до співпраці в групах, труднощі у формуванні дружніх стосунків, слабка соціальна підтримка з боку оточення.	2	15,4%

Аналізуючи результати дослідження, у якому взяли участь 13 батьків дітей молодшого шкільного віку з розладом дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ), було встановлено, що найбільш поширеним проявом є дефіцит уваги, який спостерігається у 9 дітей (69,2%). Цей показник характеризується нездатністю слідкувати за деталями, що призводить до частих помилок у письмових роботах та математичних завданнях. Діти з дефіцитом уваги часто не завершують розпочатих завдань, легко відволікаються на сторонні подразники, гублять необхідні для навчання речі та забувають інструкції. Це значно ускладнює їхній навчальний процес, адже вони не можуть тривалий час зосереджуватися на завданнях, потребують постійного повторення інструкцій і додаткових пояснень від учителя. Крім того, їхні часті помилки та незавершені завдання негативно впливають на самооцінку, що у свою чергу знижує мотивацію до навчання.

На другому місці за поширеністю серед дітей із РДУГ є гіперактивність, яка проявляється у 8 дітей (61,5%). Головними ознаками гіперактивності є постійна фізична активність, неспокій, галасливість, часте вставання зі своїх місць без дозволу, бігання навіть у тих ситуаціях, коли це недоречно. Такі діти мають складнощі з тихими видами діяльності, наприклад, письмом або малюванням, що потребують зосередження і спокою. Гіперактивність значно впливає на навчальний процес, оскільки порушує дисципліну в класі, відволікає інших учнів і ускладнює роботу вчителя. Самі ж діти через свою активність не можуть ефективно засвоювати навчальний матеріал.

Імпульсивність, яка спостерігається у 6 дітей (46,2%), включає такі прояви, як перебивання вчителя чи однокласників, втручання у чужі розмови, поспішність у виконанні завдань і нездатність чекати своєї черги. Часто такі діти відповідають на запитання, не дослухавши його до кінця, або діють імпульсивно, не замислюючись над наслідками. Це створює труднощі у роботі в групах, адже інші діти можуть бути незадоволені такою поведінкою. Імпульсивність також ускладнює взаємодію з учителями, які змушені постійно робити зауваження, що у свою чергу, знижує мотивацію дитини до навчання та може негативно впливати на її емоційний стан.

Реакції опозиції спостерігаються у 5 дітей (38,5%) і проявляються у свідомій відмові виконувати завдання, протестах проти вимог дорослих, агресивній поведінці та ігноруванні встановлених правил. Такі діти часто вступають у конфлікти з учителями та однокласниками, що створює напружену атмосферу у класі. Відмова виконувати складні завдання безпосередньо впливає на якість засвоєння навчального матеріалу і знижує загальну успішність. Крім того, часті конфлікти роблять дітей більш ізольованими у колективі.

Поведінкові проблеми виявлені у 4 дітей (30,8%). Вони включають агресивність, брехню, звинувачення інших у власних помилках, навмисне псування речей і, у більш серйозних випадках, фізичну агресію чи крадіжки. Такі діти часто стикаються із соціальною ізоляцією, оскільки однокласники уникають взаємодії з ними через їхню неконтрольовану поведінку. Це не лише

ускладнює навчання, але й створює емоційний бар'єр для розвитку позитивного ставлення до школи та навчального процесу.

Тривожно-депресивна симптоматика була зафіксована у 2 дітей (15,4%). Вона характеризується боязню зробити помилку, низькою самооцінкою, униканням нових завдань та сумним настроєм. Такі діти часто виглядають відчуженими, уникають участі у групових активностях, бояться проявити себе. Це значно обмежує їхню активність у навчальному процесі. Вони намагаються уникати складних завдань, навіть якщо мають потенціал для їх виконання. Для таких дітей важливо забезпечити додаткову психологічну підтримку, щоб допомогти їм подолати страхи та розвинути впевненість у собі.

Проблеми соціальної адаптації спостерігаються у 7 дітей (54%). Вони включають труднощі у стосунках з однокласниками, низьку участь у командних завданнях, конфлікти з учителями та батьками, а також відсутність соціальної підтримки з боку однолітків. Ці труднощі обмежують можливості дитини для роботи у групах, що є важливим для формування соціальних і комунікативних навичок. Відсутність дружніх стосунків часто спричиняє зниження мотивації до навчання та погіршення ставлення до шкільного середовища.

Друга серія експерименту була спрямована на оцінку дислексії, зокрема основні її складові такі як стан звуковимови, стан фонематичного слуху та фонематичних уявлень, стан лексико-граматичної будови мовлення, стан артикуляційної моторики. За результатами проведення експериментальних завдань нами було визначено такі диференційні особливості дітей з порушеннями усного мовлення (табл. 2.2.).

Таблиця 2.2

Розподіл дітей з порушенням усного мовлення за рівнями сформованості мовленнєвих функцій

Показник	Рівні сформованості функцій	Діти з нормотиповим розвитком, (к-сть, %)	Діти з РДУГ, (к-сть, %)
Стан звуковимови	Високий	6 (50%)	0 (00%)
	Середній	4 (33,3%)	4 (30,8%)

	Низький	2 (16,7%)	9 (69,2%)
Стан фонематичного слуху та фонематичних уявлень	Високий	3 (25%)	1 (7,7%)
	Середній	7 (58,3%)	4 (30,8%)
	Низький	2 (16,7%)	8 (61,5%)
Стан лексико-граматичної будови мовлення	Високий	3 (25%)	1 (7,7%)
	Середній	8 (66,7%)	5 (38,4%)
	Низький	1 (8,3%)	7 (53,8%)
Стан артикуляційної моторики	Високий	6 (50%)	2 (15,3%)
	Середній	5 (41,7%)	6 (46,2%)
	Низький	1 (8,3%)	5 (38,5)

Аналізуючи представлені дані, можна зробити висновки щодо рівнів сформованості мовленнєвих функцій у дітей з нормотиповим розвитком та дітей із розладом дефіциту уваги та гіперактивністю (РДУГ). У дітей з нормотиповим розвитком стан звуковимови переважно високий – 6 дітей (50%), тоді як серед дітей із РДУГ високий рівень зовсім відсутній. Натомість 9 дітей із РДУГ (69,2%) демонструють низький рівень звуковимови, у той час як серед дітей з нормотиповим розвитком цей рівень мають лише 2 дитини (16,7%).

Стан фонематичного слуху та фонематичних уявлень також суттєво різниться. Високий рівень сформованості характерний для 3 дітей (25%) з нормотиповим розвитком і лише для 1 дитини (7,7%) з РДУГ. У більшості дітей із РДУГ (8 дітей, або 61,5%) виявлено низький рівень цих функцій, у той час як серед дітей з нормотиповим розвитком такий рівень зафіксовано лише у 2 дітей (16,7%).

Схожа тенденція спостерігається у стані лексико-граматичної будови мовлення. Високий рівень мають 3 дитини (25%) з нормотиповим розвитком і лише 1 дитина (7,7%) із РДУГ. Середній рівень переважає серед дітей з нормотиповим розвитком (8 дітей, або 66,7%), а серед дітей із РДУГ цей показник становить лише 5 дітей (38,4%). Низький рівень за цим показником характерний для більшості дітей із РДУГ (7 дітей, або 53,8%), тоді як серед дітей з нормотиповим розвитком він виявлений лише у 1 дитини (8,3%).

Стан артикуляційної моторики демонструє, що високий рівень спостерігається у половини дітей (6 дітей, або 50%) з нормотиповим розвитком, тоді як серед дітей із РДУГ він наявний лише у 2 дітей (15,3%).

Результати діагностики підтверджують, що у дітей із РДУГ суттєво нижчий рівень сформованості мовленнєвих функцій за всіма показниками порівняно з дітьми з нормотиповим розвитком. Найбільші відмінності виявлено у стані звуковимови та фонематичного слуху.

Третя серія експерименту була спрямована на аналіз продуктів діяльності дітей щодо сформованості письмових навичок у дітей з НР та дітей із РДУГ.

На основі аналізу письмових робіт дітей із РДУГ можна зробити висновок, що їхні труднощі у письмі пов’язані з низкою типових помилок. Серед них переважають фонетико-фонематичні помилки, які проявляються у заміні букв, що позначають схожі за звучанням звуки, пропусках або перестановках букв у словах. Це вказує на порушення фонематичного слуху та проблеми зі співвіднесенням звуку і букви. Також часто зустрічаються морфологічні помилки, такі як неправильне узгодження слів у роді, числі чи відмінку, пропуски або заміна закінчень.

Діти також демонструють синтаксичні помилки, які виявляються у неправильному порядку слів у реченнях, пропусках службових слів, що робить тексти нелогічними або важкими для сприйняття. Особливо помітні графічні помилки, що стосуються нерівності літер, заміни схожих за написанням букв, нерівномірних відстаней між словами та викривлення форми букв. Почерк дітей нестабільний, літери часто мають різний розмір і нахил, що ускладнює читання.

Окрім цього, у текстах спостерігаються структурні та стилістичні помилки, такі як відсутність логічного зв’язку між реченнями, надмірне повторення слів та порушення загальної цілісності тексту. На основі аналізі типових помилок при написанні, ми визначали узагальнені рівні сформованості функцій дисграфії (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Рівні сформованості дисграфії

Рівні сформованості дисграфії	Діти з НР (Кількість дітей, %)	Діти з РДУГ (Кількість дітей, %)
Низький	8 (66,7%)	1 (7,7%)
Середній	3 (25%)	4 (30,8%)
Високий	1 (8,3%)	8 (61,5%)

Аналіз рівнів сформованості дисграфії серед дітей із РДУГ та дітей з нормотиповим розвитком демонструє суттєві відмінності у розвитку письмових навичок. У дітей із РДУГ низький рівень дисграфії спостерігається лише у 1 дитини, що становить 7,7% від загальної кількості. Натомість серед дітей з нормотиповим розвитком цей показник значно вищий – 8 дітей, або 66,7%, демонструють низький рівень диграфії.

Середній рівень сформованості письма характерний для 4 дітей із РДУГ (30,8%), тоді як серед дітей з нормотиповим розвитком цей рівень виявлено у 3 дітей (25%).

Високий рівень, що свідчить про серйозні труднощі у формуванні навичок письма, переважає серед дітей із РДУГ – 8 дітей, або 61,5%. Для порівняння, у групі дітей з нормотиповим розвитком високий рівень спостерігається лише у 1 дитини, що складає 8,3%.

Ці результати підкреслюють значні труднощі дітей із РДУГ у засвоєнні письмових навичок. У більшості з них рівень сформованості письма є середнім або низьким, що свідчить про системні проблеми у засвоєнні фонетико-фонематичних, граматичних та синтаксичних компонентів письма, а також про труднощі з технікою письма.

Діти з нормотиповим розвитком здебільшого демонструють низький рівень сформованості письма, що вказує на успішний розвиток усіх ключових компонентів письма. Труднощі, які трапляються у цієї групи, є незначними та мають поодинокий характер.

Четверта серія експерименту була спрямована на скринінг симптоматики дискалькулії. За результатами проведення скринігу нами було визначено такі диференційні особливості дітей з РДУГ та нормотиповим розвитком (табл. 2.4).

Таблиця 2.4

Результати оцінки дискалькулії у дітей з НР та РДУГ

Рівні сформованості дискалькулії	Діти з НР (Кількість дітей, %)	Діти з РДУГ (Кількість дітей, %)
Низький	5 (41,7%)	1 (7,7%)
Середній	6 (50%)	3 (23,1%)
Високий	1 (8,3%)	9 (69,2%)

Аналіз результатів оцінки сформованості дискалькулії у дітей з нормальним розвитком (НР) та розладом дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ) демонструє значні відмінності між цими групами, що вказує на специфічні труднощі дітей із РДУГ у математичній сфері.

Серед дітей із НР 5 осіб (41,7%) мають низький рівень прояву дискалькулії. Це свідчить про вільне орієнтування в числових операціях, розуміння числового ряду та здатність до розв'язання базових математичних задач. У 6 дітей (50%) визначено середній рівень, що є прийнятним і свідчить про невеликі труднощі, які можна скоригувати в рамках навчального процесу. Лише 1 дитина (8,3%) має високий рівень сформованості, що вказує на окремі труднощі в оволодінні математичними операціями.

Кардинально інша ситуація спостерігається у дітей із РДУГ. Лише 1 дитина (7,7%) демонструє низький рівень сформованості навичок дикалькулії, 3 дитини (23,1%) мають середній рівень, що свідчить про певну здатність до виконання математичних дій, проте з помітними труднощами в оперуванні числами та геометричними поняттями. Переважна більшість дітей із цієї групи — 9 осіб (69,2%) — мають високий рівень сформованості дискалькулії. Це свідчить про суттєві проблеми в розумінні числових понять, виконанні навіть простих обчислень, оперуванні величинами, просторовими і часовими уявленнями.

Такі результати можна пояснити особливостями РДУГ, які включають порушення уваги, імпульсивність, труднощі з концентрацією та низьку мотивацію до навчання. Ці фактори значно ускладнюють формування та засвоєння математичних навичок у дітей із РДУГ. Додатково впливають

виконавчі функції, пов'язані з плануванням і організацією, які є недостатньо розвиненими у цієї категорії дітей.Найбільш поширеними труднощами є:

Робота з числами та рахунком – значна кількість дітей не орієнтується в числовій прямій, плутає математичні символи та має проблеми з розумінням числових відношень.

Робота з величинами – труднощі з переводом одиниць вимірювання, розумінням часу та використанням грошей є характерними для більшості дітей із середнім та низьким рівнями.

Проблеми із запам’ятовуванням таблиці множення, числових послідовностей та математичних алгоритмів зустрічаються у дітей з середнім і низьким рівнем сформованості навичок.

Емоційні проблеми – діти з низьким рівнем часто демонструють страх перед математикою, уникають завдань і відчувають психосоматичні прояви, такі як головний біль або нудота.

П’ята серія експерименту була спрямована на оцінку диспраксії у дітей з розладом дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ) та дітей із нормотиповим розвитком. За результатами проведення експериментальних завдань нами було визначено такі диференційні особливості в обох групах (табл.2.5)

Таблиця 2.5

Результати оцінки диспраксії у дітей з НР та РДУГ

Рівні сформованості диспраксії	**Діти з НР (Кількість дітей, %)**	**Діти з РДУГ (Кількість дітей, %)**
Низький	8 (66,7%)	0 (00%)
Середній	4 (33,3%)	5 (38,5%)
Високий	0 (00%)	9 (61,5%)

Аналіз рівнів сформованості диспраксії у дітей із нормальним розвитком (НР) та розладом дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ) виявив суттєві відмінності, які відображають специфічні особливості цих двох груп.

Серед дітей із НР переважна більшість, а саме 8 дітей (66,7%), продемонстрували низький рівень сформованості диспраксії. Це свідчить про добре розвинену моторну координацію, послідовність рухів і здатність до

виконання складних дій. Ще 4 дитини (33,3%) мали середній рівень сформованості, що також є прийнятним показником і вказує на незначні труднощі, які можуть бути легко скориговані за умов систематичного тренування. Низький рівень сформованості диспраксії у цій групі взагалі не спостерігався.

У дітей із РДУГ картина кардинально відрізняється. Жодна дитина у цій групі не продемонструвала низького рівня сформованості диспраксії. Лише 5 дітей (38,5%) досягли середнього рівня, що свідчить про певну здатність до організації рухів, але із помітними труднощами в моторному плануванні, координації та послідовності дій. Водночас, переважна кількість дітей – 9 осіб (61,5%) – мають втсокий рівень сформованості диспраксії. Це свідчить про серйозні труднощі в моторному функціонуванні, що проявляються у складності виконання навіть базових рухів та дій, проблемах із зорово-моторною координацією та організацією рухової активності.

Висока частка дітей із низьким рівнем диспраксії у групі з РДУГ пояснюється особливостями цього розладу, зокрема дефіцитом уваги, порушеннями виконавчих функцій, імпульсивністю та низькою стійкістю до фрустрацій. Ці фактори ускладнюють формування моторних навичок та їх інтеграцію у щоденну активність. Також на моторний розвиток впливають труднощі із саморегуляцією, характерні для дітей із РДУГ, що перешкоджають послідовному навчанню та вдосконаленню рухових функцій.

Найпоширеніші труднощі серед дітей із диспраксією це: порушення дрібної та грубої моторики, які пов’язані із координацією, рівновагою та виконанням завдань із дрібними предметами; труднощі з праксичними навичками – діти мають проблеми з виконанням послідовних дій, наслідуванням рухів і плануванням завдань; проблеми у когнітивно-мовленнєвих функціях, які проявляються у труднощах у виконанні інструкцій, пов’язаних із кількома кроками, а також у координації мовленнєвих і рухових навичок; емоційно-поведінкові особливості, серед яких: низька мотивація, страх перед складними завданнями та невпевненість у своїх силах, що ускладнює навчання.

2.4. Програма корекції навчальних порушень у дітей з розладом дефіциту уваги та гіперактивністю та перевірка її ефективності

Проблеми з опануванням письма, читання, математичних навичок і моторики (дислексія, дисграфія, дискалькулія та диспраксія) особливо гостро проявляються у дітей із розладом дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ).

Метою програми є забезпечення всебічного розвитку дітей із РДУГ шляхом корекції вторинних порушень, таких як дислексія, дисграфія, дискалькулія та диспраксія. Програма спрямована на вдосконалення когнітивних, мовленнєвих, моторних і емоційних функцій, які є основою для успішного навчання та соціальної адаптації. Особливий акцент робиться на індивідуальному підході до кожної дитини, врахуванні її особливостей, потенціалу та потреб.

Програма має на меті не лише усунути конкретні труднощі, пов’язані з порушеннями навичок читання, письма, рахунку чи координації, але й створити умови для розвитку впевненості, мотивації до навчання та здатності долати труднощі. Важливо, щоб дитина навчилася ефективно використовувати свої сильні сторони, поступово мінімізуючи вплив наявних обмежень.

Окрім безпосередньої роботи з дитиною, програма спрямована на взаємодію з батьками та педагогами, що дозволяє забезпечити гармонійний розвиток дитини як у шкільному середовищі, так і вдома. Головною метою є створення умов, за яких дитина зможе реалізувати свій потенціал, здобуваючи позитивний досвід у навчанні та спілкуванні. Ця програма спрямована на всебічний розвиток ключових функцій, які лежать в основі успішного навчання, з акцентом на індивідуальні потреби дитини. Корекційно-розвиткова програма передбачає інтеграцію когнітивного, моторного, емоційного та поведінкового компонентів з метою поліпшення освітніх результатів і загальної адаптації дитини.

Завдання програми:

1. Виявлення особливостей розвитку дитини, зокрема слабких і сильних сторін.

2. Розвиток базових навчальних функцій: уваги, пам’яті, мислення, мовлення, графомоторики.

3. Корекція порушень письма, читання та математичних навичок.

4. Формування стійкості до труднощів, підвищення мотивації до навчання.

5. Забезпечення ефективної взаємодії між дитиною, батьками та педагогами.

Розглянемо основні етапи, завдання і зміст роботи за програмою (табл. 2.6)

Таблиця 2.6

Програма корекції специфічних порушень (навчальних розладів) у дітей з розладом дефіциту уваги та гіперактивністю

№	Етап програми	Мета і завдання	Зміст роботи/вправи	Дидактичний матеріал
1.	**Діагностичний етап**	Виявлення вторинних порушень і особливостей дітей із РДУГ		
		- Оцінка когнітивних навичок: уваги, пам’яті, мислення. - Аналіз мовленнєвого розвитку: фонематичного слуху, зорово-просторових функцій. - Обстеження графомоторних навичок.	- Спостереження за поведінкою дитини в ігрових та навчальних умовах. - Завдання на розпізнавання звуків. - Письмові диктанти. - Числові диктанти.	Тести для визначення рівня читання, письма, обчислень; картки зі словами, звуками, числами; графічні зошити для спостереження за моторикою; ігри на уважність ("Memory").
2.	**Розвиток слухових функцій**	Формування слухової уваги, сприймання, пам’яті		
		- Диференціація немовленнєвих і мовленнєвих звуків. - Розвиток вміння впізнавати ритм, тривалість і гучність звуків. - Формування навичок виділення звуків у словах.	-с	Аудіозаписи, картки зі звуками, слова зі схожими звуками, музичні інструменти для ритмічних вправ.
3.	**Фонематичне сприймання**	Уточнення та формування правильного		

№	Етап програми	Мета і завдання	Зміст роботи/вправи	Дидактичний матеріал
		сприймання звуків і звукових образів		
		- Відпрацювання навичок розрізнення звуків за акустико-артикуляційними ознаками ([б]-[п], [д]-[т], [с]-[з], [р], [р’]) - Розвиток фонематичних уявлень і синтезу	- Вправа "Знайди пару" (дитина шукає слова з однаковим звуком). - Завдання "Закінчи слово" (педагог починає, дитина додає останні звуки). - Ігри "Підбери риму".	Таблиці зі звуками, картки зі словами і малюнками, віршовані тексти з пропущеними римами.
4.	**Розвиток графомоторики (диспраксія, дисграфія)**	Стимуляція дрібної моторики та зорово-моторної координації		
		- Формування навичок точності і плавності рухів під час письма. - Розвиток здатності до слідування за шаблоном. - Підготовка руки до письма. - Диференціація звуків та букв [и] – [і]	- Вправи "Обведи по контуру". - Малювання пальцями, фломастерами. - Пальчикові ігри: "Піаніно", "Маленький павучок". - Робота з трафаретами для літер.	Трафарети для літер і фігур, книжки-розмальовки, матеріали для пальчикового малювання (фарби, пластилін).
5.	**Розвиток математичних навичок (дискалькулія)**	Формування базових уявлень про числа, рахунок і величини		
		- Навчання розуміння числового ряду. - Розвиток просторових уявлень у роботі з геометричними фігурами. - Удосконалення вміння оперувати величинами (довжина, час, гроші).	- Гра "Сусіди числа" (знайди числа перед і після заданого). - Завдання "Склади фігуру" з частин (геометричні пазли). - Вправи "Переведи години в хвилини".	Числові картки, набір геометричних фігур, настільні годинники, монети та купюри для тренування обчислень.
6.	**Розвиток навичок читання (дислексія)**	Удосконалення техніки читання і розуміння тексту		
		- Формування плавності і правильності	- Читання слів з пропущеними літерами.	Тексти для читання, картки зі словами і

№	Етап програми	Мета і завдання	Зміст роботи/вправи	Дидактичний матеріал
		читання. - Розвиток передбачення тексту. - Розуміння прочитаного (від окремих слів до речень).	- Вправи "Що буде далі?" (дитина закінчує текст). - Завдання "Прочитай і намалюй". - Читання слів з пропущеними літерами. - Вправи "Що буде далі?" (дитина закінчує текст). - Завдання "Прочитай і намалюй".	схемами, книжки з ілюстраціями.
7.	**Емоційно-регулятивна робота**	Зниження тривожності, розвиток навичок самоконтролю і емоційної регуляції		
		- Формування здатності до концентрації. - Релаксаційні вправи для зниження гіперактивності. - Розвиток усвідомлення своїх емоцій.	- Техніки "Дихання квадрата". - Гра "Що я бачу/чую/відчуваю?" . - Вправа "Колір настрою" (дитина малює свій настрій).	Аудіозаписи з релаксуючими звуками, картки з емоціями, посібники для майндфулнес-тренувань.
8.	**Контрольний етап**	Оцінка прогресу у навичках письма, читання, математики, координації та емоційної стабільності		
		- Повторне тестування навичок. - Аналіз змін у когнітивному, мовленнєвому, математичному і поведінковому розвитку. - Зворотний зв'язок із батьками і педагогами.	- Виконання завдань з різних напрямів програми. - Опитування і бесіди для вчителів і батьків. - Ігри для порівняння результатів "було-стало".	Комплексні завдання, анкети для батьків і педагогів, аудіо- та відеоматеріали для порівняння прогресу.

В експериментальній групі, до якої увійшло 13 дітей з РДУГ, протягом – лютого–червня 2024 р., один раз на тиждень проводилися заняття на базі

реабілітаційного центру “Моя Надія” у м.Івано-Франківськ з використанням різних прийомів та методів роботи, які представлені у програмі корекції. Кількість проведених занять 15 *(див. табл. 2.6. та додатки: Г, Д, Е)*.

У контрольній групі, до складу якої входило 12 дітей (Ліцей №25 Івано-Франківської міської ради, м. Івано-Франківськ), проводилися звичайні уроки з формування навичок читання, письма, рахунку та координації. Через два місяці було проведено повторне дослідження.

За результатами апробації програми було проведено контрольний експеримент за набором методик, який було використано на констатувальному етапі дослідження. Кількісні показники сформованості мовленнєвих функцій дітей експериментальної та контрольної груп представлено в таблиці 2.7.

Отримані на контрольному етапі дослідження результати були піддані порівняння з результатами, отриманими на констатувальному етапі дослідження за допомогою *t-критерія Стьюдента* (критичні значення t-критерію Стьюдента – $t_{0.01} = 3.0545$, $t_{0.05} = 2.1788$ для n=13).

Таблиця 2.7

Розподіл дітей з порушенням усного мовлення за рівнями сформованості мовленнєвих функцій після впровадження корекційної програми

Показник	Рівні сформованості функцій	Діти з НР до експерименту (к-сть, %)	Діти з НР після ЕР (к-сть, %)	Діти з РДУГ до екпериенту (к-сть, %)	Діти з РДУГ, після екпериенту (к-сть, %)
Стан звуковимови	Високий	6 (50%)	7 (58,3%)	0 (00%)	1 (7,6%)
	Середній	4 (33,3%)	4 (33,3%)	4 (30,8%)	6 (46,2%)
	Низький	2 (16,7%)	1 (8,4%)	9 (69,2%)	6 (46,2%)*
Стан фонематичного слуху та фонематичних уявлень	Високий	3 (25%)	3 (25%)	1 (7,7%)	2 (15,3%)
	Середній	7 (58,3%)	8 (66,6)	4 (30,8%)	6 (46,2%)
	Низький	2 (16,7%)	1 (8,4%)	8 (61,5%)	5 (38,5%)*
Стан лексико-граматичної будови мовлення	Високий	3 (25%)	3 (25%)	1 (7,7%)	2 (15,3%)
	Середній	8 (66,7%)	9 (75%)	5 (38,4%)	6 (46,2%)
	Низький	1 (8,3%)	0 (00%)	7 (53,8%)	5 (38,5%)
Стан артикуляційної моторики	Високий	6 (50%)	6 (50%)	2 (15,3%)	2 (15,3%)
	Середній	5 (41,7%)	5 (6,6%)	6 (46,2%)	9 (69,2%)*
	Низький	1 (8,3%)	1 (8,4%)	5 (38,5)	2 (15,3%)*

*Примітка: НР – діти з нормотиповим розвитком, * – $p \leq 0,05$, ** – $p \leq 0,01$.*

На основі представленої вище таблиці порівняно результати оцінки мовленнєвих і моторних функцій у дітей з нормотиповим розвитком та дітей з розладом дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ) до і після експериментальної роботи (ЕР). Діти з нормотиповим розвитком навчалися за звичайною програмою, а діти з РДУГ брали участь у впровадженій програмі корекції.

Після впровадження програми серед дітей з РДУГ відзначено суттєві позитивні зміни в усіх показниках. Зокрема, щодо стану звуковимови, кількість дітей з високим рівнем зросла з 0 до 1 (7,6%), тоді як у нормотипових дітей спостерігався ріст цього показника з 6 до 7 (58,3%). Використання t-критерію Стьюдента вказує на те, що ці результати не є статистично значущі. Середній рівень стану звуковимови залишився незмінним у нормотипових дітей, тоді як серед дітей з РДУГ збільшився з 4 до 6 осіб (46,2%), проте такий результат не є статистично значущий. Кількість дітей з низьким рівнем у цій групі статистично значущо ($t_{емп.}$= 2.288, $p \leq 0,05$) зменшилася з 9 до 6 (46,2%).

У стані фонематичного слуху та фонематичних уявлень після корекції у дітей з РДУГ кількість дітей з високим рівнем зросла з 1 до 2 (15,3%), однак використання t-критерію Стьюдента вказує на те, що ці результати не є статистично значущі, а з низьким статистично значущо ($t_{емп.}$=2.5788, $p \leq 0,05$) зменшилася з 8 до 5 (38,5%). У нормотипових дітей також спостерігалося покращення: високий рівень залишився без змін і складає 3 дитини (25%), середнього з 7 (58,3%) до 8 (66,6%) і зменшення низького з 2 (16,7%) до 1 (8,4%), проте ці відмінності не є статистично значущими.

У стані лексико-граматичної будови мовлення серед дітей з РДУГ кількість дітей із середнім рівнем зросла з 5 (38,4%) до 6 (46,2%), а з низьким рівнем зменшилася з 7 (53,8%) до 5 (38,5%), але ці відмінності не є статистично значущими. У нормотипових дітей спостерігалося стабільне зростання середнього рівня з 8 (66,7%) до 9 (75%) і зменшення низького рівня до 0, проте ці відмінності не є статистично значущими.

Щодо стану артикуляційної моторики, серед дітей з РДУГ кількість дітей із середнім рівнем статистично значущо ($t_{емп.}$=2.6533, $p \leq 0,05$) зросла з 6 (46,2%) до

9 (69,2%), а кількість із низьким статистично значущо ($t_{емп.}$=2.6456, p≤0,05) зменшилася з 5 (38,5%) до 2 (15,3%). У нормотипових дітей спостерігалися покращення високого рівня з 6 до 6 (50%) і середнього рівня з 5 до 5 (6,6%), однак ці відмінності не є статистично значущими.

Таблиця 2.8

Рівні сформованості дисграфії

після впровадження корекційної програми

Рівні сформованості дисграфії	Діти з НР до ЕР (к-ть дітей, %)	Діти з РДУГ до ЕР (к-ть дітей, %)	Діти з НР після ЕР (к-ть дітей, %)	Діти з РДУГ після ЕР (к-ть дітей, %)
Низький	8 (66,7%)	1 (7,7%)	8 (66,7%)	2 (15,3%)
Середній	3 (25%)	4 (30,8%)	4 (33,3%)	6 (46,2%)
Високий	1 (8,3%)	8 (61,5%)	0 (00%)	5 (38,5%)**

*Примітка: НР – діти з нормотиповим розвитком, ** – p ≤ 0,01.*

На основі таблиці порівняно рівні сформованості дисграфії у дітей з нормотиповим розвитком та дітей з РДУГ до та після експериментальної роботи (ЕР). Діти з нормотиповим розвитком навчалися за стандартною програмою, тоді як для дітей з РДУГ застосовувалася корекційна програма.

Серед дітей з РДУГ кількість дітей із низьким рівнем сформованості дисграфії після програми збільшилася з 1 до 2 (15,3%), що демонструє позитивну динаміку. Також відбулося значне зростання середнього рівня – з 4 до 6 дітей (46,2%). Водночас кількість дітей з високим рівнем дисграфії статистично значущо (p ≤ 0,01) зменшилася з 8 до 5 (38,5%), що свідчить про ефективність впровадженої програми.

У дітей з нормотиповим розвитком показники залишилися без змін. Низький рівень сформованості дисграфії зберігся у 8 дітей (66,7%), середній рівень зріс до 4 дітей (33,3%), а високий рівень – не виявлено у жодної дитини.

На основі таблиці 2.9 порівняно рівні сформованості дискалькулії у дітей з нормотиповим розвитком та дітей з розладом дефіциту уваги та гіперактивністю (РДУГ) до та після експериментальної роботи (ЕР). Діти з

нормотиповим розвитком навчалися за стандартною програмою, тоді як для дітей з РДУГ застосовувалася корекційна програма.

Таблиця 2.9

Результати оцінки дискалькулії у дітей з НР та РДУГ після впровадження корекційної програми

Рівні сформованості дискалькулії	Діти з НР до ЕР (к-ть дітей, %)	Діти з РДУГ до ЕР (к-ть дітей, %)	Діти з НР після ЕР (к-ть дітей, %)	Діти з РДУГ піля ЕР (к-ть дітей, %)
Низький	5 (41,7%)	1 (7,7%)	5 (41,7%)	1 (7,7%)
Середній	6 (50%)	3 (23,1%)	6 (50%)	7 (53,8%)**
Високий	1 (8,3%)	9 (69,2%)	1 (8,3%)	5 (38,5%)**

*Примітка: НР – діти з нормотиповим розвитком, ** – $p \leq 0,01$.*

Для дітей з РДУГ після впровадження програми спостерігається позитивна динаміка. Кількість дітей із низьким рівнем сформованості дискалькулії залишилася низькою – лише 1 дитина (7,7%), однак кількість дітей із середнім рівнем статистично значущо ($p \leq 0,01$) зросла – з 3 до 7 (53,8%). Водночас кількість дітей із високим рівнем дискалькулії статистично значущо ($p \leq 0,01$) зменшилася з 9 до 5 (38,5%), що свідчить про часткове покращення математичних навичок у дітей з РДУГ.

Для дітей з нормотиповим розвитком суттєвих змін у рівнях сформованості дискалькулії не зафіксовано. Низький рівень залишився у 5 дітей (41,7%), середній рівень – у 6 дітей (50%), а високий рівень – у 1 дитини (8,3%).

Таблиця 2.10

Результати оцінки диспраксії у дітей з НР та РДУГ після впровадження корекційної програми

Рівні сформованості диспраксії	Діти з НР до ЕР (к-ть дітей, %)	Діти з РДУГ до ЕР (к-ть дітей, %)	Діти з НР після ЕР (к-ть дітей, %)	Діти з РДУГ піля ЕР (к-ть дітей, %)
Низький	8 (66,7%)	0 (00%)	9 (75%)	1 (7,7%)
Середній	4 (33,3%)	5 (38,5%)	3 (25%)	6 (46,2%)
Високий	0 (00%)	9 (61,5%)	0 (00%)	6 (46,2%)*

*Примітка: НР – діти з нормотиповим розвитком, * – $p \leq 0,05$.*

Як видно з табл. 2.10, до ЕР діти з НР показували низький рівень сформованості диспраксії у 8 дітей (66,7%), середній рівень у 4 дітей (33,3%), а

високого рівня не було зафіксовано. Після звичайного навчання, кількість дітей із низьким рівнем зросла до 9 (75%), а середній рівень знизився до 3 (25%), що свідчить про природне покращення моторних функцій у процесі традиційного навчання.

У дітей з РДУГ до впровадження програми низький рівень сформованості диспраксії був відсутній, середній рівень спостерігався у 5 дітей (38,5%), а високий рівень – у 9 дітей (61,5%). Після застосування корекційної програми кількість дітей із низьким рівнем зросла до 1 (7,7%), із середнім рівнем до 6 (46,2%). Описані результати не є статистично значущі. Кількість дітей із високим рівнем статистично значущо ($t_{емп.}$=2.6864, $p \leq 0,05$) зменшилася до 6 (46,2%).

Висновки до розділу 2

Розроблена корекційно-розвивальна програма (формувальний етап дослідження) показала ефективність у корекції вторинних навчальних розладів (дислексія, дисграфія, дискалькулія, диспраксія), що підтверджується статистично значущими змінами в оцінюваних показниках.

В експериментальній групі дітей з РДУГ відзначено суттєві позитивні зрушення в багатьох сферах: поліпшення рівня мовленнєвих функцій, таких як звуковимова, фонематичне сприймання та артикуляційна моторика. Кількість дітей з низьким рівнем цих функцій значно зменшилася, а середній та високий рівні зросли.

Особливо важливим є зниження рівня дисграфії та дискалькулії в експериментальній групі. Кількість дітей з низьким рівнем дисграфії та дискалькулії значно зменшилася, що свідчить про ефективність методів, спрямованих на розвиток навичок письма і математичних операцій.

Також варто відзначити позитивний вплив програми на емоційний стан дітей та їхню мотивацію до навчання.

Результати експериментальної роботи демонструють, що комплексна

корекційна програма для дітей з РДУГ є ефективною у подоланні навчальних порушень та підтверджують доцільність її впровадження у освітній процес. Вона сприяє всебічному розвитку дитини, покращенню її навчальних результатів, загальної соціальної адаптації, сприяє розвитку ключових когнітивних і моторних навичок.

ВИСНОВКИ

У ході виконання кваліфікаційної роботи було досягнуто поставлених завдань, що дозволило підтвердити ефективність розробленої програми корекції щодо подолання специфічних порушень (шкільних навичок) у дітей з РДУГ.

1.Аналіз специфічних навчальних порушень у дітей з розладом дефіциту уваги та гіперактивністю (РДУГ), продемонструвало важливість інтеграції комплексного підходу для корекції таких проблем, як дислексія, дисграфія, дискалькулія та диспраксія. Існуючі методи корекції навчальних розладів потребують оновлення з огляду на сучасні виклики інклюзивної освіти та особливі потреби дітей з РДУГ, котрі мають виражені труднощі в навчальній діяльності та соціальній адаптації. Імпульсивність, гіперактивність, низький рівень самоконтролю та емоційна нестабільність значно ускладнюють їхню здатність до засвоєння навчального матеріалу, потребуючи спеціалізованої підтримки. РДУГ впливає на когнітивну діяльність, поведінку, соціальну адаптацію та емоційний розвиток дітей. Тому підходи до корекційної роботи з такими дітьми повинні бути цілісними, міждисциплінарними та адаптованими до їхніх потреб.

2. Серед дітей із розладом дефіциту уваги та гіперактивністю (РДУГ) поширені специфічні порушення навчання, такі як дислексія, дисграфія, дискалькулія та диспраксія, які значно ускладнюють академічну діяльність. Дислексія проявляється у труднощах із засвоєнням навички читання, включаючи побуквене читання, перестановки, пропуски або спотворення слів. Дисграфія характеризується стійкими помилками письма, такими як заміни букв, спотворення форм літер або порушення послідовності. Дискалькулія впливає на здатність розуміти числові поняття та виконувати математичні операції. Диспраксія, у свою чергу, стосується порушень координації рухів і планування послідовних дій, що впливає як на моторні, так і на мовленнєві функції. Кожен із цих розладів має свої особливості та вимагає диференційованого підходу до діагностики й корекції.

Корекція навчальних розладів у дітей із РДУГ базується на застосуванні комплексних методів і форм роботи, орієнтованих на індивідуальні потреби дитини. Поведінкова та когнітивно-поведінкова терапії спрямовані на покращення саморегуляції та усвідомлення дій. Сенсорна інтеграція допомагає розвинути зорово-моторну координацію та сприйняття, тоді як нейрокорекція зміцнює когнітивні процеси, такі як пам'ять і увага. Індивідуальні й групові заняття, ігрові методики, арт-терапія та тренінги самоконтролю є важливими для подолання специфічних труднощів у навчанні. Використання цих підходів сприяє формуванню стійких навичок, підвищує мотивацію до навчання та забезпечує емоційно комфортне середовище для дітей.

3. Важливим результатом кваліфікаційної роботи є розробка та впровадження корекційної програми, яка враховує когнітивні, мовленнєві та моторні особливості дітей з РДУГ та спрямована на розвиток ключових навчальних компетенцій. Програма включала спеціальні методики для подолання дислексії, дисграфії, дискалькулії та диспраксії та базувалася на інтеграції сучасних методів корекційної роботи, таких як поведінкова терапія, сенсорна інтеграція та нейрокорекція. У межах дослідження була розроблена та впроваджена комплексна корекційна програма для дітей із розладом дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ), які мали специфічні порушення навчання, зокрема дислексію, дисграфію, дискалькулію та диспраксію. Програма передбачала три основні етапи: діагностичний, корекційно-розвивальний та контрольний.

На діагностичному етапі було проведено комплексне обстеження когнітивних, мовленнєвих, моторних і емоційно-поведінкових функцій дітей. Аналіз письмових і математичних робіт, завдання на перевірку звуковимови, тестування фонематичного слуху та моторики дозволили визначити індивідуальні особливості дітей, їхні сильні сторони та труднощі в навчанні.

Корекційно-розвивальний етап програми був спрямований на подолання виявлених труднощів та розвиток базових навчальних функцій. Програма включала завдання для вдосконалення техніки читання, письма, роботи з

числами та просторовими уявленнями. Особлива увага приділялася розвитку дрібної та грубої моторики, емоційній регуляції та формуванню навичок самоконтролю. Робота здійснювалася індивідуально, враховуючи специфічні потреби кожної дитини.

4. Під час експерименту була проведена оцінка ефективності програми, що показала позитивні результати в навчанні та соціальній адаптації дітей. Проведений експеримент показав, що діти, які брали участь у корекційній програмі, продемонстрували покращення в таких аспектах: рівень мовленнєвих функцій, зокрема фонематичне сприймання, мовленнєва пам'ять та артикуляційна моторика, покращився рівень письмових і математичних навичок, що свідчить про зниження рівня дисграфії та дискалькулії. Окрім цього, спостерігалося поліпшення загальної координації рухів, що свідчить про зменшення проявів диспраксії. Важливо, що ці позитивні зміни були підтверджені як результатами кількісного аналізу експериментальних даних, так і спостереженнями педагогів та батьків.

Застосування програми також сприяло підвищенню мотивації до навчання у дітей з РДУГ, поліпшенню їхнього емоційного стану та зниженню рівня тривожності, що позитивно вплинуло на їхню загальну успішність і соціалізацію в шкільному середовищі. Отримані результати демонструють, що корекційна програма є ефективною для подолання специфічних навчальних порушень і може бути використана в загальноосвітніх школах та спеціалізованих навчальних закладах.

Узагальнюючи результати дослідження, можна стверджувати, що комплексна програма, орієнтована на роботу з дітьми з РДУГ, здатна суттєво покращити їхні навчальні досягнення, соціальну адаптацію та емоційний розвиток. Важливою складовою успіху є тісна співпраця педагогів, психологів, логопедів та батьків у процесі навчання та корекційної роботи з дітьми. Перевірка ефективності програми підтвердила її дієвість: у дітей, котрі входили до експериментальної групи, спостерігалося значне покращення мовленнєвих, графічних та математичних навичок. Зниження рівня дисграфії та дискалькулії

засвідчило корекційний вплив на навчальні труднощі, що свідчить про успішність програми.

Запропоновані підходи можуть бути інтегровані в сучасну систему інклюзивної освіти для забезпечення рівних можливостей усім дітям, незалежно від їхніх особливостей розвитку.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. *Асистент учителя в інклюзивному класі:* навчально-методичний посібник / Н. Дятленко, Н. Софій, О. Мартиничук, Ю. Найда. Київ: ТОВ Видавничий дім «Плеяди», 2015. 172 с.

2. *Великий тлумачний словник сучасної української мови*: 250 000 / уклад. та голов. ред. В. Т. Бусел. Київ; Ірпінь: Перун, 2005. VIII, 1728 с.

3. Волосюк А. А. *Сучасні методи корекції усного та писемного мовлення молодших школярів під час корекційно-логопедичних занять: тематичний збірник праць* / упоряд. за заг. ред. Гузь Н. Л. Рівне: РОІППО, 2014. 56 с.

4. Голуб Н. М. Особливості індивідуального підходу до учнів молодшого шкільного віку при корекції в них недоліків писемного мовлення. *Теорія та методика навчання та виховання: збірник наукових праць ХНПУ імені Г. С. Сковороди.* Харків, 2012. Вип. 32. С. 22–33.

5. Гріненко О. В. *Подолання дислексії та дисграфії в учнів початкових класів:* навч. посібник / О. В. Гріненко, М. М. Покотильська, Т. Я. Філоненко. Городище, 2010. 32 с.

6. Дислексія, або коли мозок «не влаштований» читати [Електронний ресурс] / А. С. Івашина // Читомо, 2015. URL: http://www.chytomo.com/fetysh/disleksiya-abo-koli-mozok-nevlashtovanij-chitati (дата звернення: 01.12.2023).

7. *Діти з гіперактивним розладом та дефіцитом уваги* / укл. В. І. Шнайдер, О. В. Голюк. Хмельницький, 2012. 90 с.

8. Дискалькулія [Електронний ресурс] // Київський інклюзивно-ресурсний центр. URL: https://kyiv8.irc.org.ua/diskalkuliya-11-14-51-13-03-2023/ (дата звернення: 11.09.2024).

9. Дискалькулія у дітей: профілактика та корекція порушень у засвоєнні лічильної діяльності [Електронний ресурс] // *Alexus*. URL: https://alexus.com.ua/diskalkuliya-u-ditej-profilaktika-ta-korekciya-porushen-u-ovolodinni-lichilnoyu-diyalnistyutekst/?gad_source=1&gclid=EAIaIQobChMIyIGylt3Hi

QMVpIloCR3nYTnLEAMYASAAEgKIgvD_BwE(дата звернення: 21.07.2024).

10. Дискалькулія [Електронний ресурс] // *K&S*. URL: https://k-s.org.ua/resources/blog/dyskalkuliya/ (дата звернення: 13.05.2024).

11. Дисграфія у дітей: допомога логопеда [Електронний ресурс] // Better Tone. URL: https://bettertone.com.ua/uk/dyshrafiia-u-ditej-dopomoha-lohopeda/ (дата звернення: 10.10.2024).

12. Апраксія [Електронний ресурс] // Вікіпедія. URL: https://uk.wikipedia.org/wiki/Апраксія(дата звернення: 09.06.2024).

13. Диспраксія [Електронний ресурс] // Розмовляйко. URL: https://rozmovlyajko.com/диспраксія (дата звернення: 11.10.2024).

14. Диспраксія у дітей [Електронний ресурс] // ІРЦ №3. URL: http://irc3.kr.sch.in.ua/batjkam/vchitelj-defektolog/ratushna_svitlana_petrivna/dispraksiya_u_ditej/(дата звернення: 01.10.2024).

15. Диспраксія: діагностичні ознаки диспраксії [Електронний ресурс] // ВсіМОсвіта. URL: https://vsimosvita.com/dyspraksiya-diagnostychni-oznaky-dyspraksiyi/ (дата звернення: 19.09.2024).

16. Журавльова Л. С. Порушення письма як одна з проблем шкільного навчання. *Актуальні питання корекційної освіти*. 2017. Вип. 9 (1). С. 55–65.

17. Журавльова Л. С. Комплексний аналіз порушень письма у дітей молодшого шкільного віку. *Науковий вісник Мелітопольського державного педагогічного університету. Серія «Педагогіка»*. 2018. С. 78–73.

18. Ілляшенко Т. *Гіперактивна дитина*. Психологічний супровід у навчальному закладі / Т. Ілляшенко; упоряд. Т. Червонна. Київ: Вид. група «Шкільний світ», 2017. 87 с.

19. Ільяна В. М. *Дислексія: від класичних поглядів до сучасного розуміння проблеми: матеріали Всеукраїнського онлайн-марафону до Дня науки* (16–24 травня 2022 року, Київ) / за автор. ред.: Інститут спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України, 2022. С. 49–52. URL: https://ispukr.org.ua/?p=9206 (дата звернення: 01.12.2024).

20. Ільяна В. М. *Дислексія: підтримка дитини з особливими мовленнєвими потребами в освітньому середовищі:* навч.-метод. посіб. Київ, 2023. Рукопис.

21. Ільяна В. М. Особливості організації корекційно-розвивальної роботи вчителя-логопеда з попередження та подолання дислексії у дітей молодшого шкільного віку з ТПМ / В. М. Ільяна. *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови*. 2015. Вип. 10. С. 88–93.

22. Клінічна динаміка дисграфії і дислексії в молодших школярів у процесі проспективного дослідження [Електронний ресурс] / Т. П. Калашнікова, Ю. І. Кравцов. Міжнародний неврологічний журнал. 2006. №3 (7). URL: http://www.mif-ua.com/archive/article/2520 (дата звернення: 01.12.2024).

23. Компанець Н. М. *Формування довільної поведінки у молодших школярів із затримкою психічного розвитку*: автореф. дис. канд. психол. н. (19.00.08) / Н. М. Компанець. Київ: Інститут спеціальної педагогіки АПН України, 2004. 22 с.

24. Мартиненко І. В. Диспраксія в структурі мовленнєвого дизонтогенезу дітей. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова.* Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. 2021. Вип. 40. С. 65–70.

25. Мартиненко І. В. *Логопсихологія*: курс лекцій: навчальний посібник. 3-тє вид., виправл. і доповн. Київ: ДІА, 2019. 120 с.

26. Марценковська І. І. *Клінічна типологія та особливості шкільної дезадаптації у дітей з гіперкінетичними розладами*: автореф. дис. канд. мед. н. (14.01.16) / І. І. Марценковська. Київ: Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології, 2011. 22 с.

27. Науменко Н. О. *Особливості самосвідомості дітей з синдромом дефіциту уваги*: автореф. дис. канд. психол. н. (19.00.04) / Н. О. Науменко. Київ, 2004. 12 с.

28. Орос В. М. *Психологічні особливості гіперактивності акцентуйованих підлітків в умовах соціальної депривації*: дис. канд. психол. наук: 19.00.07 / В. М. Орос. Київ: Ун-т ім. Б. Грінченка, 2015. 257 с.

29. *Організаційно-методичні засади діяльності інклюзивно-ресурсних*

центрів: навчально-методичний посібник / за заг. ред. М. А. Порошенко та ін. Київ, 2018. 252 с.

30. Проблема виявлення гіперактивного розладу з дефіцитом уваги та основні складові педагогічної підтримки дітей з гіперактивним розладом з дефіцитом уваги / О. Г. Ферт. *Актуальні питання корекційної освіти.* Педагогічні науки. 2017. Вип. 9 (1). С. 279–288. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apko_2017_9%281%29__28 (дата звернення: 01.12.2024).

31. Романчук О. *Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги у дітей*. Практичне керівництво / Олег Романчук. Львів: Крео, 2008. 324 с.

32. Сухіна І. В. *Гіперактивна дитина*. Харків: Ранок, ВГ «Кенгуру», 2018. 40 с.

33. Тарасун В. В. Модель процесу породження писемного мовлення як особливої форми комунікації. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова*. Серія 19: Корекційна педагогіка та психологія: збірник наукових праць. Київ: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2015. Вип. 29. С. 29–102.

34. Тенцер Л. В. Психолінгвістичні механізми виникнення різних форм дисграфії у дітей молодшого шкільного віку. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова*. Серія 19: Корекційна педагогіка та психологія: збірник наукових праць. Київ: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2014. Вип. 26. С. 221–227.

35. Тенцер Л. В. *Зміст та методика подолання графічних та оптико-просторових помилок в системі корекційно-розвивального навчання молодших школярів із дисграфією*. Логопедія. 2017. No 12. С. 98–105.

36. Тенцер Л. В. *Порівняльний аналіз експериментального вивчення молодших школярів із вадами письма та з нормальним мовленнєвим розвитком*. Логопедія. 2016. №9. С. 77–84.

37. Тихонова К. *Труднощі навчання: дислексія, дисграфія, диспраксія, дискалькулія*. Харків: Ранок, 2020. С. 137–140.

38. Тохтамиш О. М. *Психологічний супровід дітей дошкільного і молодшого шкільного віку з гіперактивністю та дефіцитом уваги*: автореф. дис. канд. психол. н. (19.00.04) / О. М. Тохтамиш. Київ: Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, 2010. 17 с.

39. Фаласеніді Т. М. *Педагогічна підтримка учнів з гіперактивним розладом у загальноосвітній школі США: дис. канд. пед. н*. (13.00.01) / Т. М. Фаласеніді. Львів: Національний університет «Львівська політехніка», 2010. 216 с.

40. Ферт О. Г. *Гіперактивна дитина в школі*. Стратегії корекції поведінки та академічної успішності: методичні рекомендації / О. Г. Ферт. Львів, 2017. 27 с.

41. Ферт О. Гіперактивна дитина в школі. Стратегії корекції поведінки та академічної успішності / О. Г. Ферт. М*етодичні рекомендації. Видання навч.-метод. центру освіти м. Львова*. Львів, 2012. 27 с.

42. Ферт О. Г. Індивідуальний підхід до корекції поведінки дітей з гіперактивним розладом з дефіцитом уваги в інклюзивному освітньому процесі / О. Г. Ферт. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія: збірник наукових праць. Київ: Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова*, 2017. Вип. 33. С. 82–86.

43. Ферт О. Г. Обдаровані діти з ГРДУ: позитивні сторони та складності у навчанні. *Вісник КНУ ім. Т. Шевченка. Соціологія. Психологія. Педагогіка. Тематичний випуск №1*. Київ, 2009.

44. Чередніченко Н. В., Клименко І. В., Тенцер Л. В. *Порушення письма у молодших школярів: діагностика та корекція:* навчально-методичний посібник. Київ: ДІА, 2016. 248 с.

45. Чередніченко Н. В. Психолінгвістичні та психолого-педагогічні передумови формування навички письма. *Теорія і практика сучасної логопедії: збірник наукових праць. Київ: Актуальна освіта*, 2007. Вип. 16. 323 с.

46. Чередніченко Н. В., Тенцер Л. В. Сучасні підходи до проблеми

дисграфії та дизорфографії у молодших школярів. *Актуальні проблеми логопедії: ІІ Міжнародна науково-практична конференція* (15–16 жовтня 2014 р., Київ). Київ, 2014. С. 5.

47. Чередніченко Н. В. Типи та механізми дисграфічних помилок у писемному мовленні молодших школярів. Логопедія. 2012. No 2. С. 94–102.

48. Чередніченко Н. В., Тенцер Л. В. Зміст та організація логопедичної роботи з подолання дисграфії у молодших школярів в умовах корекційного та інклюзивного навчання. *Актуальні питання корекційної освіти: збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка.* 2019. Вип. 13. С. 312–324.

49. Чередніченко Н. В., Тенцер Л. В. Результати впровадження комплексної системи корекції фонетико-графічних помилок у молодших школярів із дисграфією. *Збірник наукових праць Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка «Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології»*. 2020. Вип. 8. С. 40–57.

50. American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc., 2013.

51. Aram, D. M., & Hall, N. E. Longitudinal follow-up of children with preschool communication disorders: Treatment implications. *School Psychology Review*. 1989. 18. С. 487–501.

Kwiatkowski, J., & Shriberg, L. D. The capability-focus treatment framework for child speech disorders. *American Journal of Speech-Language Pathology*. 1998. 7. С. 27–38.

52. Barkley, R. A. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. New York: Guilford Publications, 1991. 770 p.

53. Butterworth, B., Varma, S., & Laurillard, D. Dyscalculia: From brain to education. *Science*. 2011. 332(6033). С. 1049–1053.

54. Carwey, D. W. *Dysgraphia: Why Johnny Can't Write: A Handbook for Teachers and Parents*(3rd ed.). 2000.

55. Crouch, A. L., & Jakubecy, J. J. Dysgraphia: How it affects a student's performance and what can be done about it. *Teaching Exceptional Children Plus*. 2007. 3(3). Article 5.

56. Košč, L. Vyvinova dyskalkulia ako porucha matematicnuch schopnosti v detakom veka. *Otázky defektológie*. 1971. No 4. C. 56–57.

57. Liepmann, H. K. Das Krankheitsbild der Apraxie («motorischen Asymbolie») auf Grund eines Falles von einseitiger Apraxie. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*. 1900. Bd. 8. C. 15–44.

58. Martin, N. C. J., Piek, P., Hay, D. A. DCD and ADHD: A genetic study of their shared etiology. *Human Movement Science*. 2006. Vol. 25. C. 110–124.

59. Nicolson, R. I., Fawcett, A. J. Dyslexia, dysgraphia, procedural learning, and the cerebellum. *Cortex*. 2011. 47(1). January. C. 117–127.

60. Richards, T. L., Grabowskia, T. J., Boord, P., Yagle, K., et al. Contrasting Brain Patterns of Writing-Related DT Parameters, fMRI Connectivity, and DTI-fMRI Connectivity Correlations in Children with and without Dysgraphia or Dyslexia. *NeuroImage: Clinical*. 2015. No 8. C. 1–31.

61. Rief, S. F. *How to Reach and Teach Children with ADD/ADHD*. San Francisco: Jossey-Bass, 2005. 436 p.

62. Cohen Kadosh, R., Dowker, A., Heine, A., Kaufmann, L., Kucian, K., et al. Interventions for improving numerical abilities: Present and future. *Trends in Neuroscience and Education*. 2013. 2(2). C. 85–93.

ДОДАТКИ

Додаток А

УАНП

ДІАГНОСТИЧНИЙ ОПИТУВАЛЬНИК ВАНДЕРБІЛЬТА ДЛЯ ЗАПОВНЮВАННЯ БАТЬКАМИ

П.І.П. дитини:

Вік дитини:

П.І.П. заповнювача:

Дата заповнення:

Інструкція: оцініть, будь ласка, поведінку дитини за допомогою наданого опитувальника. Під час оцінювання орієнтуйтеся на найбільш типову поведінку дитини протягом останніх шести місяців у порівнянні із поведінкою її однолітків.

№	Симптоми	Ніколи	Іноді	Часто	Дуже часто
1.	Нездатна уважно слідкувати за деталями, робить безглузді помилки	0	1	2	3
2.	Має труднощі з виконанням завдань або в ігровій діяльності, яка потребує зосередженої уваги	0	1	2	3
3.	Не слухає, коли до неї звертаються	0	1	2	3
4.	Не закінчує розпочате заняття (ненавмисно і не у зв’язку із низьким інтелектом)	0	1	2	3
5.	Незібрана, неорганізована	0	1	2	3

6.	Уникає, не любить або не хоче погоджуватися виконувати завдання, які вимагають підвищеної уваги і розумової напруги	0	1	2	3
7.	Плутає розклад, втрачає речі, необхідні для виконання завдань або будь-якої діяльності (іграшки, книги, олівці тощо)	0	1	2	3
8.	Легко відволікається на все, що відбувається навколо	0	1	2	3
9.	Забуває виконувати щоденні процедури (почистити зуби тощо)	0	1	2	3
10.	Занепокоєно рухає руками або ногами, совається на місці	0	1	2	3
11.	Покидає своє місце в класі або в іншому місці, не може всидіти	0	1	2	3
12.	Починає бігати і дертися кудись, коли це недоречно	0	1	2	3
13.	Не може тихо грати, неадекватно галаслива	0	1	2	3
14.	Діє як «заведена», як ніби до неї приробленний «моторчик»	0	1	2	3
15.	Надмірно балакуча, без урахування соціальних обмежень	0	1	2	3
16.	Випалює відповіді до того, як завершені питання	0	1	2	3
17.	Не в силах стояти в чергах, чекати своєї черги	0	1	2	3
18.	Перебиває інших або втручається в розмови або заняття інших	0	1	2	3
19.	Вступає в конфлікти з дорослими	0	1	2	3
20.	Втрачає самоконтроль, схильна до емоційних «вибухів»	0	1	2	3

21.	Не слухається і відмовляється підкорятися встановленим дорослими правилам	0	1	2	3
22.	Вчиняє наперекір іншим	0	1	2	3
23.	Звинувачує інших у своїх помилках і поведінкових проблемах	0	1	2	3
24.	Прагне домогтися свого, легко «виходить із себе»	0	1	2	3
25.	Зла та дратівлива	0	1	2	3
26.	Не забуває образ, прагне помститися	0	1	2	3
27.	Загрожує і шантажує інших	0	1	2	3
28.	Грубить дорослим і вживає нецензурні слова	0	1	2	3
29.	Обманює, щоб уникнути покарання	0	1	2	3
30.	Пропускає заняття без дозволу	0	1	2	3
31.	Агресивна, забіякувата, схильна до фізичної розправи над тваринами і іншими людьми	0	1	2	3
32.	Навмисно псує свої речі і речі інших	0	1	2	3
33.	Має серйозні поведінкові проступки (крадіжки, напади, винос речей з дому тощо).	0	1	2	3
	Інші поведінкові проступки (вкажіть самі при їх наявності)				
34.	Боязка, тривожна	0	1	2	3
35.	Боїться пробувати робити щось нове через страх, що не вийде або	0	1	2	3

	зробить помилку					
36.	Недооцінює себе, відчуває себе гіршою за інших		0	1	2	3
37.	Звинувачує себе, відчуває себе винуватою		0	1	2	3
38.	Відчуває себе непотрібною, скаржиться «ніхто не любить мене»		0	1	2	3
39.	Сумна, нещаслива або пригнічена		0	1	2	3
40.	Невпевнена, сильно вагається		0	1	2	3
Успішність		Відмінно	Добре	Задовільно	Іноді труднощі	Великі труднощі
41.	Загальна оцінка успішності в житті	1	2	3	4	5
42.	Читання	1	2	3	4	5
43.	Письмо	1	2	3	4	5
44.	Математика	1	2	3	4	5
45.	Стосунки з батьками	1	2	3	4	5
46.	Стосунки з братами / сестрами	1	2	3	4	5
47.	Стосунки з однолітками	1	2	3	4	5
48.	Участь у групових (командних) іграх	1	2	3	4	5
49.	Самоорганізація	1	2	3	4	5
50.	Виконання вказівок дорослих	1	2	3	4	5

Питання (№)	**Субшкали**
1-9	Субшкала дефіциту уваги
10-14	Субшкала гіперактивності
15-18	Субшкала імпульсивності
19-26	Субшкала реакцій опозиції (протесту)
27-33	Субшкала інших поведінкових проблем
34-40	Субшкала тривожно-депресивної симптоматики
41- 50	Субшкала соціальної адаптації

Додаток Б

Скринінг симптоматики (дискалькулія)

*І'мя:*_____ *Вік:* _____

1. *З якого часу Ви спостерігаєте проблеми з математикою у Вашої дитини:*

   ……..

2. *Які дії ви вже робили (поставте хрестик):*

   ___*репетитор* ___*займались самі вдома* ___*інше (напр., терапія)*

   Яких результатів ви досягли: ……

3. *Проблеми з числами і при рахунку (відмітити хрестиком):*

	Часто	*Іноді*	*Ніколи*
У моєї дитини проблеми з розумінням кількості			
Моя дитина плутає місцями цифри в числах (напр., замість 315, пише 351) чи пише числа, як чує (напр., замість 315, пише 30015)			
У моєї дитини проблеми з порядковим рахунком			
Моя дитина не може назвати сусідні числа, десятки, сотні			
У моєї дитини проблеми з завданнями на числовій прямій			
Навіть при простих обчисленнях моя дитина обирає складні шляхи вирішення і забуває в ході цього, що їй потрібно обчислити («Що мені потрібно було вирішити?..»)			
Моя дитина використовує пальці при рахунку і обчисленні; не може рахувати/ обчислювати без наочних матеріалів			
Навіть при елементарних обчисленнях моя дитина обирає письмові рішення (напр., 15 + 4 хоче вирішувати в стовпчик)			
Моя дитина плутає графічні операційні знаки + - Х :			
Моя дитина, побачивши приклад, вирішує його автоматичним складанням, незалежно від того, які операційні знаки там стоять			
Моя дитина не розуміє і не вміє вирішувати приклади з пробілами (напр., 12 +___= 23)			

	Часто	*Іноді*	*Ніколи*
Моя дитина при відніманні міняє місцями зменшуване і від'ємник, тому що це полегшує рішення (напр., 37 - 28 дитина вирішує як 30- 20 = 10; 8 - 7= 1; відповідь: 37 - 28 = 11)			
Невелика зміна в завданні збиває з пантелику дитину (напр., завдання 27 + 15 і 15 + 27 сприймаються дитиною, як два різні)			
*Моя дитина не бачить аналогій (напр., 2 * 3 =6, 20 * 3 = 60, 2 * 30 = 60, 20 * 30 = 600)*			
Після кожного кроку при обчисленні моя дитина запитує, чи правильно вона порахувала			
У моєї дитини проблеми з рахунком при переході через десяток (напр., 12 + 9 чи 77 - 18)			
*Моя дитина механічно заучує таблицю множення, не розуміючи її (напр., 2 * 3 означає 2 групи по 3 предмети)*			
Моя дитина не бачить своїх помилок в рішеннях			
При вирішенні одного і того ж рівняння навіть в одному завданні мою дитину не бентежать різні відповіді (напр., 15 + 7 = 22, 15 + 7 = 85, 15 + 7 = 23 і т.д.)			
У моєї дитини загалом немає проблем з рахунком і з математикою, але вона не розуміє текстові завдання			
Моя дитина не розуміє завдань до задач чи рівнянь			
При вирішенні текстових завдань моя дитина використовує без розбору всі числа підряд (напр., завдання: У класі 2б було 14 хлопчиків та 5 дівчаток. До класу прийшов новий хлопчик. Скільки хлопчиків тепер у класі? Рішення: 2 + 14 + 5 = 21)			

4. Проблеми з величинами (відмітити хрестиком):

	Часто	*Іноді*	*Ніколи*
Невпевнене користування або повне невміння користуватись грошима як у завданнях, так і в реальних життєвих ситуаціях, особливо з рештою			
Моя дитина не розуміє, що 10 монет по 10 копійок мають ту ж цінність, що й одна гривня			
Моя дитина має проблеми при переведенні величин (напр., метри в сантиметри, грами в кілограми і навпаки...)			
Моя дитина не може оцінити відстань на око (напр, оцінити довжину кімнати в метрах)			
Моя дитина не може порівняти два предмети за заданими параметрами (напр., дерево має висоту 34 см, а стіл - 90 см. Що вище? або що важче: кілограм вати чи кілограм заліза?)			
Моя дитина має проблеми в роботі з аналоговим годинником			
Моя дитина не може запам'ятати, що одна година складається з 60 хвилин, а один метр - зі 100 см			
Моя дитина не вміє визначати час і вираховувати інтервал часу			
Моя дитина не вміє користуватись лінійкою чи вимірювальною стрічкою			

5. *Проблеми загального характеру*

	Часто	*Іноді*	*Ніколи*
Моя дитина має проблеми з письмом та читанням			
Моя дитина має проблеми з іншими предметами, де використовується математика (напр., фізика, хімія, географія, ін.)			
Моя дитина скаржиться на підвищену втому під час виконання математичних завдань			
Моя дитина «забуває» домашні завдання з математики			
У моєї дитини проблеми з переписуванням (з дошки, з підручника др.)			
Моя дитина неуважна / відволікається при виконанні математичних завдань і намагається уникати, завдань, які пов'язані з рахунком			

6. Здатність запам'ятовувати (поставте хрестик):

- *заучування напам'ять дається моїй дитині важко*
- *погано запам'ятовує на слух*
- *погано запам'ятовує прочитане*
- *моя дитина забудькувата і в повсякденному житті*
- *моя дитина не може запам'ятовувати інформацію в цифрах (напр., номер телефону)*

7. Моторика (поставте хрестик):

- *тримає скуто руку на письмі*
- *нерівномірний та/або нечитабельний почерк*
- *пише дуже повільно*

8. Супутні розлади (поставте хрестик):

- *страх перед школою чи перед контрольними роботами*
- *проблеми зі сном*
- *поведінкові проблеми під час виконання домашніх завдань з математики*
- *йде погано на контакт з іншими*
- *порушення концентрації*
- *психосоматичні розлади (головний біль, біль у животі, нудота, ін.)*
- *незадовільна або не відповідає нормам поведінка*
- *перетворюється на людях на клоуна*
- *агресивність*
- *підвищена сором'язливість*
- *занурення у себе, підвищена мрійливість*
- *підвищена моторна активність / постійна потреба у русі*

- *нервозність*
- *гризе нігті, олівці та ін.*
- *депресивні настрої*
- *занижена самооцінка / занижена оцінка своїх можливостей*
- *нічне нетримання*
- *інше (будь ласка, напишіть конкретно):*

……

……

6. Розвиток дитини:

Чи були проблеми під час вагітності (напр., перебіг вагітності, захворювання, психічні чи тілесні навантаження, вживання алкоголю, куріння тощо)?

____ Ні _____Так

Якщо так, то що саме?

……

.

Чи були проблеми під час пологів?

……

.....З ким живе зараз Ваша дитина (назвіть всіх членів сім'ї)? ……

……

.....Як розвивалась ваша дитина до школи:

ходити почала …… *говорити почала……*

в дитячий садок пішла …… *повзає___так_____ні*

в дитячий садок ходила з задоволенням _____так _____ні

із задоволенням малювала, співала, приймала участь в іграх, робила поробки

з радістю пішла в школу ____так____ні

Як відчуває себе Ваша дитина зараз в школі? ……..

……..

Що Ваша дитина сама думає про ситуацію з математикою ?

……..

.

Як реагує на невдачі в математиці?

……..

Які улюблені предметм в школі у Вашої дитини? ……..

…… .....

Чим займається Ваша дитина поза школою (гуртки, заняття спортом, др.)?

……..

У Вашої дитини є постійні друзі? ……..

Які сильні сторони у Вашої дитини? ……..

Додаток В

Анкета для батьків

(збір анамнестичних даних розвитку дитини

в пре- і постнатальний період)

Інструкція для батьків. Відповідайте на запитання, обводячи або підкреслюючи відповідь, яка найбільше відповідає вашій ситуації. У разі необхідності уточнень, будь ласка, додайте коментарі у вільному полі.

Як проходила вагітність?

1. без ускладнень;
2. з ускладненнями (наприклад, резус-конфлікт, перенесені інфекційні захворювання, токсикоз) _____

Чи траплялися стресові ситуації або сильні емоційні потрясіння під час вагітності?

1. Так
2. Ні

Які фактори впливали на ваше здоров'я під час вагітності? (можна обрати декілька варіантів)

1. Прийом медикаментів (уточніть, які саме) _____
2. Вживання алкоголю або куріння
3. Інфекційні захворювання
4. Хронічні захворювання
5. Ніяких додаткових факторів

Якими були пологи?

1. Природні без ускладнень
2. Природні з ускладненнями (наприклад, асфіксія, затяжні пологи) _____
3. Кесарів розтин

Чи потребувала дитина спеціальної медичної допомоги після народження?

1. Так (уточніть: наприклад, реанімація, спостереження в інтенсивній терапії)_____

2. Ні

Як розвивалася дитина у перший рік життя?

1. Відповідно до вікових норм (зокрема, розвиток моторики, мовлення)

2. З незначними затримками (наприклад, затримка ходьби, лепету _____

3. З суттєвими затримками (уточніть, якими саме) _____

Які захворювання переносила дитина у перші роки життя?

1. Інфекційні (уточніть, які саме) _____

2. Захворювання нервової системи (уточніть, які саме)_____

3. Травми (уточніть, які саме) _____

4. Жодних серйозних захворювань

Чи були у дитини труднощі з харчуванням або сном у ранньому віці?

1. Ні

2. Так (уточніть, наприклад, порушення апетиту, тривожний сон)_____

Як ви оцінюєте активність та поведінку дитини в ранньому віці?

1. Нормальна активність для віку

2. Надмірна активність, імпульсивність (уточніть, в яких ситуаціях) _____

Як дитина взаємодіяла з дорослими та однолітками?

1. Легко знаходила спільну мову

2. Спостерігалися труднощі у спілкуванні (якщо відповідь так, то які саме)_____

Чи були затримки в розвитку мовлення?

1. Ні

2.Так (уточніть, наприклад, відсутність лепету, агукання) _____

Чи помічали ви труднощі з концентрацією уваги у дитини?

1. Ні

2.Так (уточніть, у яких ситуаціях це проявлялося) _____

_____

Як дитина реагує на зміни у звичному розпорядку або середовищі?

1. Спокійно

2. З сильними емоційними реакціями (наприклад, роздратування, тривога)_____

Які труднощі спостерігаються у навчанні?

1. Труднощі з виконанням завдань
2. Повільне виконання робіт
3. Труднощі в усному мовленні
4. Відсутні труднощі

Чи зверталися ви до спеціалістів для додаткових обстежень або допомоги дитині?

1. Ні

2. Так (уточніть, до кого саме: невролог, логопед, психолог)_____

Як часто дитина демонструє сильну емоційну збудженість або неконтрольовані реакції?

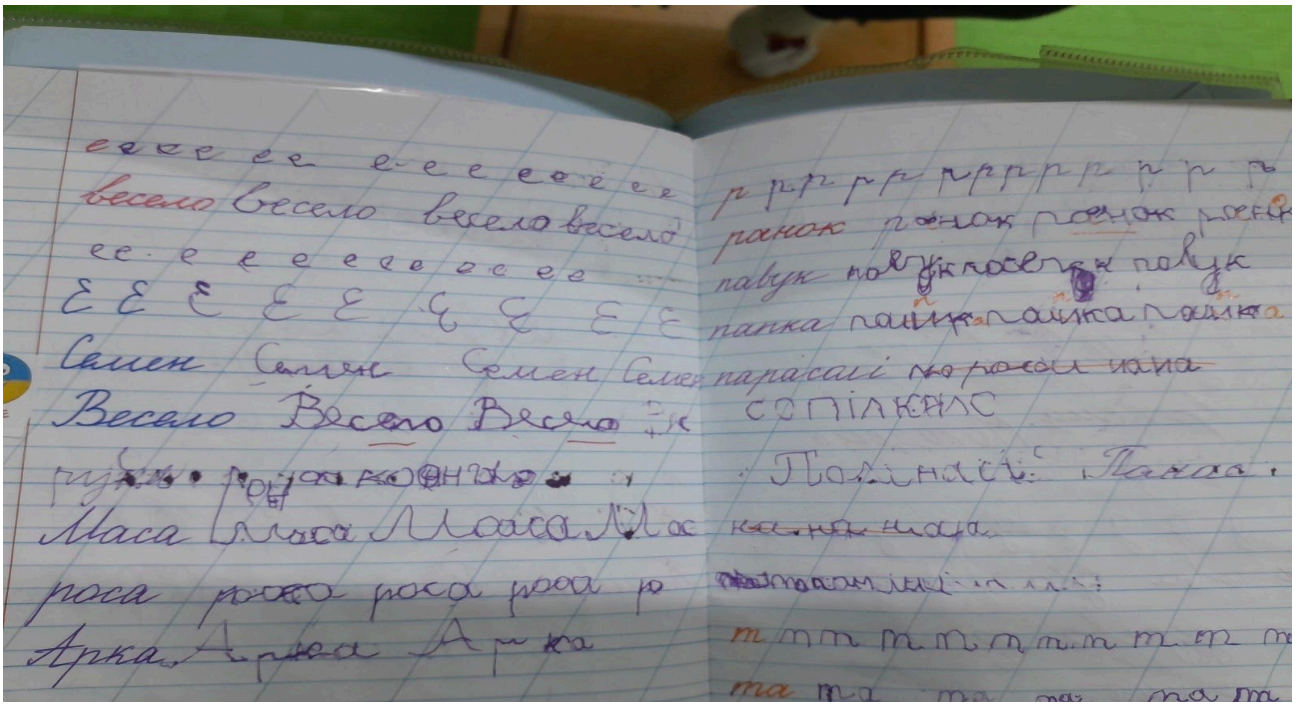
1. Рідко
2. Час від часу
3. Часто

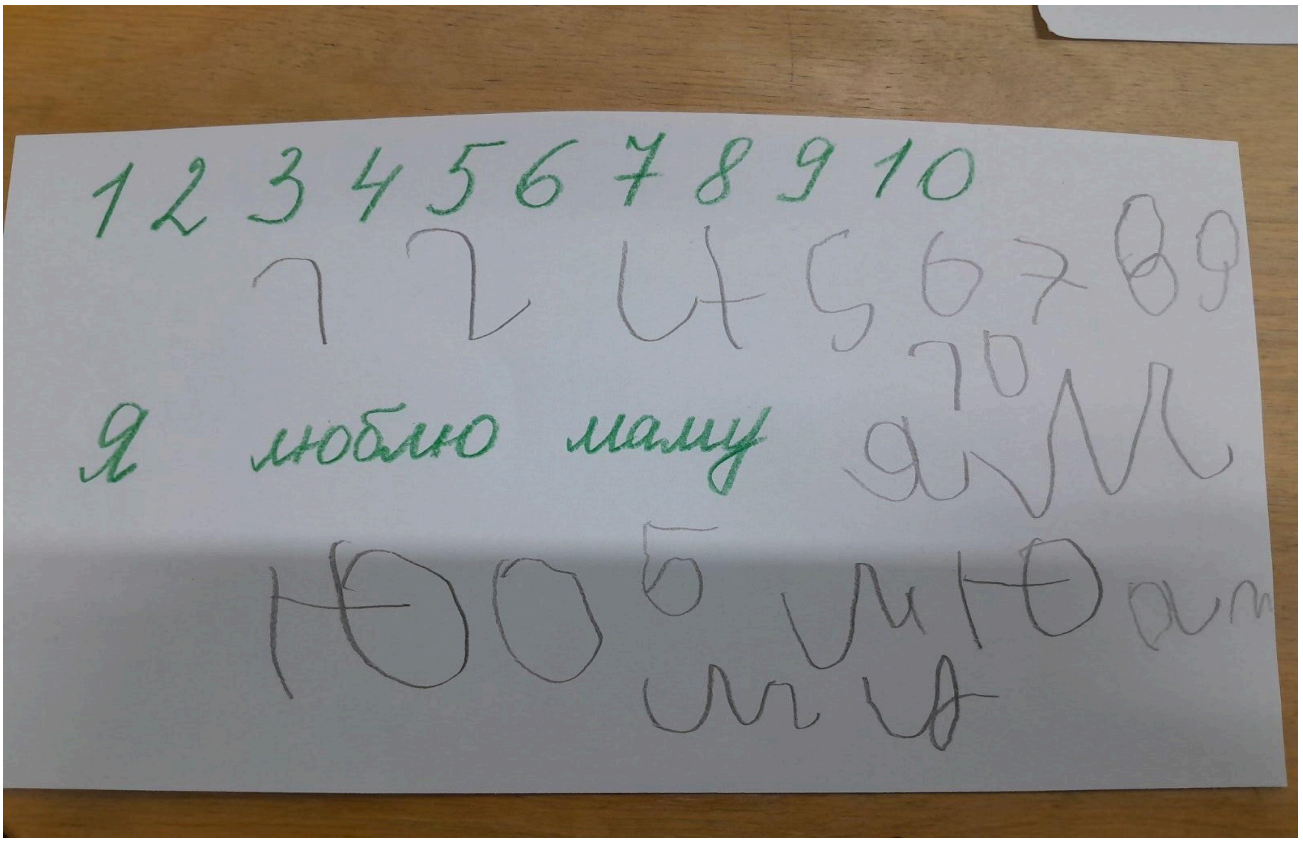
Дякуємо за ваші відповіді! Результати анкети допоможуть проаналізувати передумови розвитку РДУГ у дитини та визначити можливі напрями корекційної роботи.

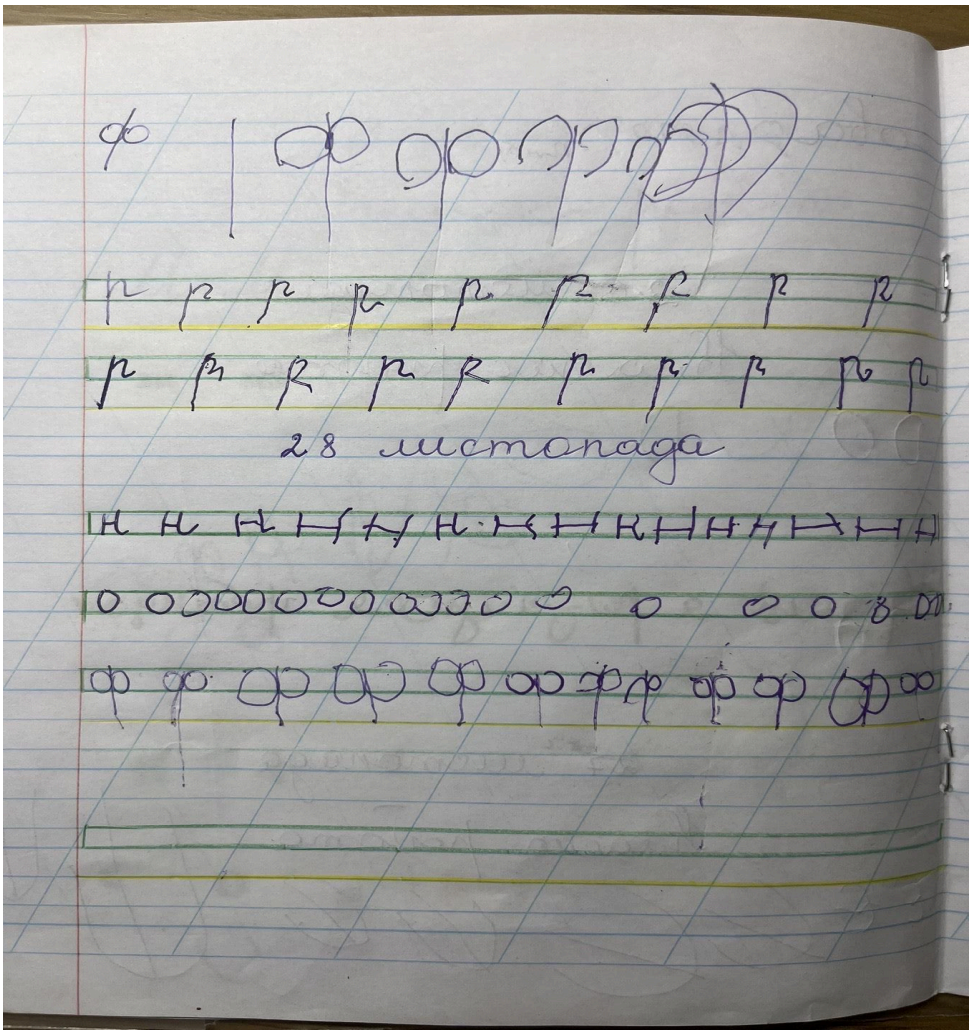
Додаток Г

Аналіз продуктів діяльності дітей (дисграфія) до та після корекційної роботи

До корекційної роботи







28 листопада

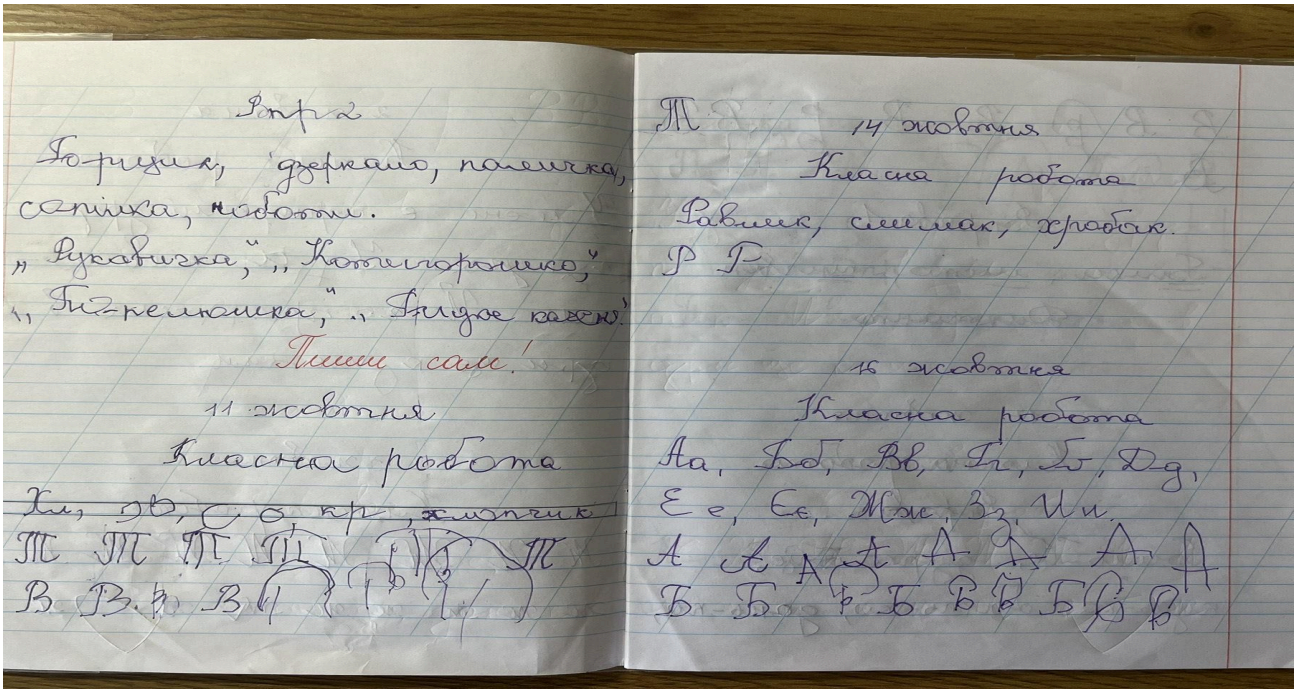


Фото 2

Бофуцка, дефкаш, палічка, сапінка, коботи.

„Рукавичка", „Котигорошко", „Гидке каченя"

Пиши сам!

11 жовтня

Класна робота

~~Хх, Фф, Сс, Кк, Жж, Шш~~

Тт Тт Тт Тт Тт

Вв Вв Вв Вв Вв

Т

14 жовтня

Класна робота

Равшек, сшшак, хробак.

Р Г

15 жовтня

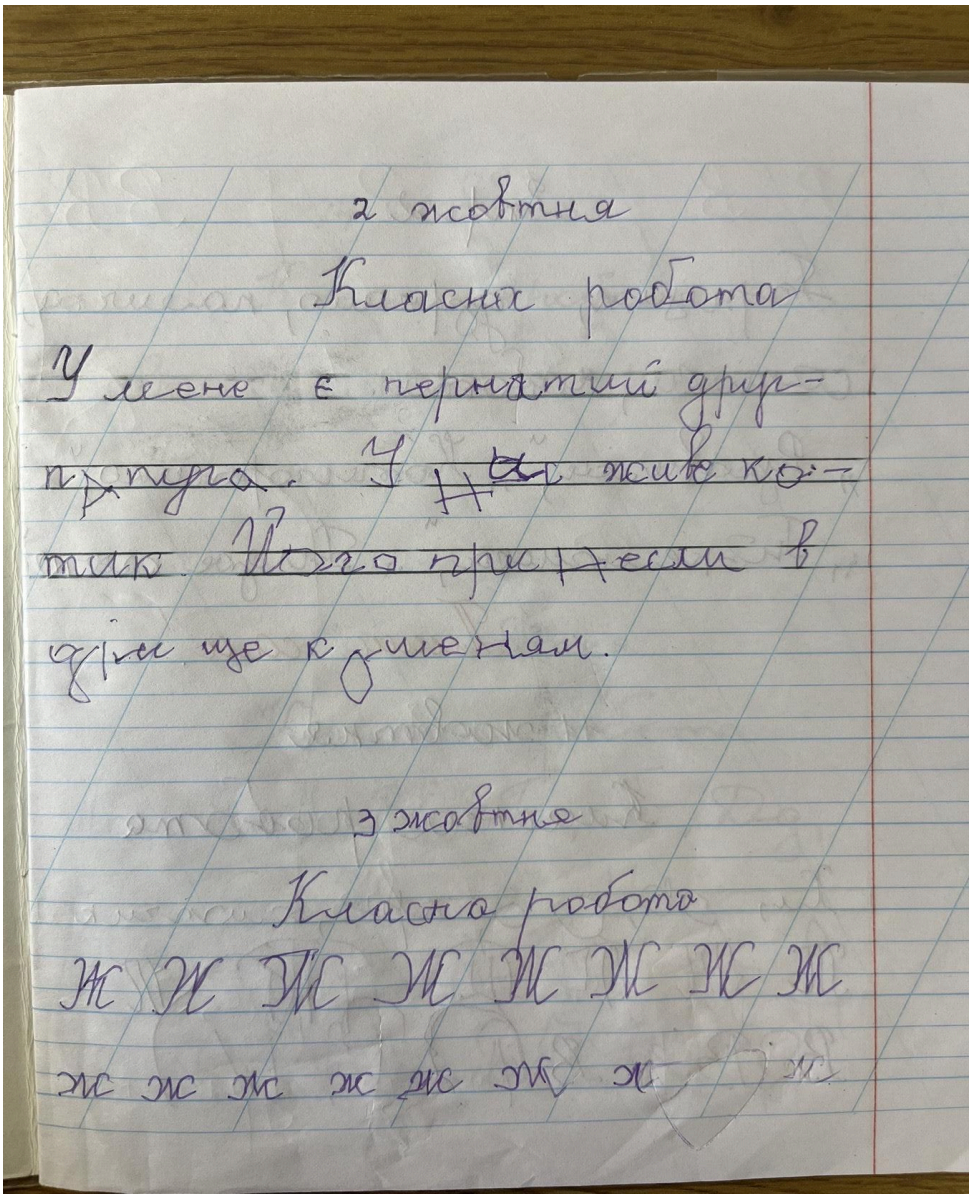
Класна робота

Аа, Бб, Вв, Гг, Ґґ, Дд,

Ее, Єє, Жж, Зз, Ии,

Аа Аа Аа Аа Аа Аа

Бб Бб Бб Бб Бб Бб



2 жовтня

Класна робота

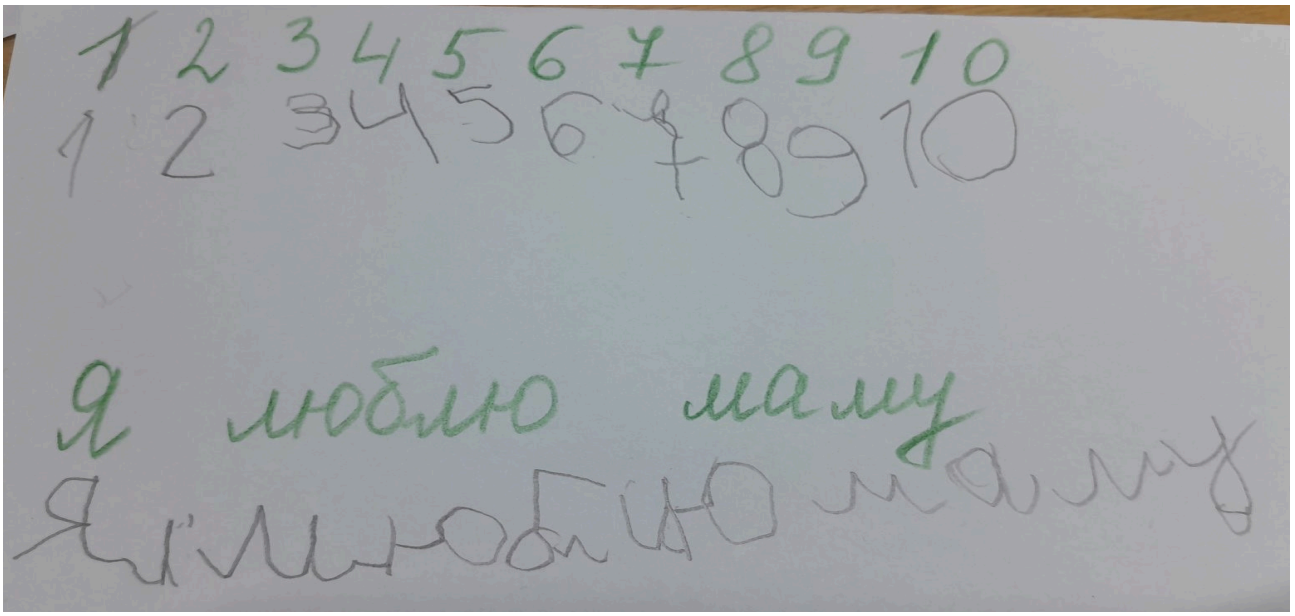
У мене є перший друг-
~~приятель.~~ У ~~нього~~ ~~живе ко-~~
~~тик.~~ ~~Його звуть~~ в
один ще кошенят.

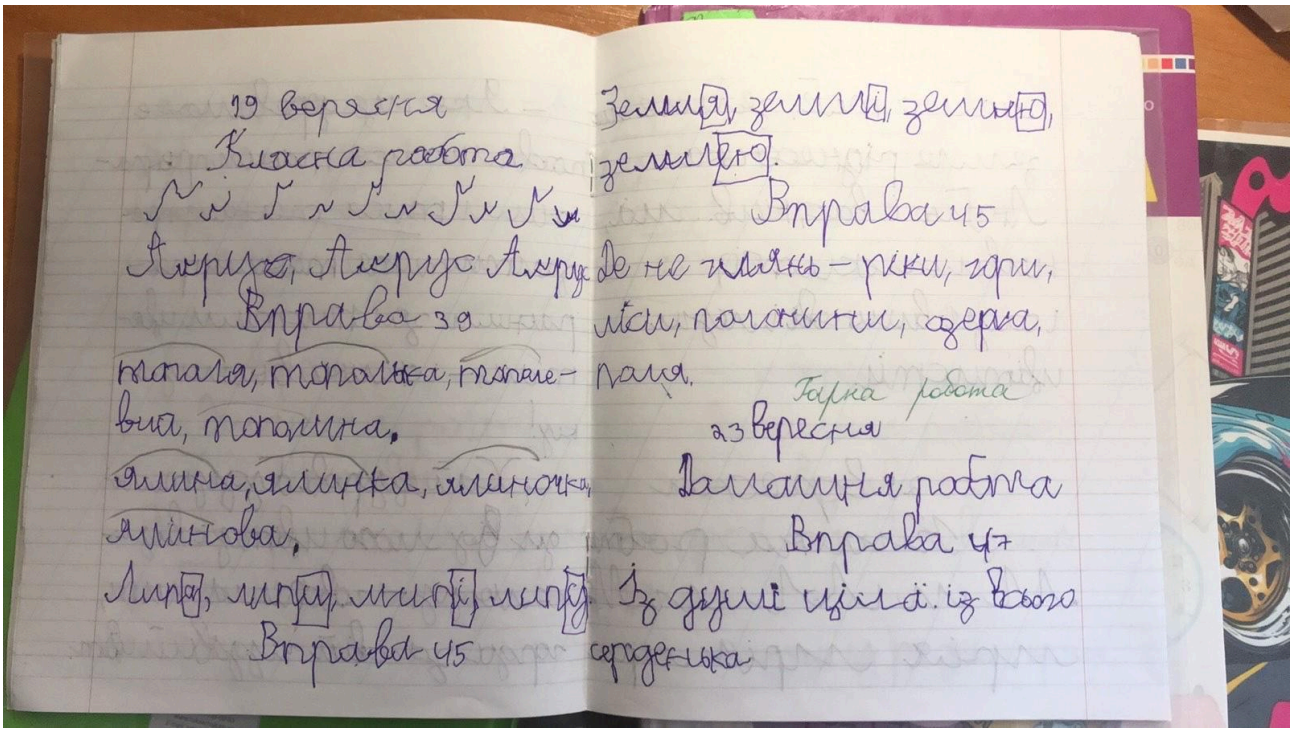
3 жовтня

Класна робота

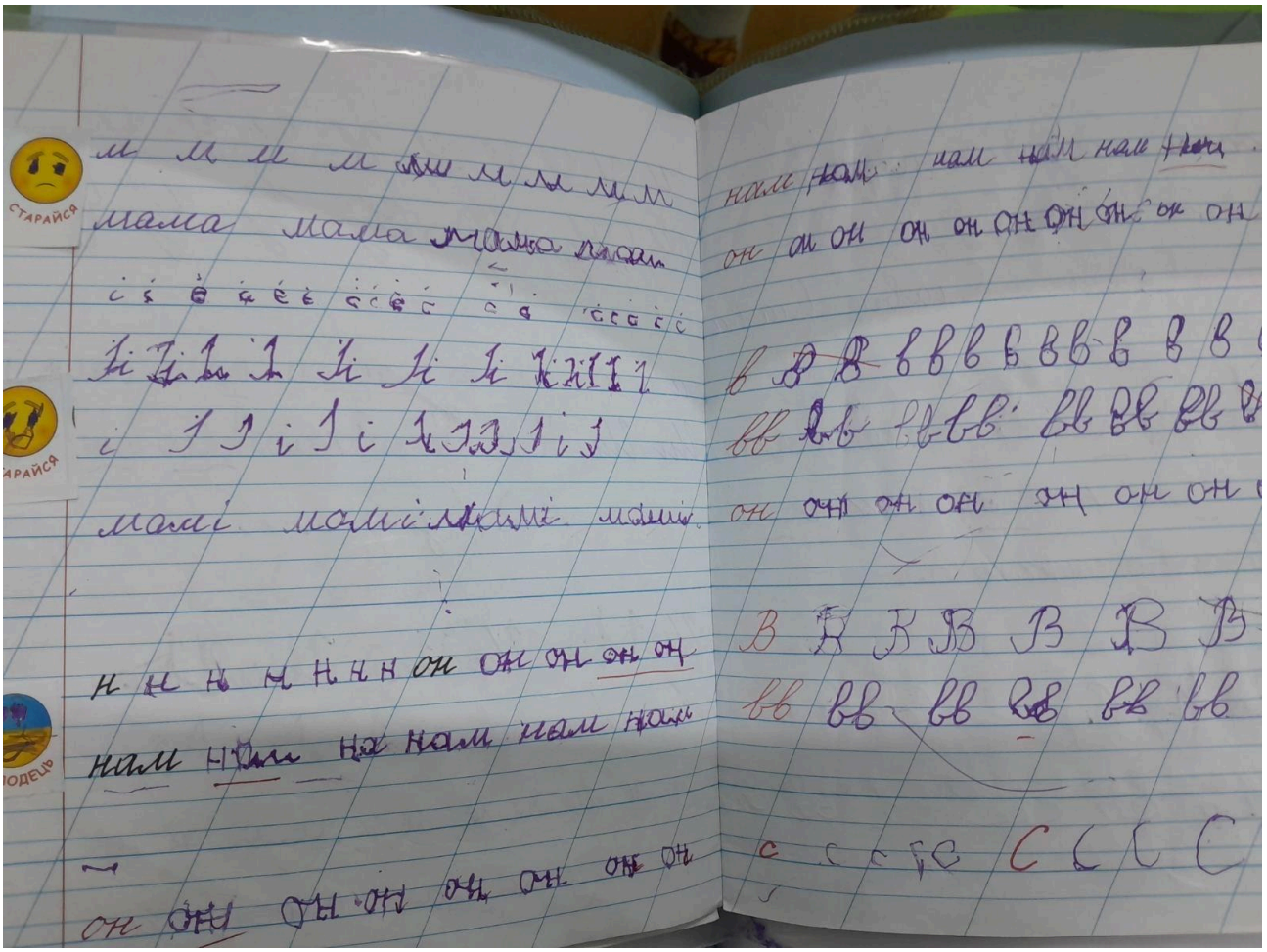
Ж Ж Ж Ж Ж Ж Ж Ж

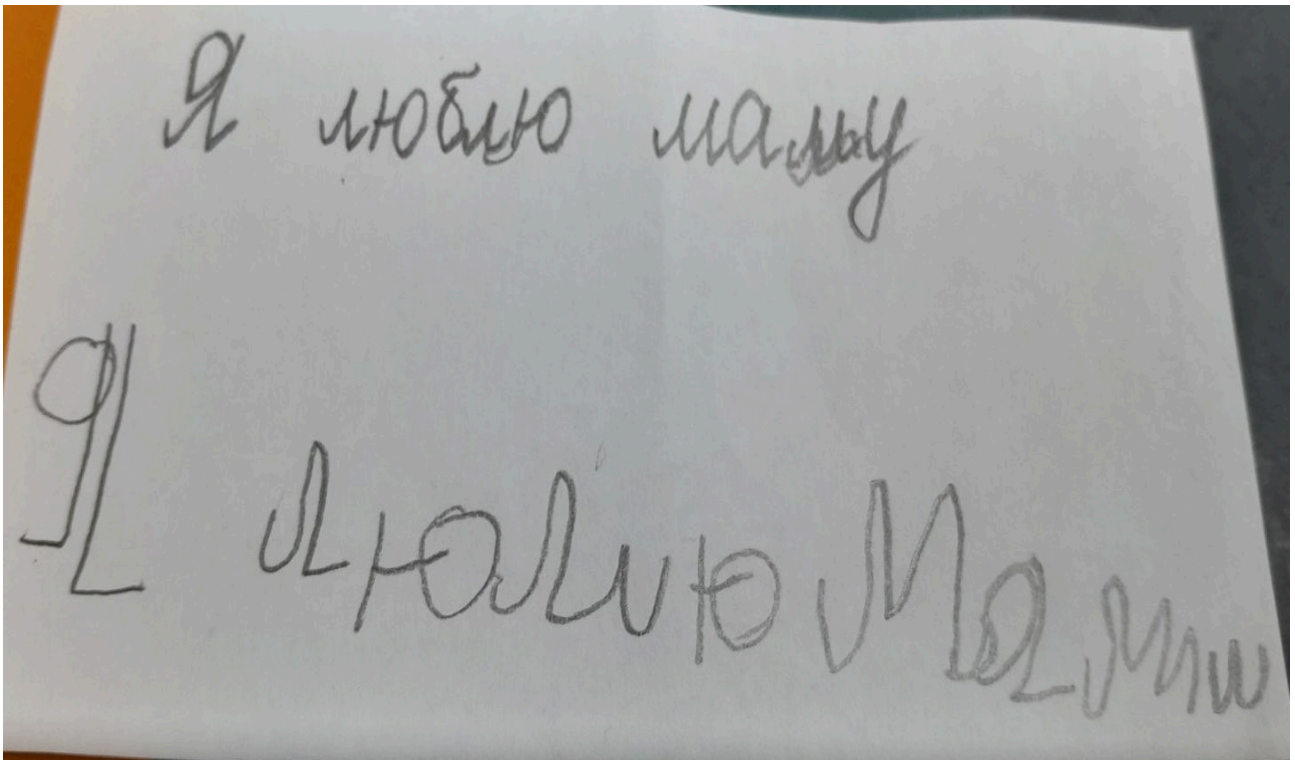
ж ж ж ж ж ж ж ж

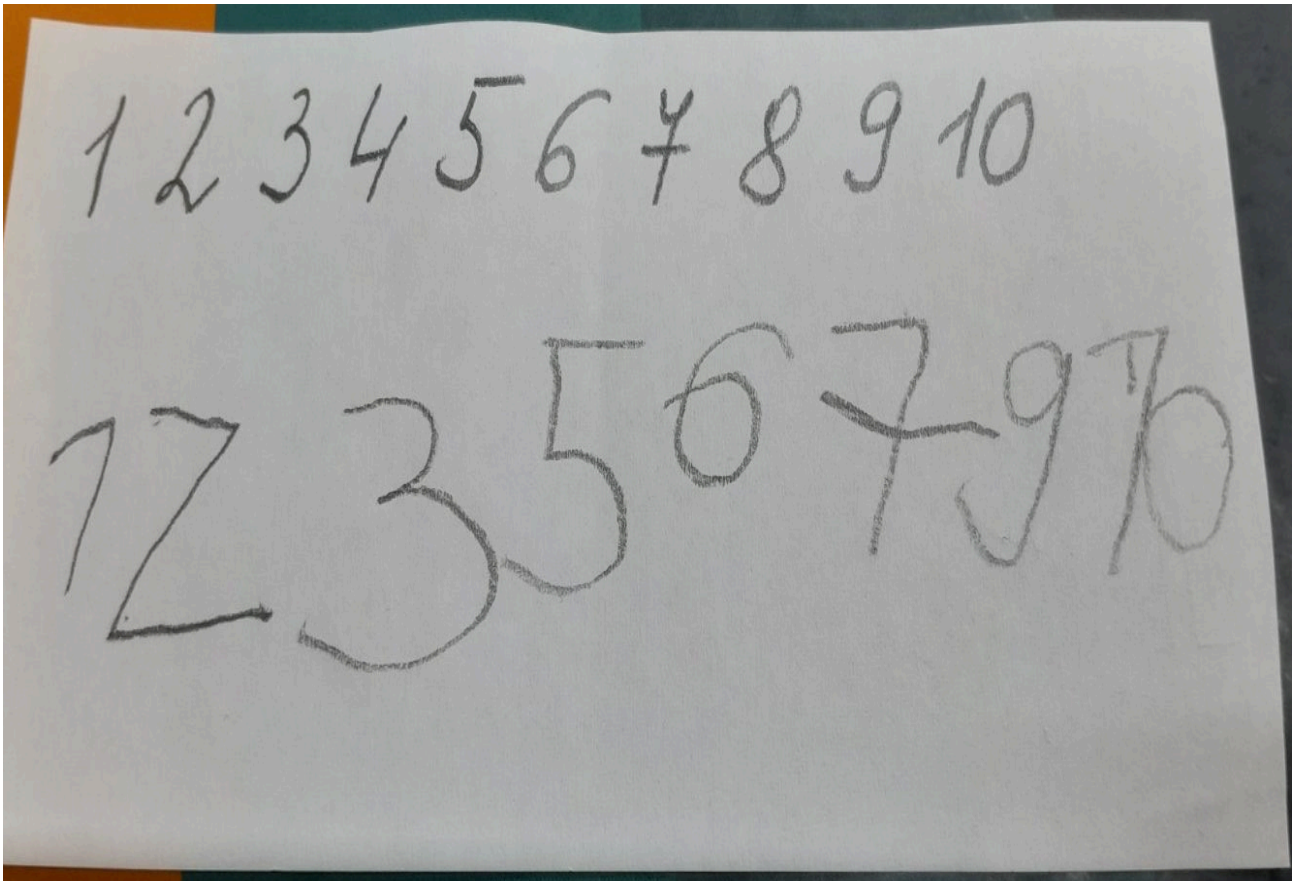


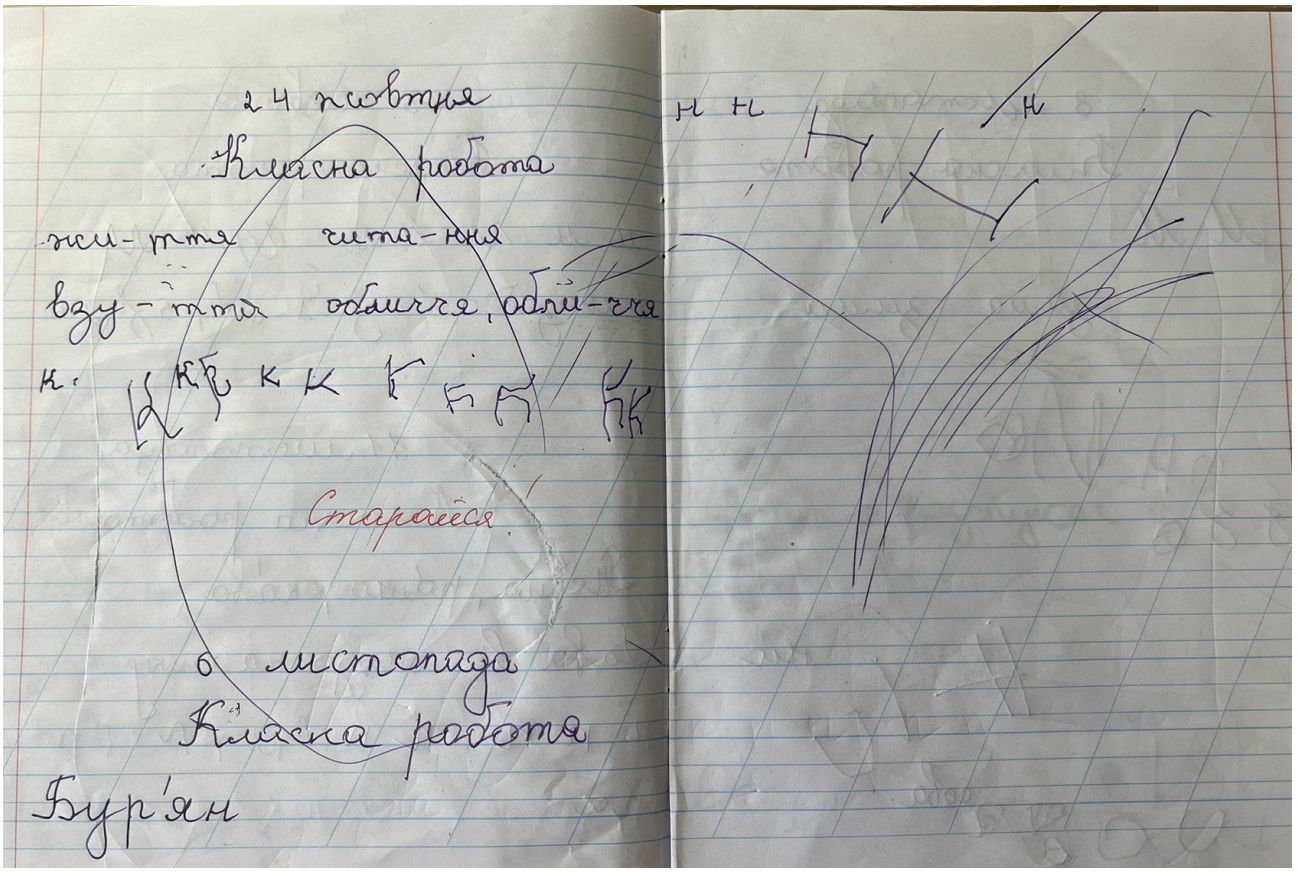


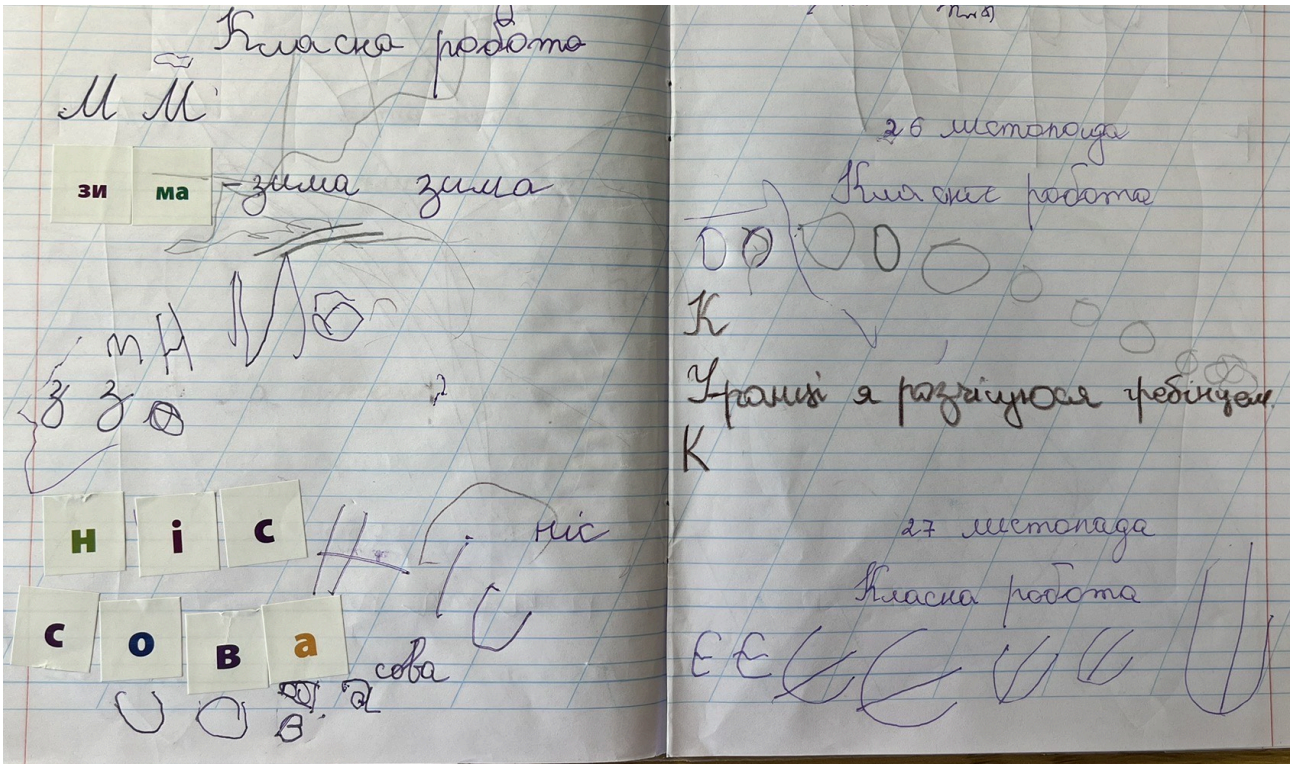
19 вересня
Класна робота
Лариса, Ларису, Ларисі
Вправа 39
тополя, тополька, тополевий, тополина,
ялина, ялинка, ялиночка, ялинова,
липа, липку, липці, липкі
Вправа 45
Земля, земелька, земельці, земельці.
Вправа 45
Де не земля – ріки, гори, ліси, поганинки, озера, поля.
Гарна робота
23 вересня
Домашня робота
Вправа 47
Із дуже цілої із всього середнька



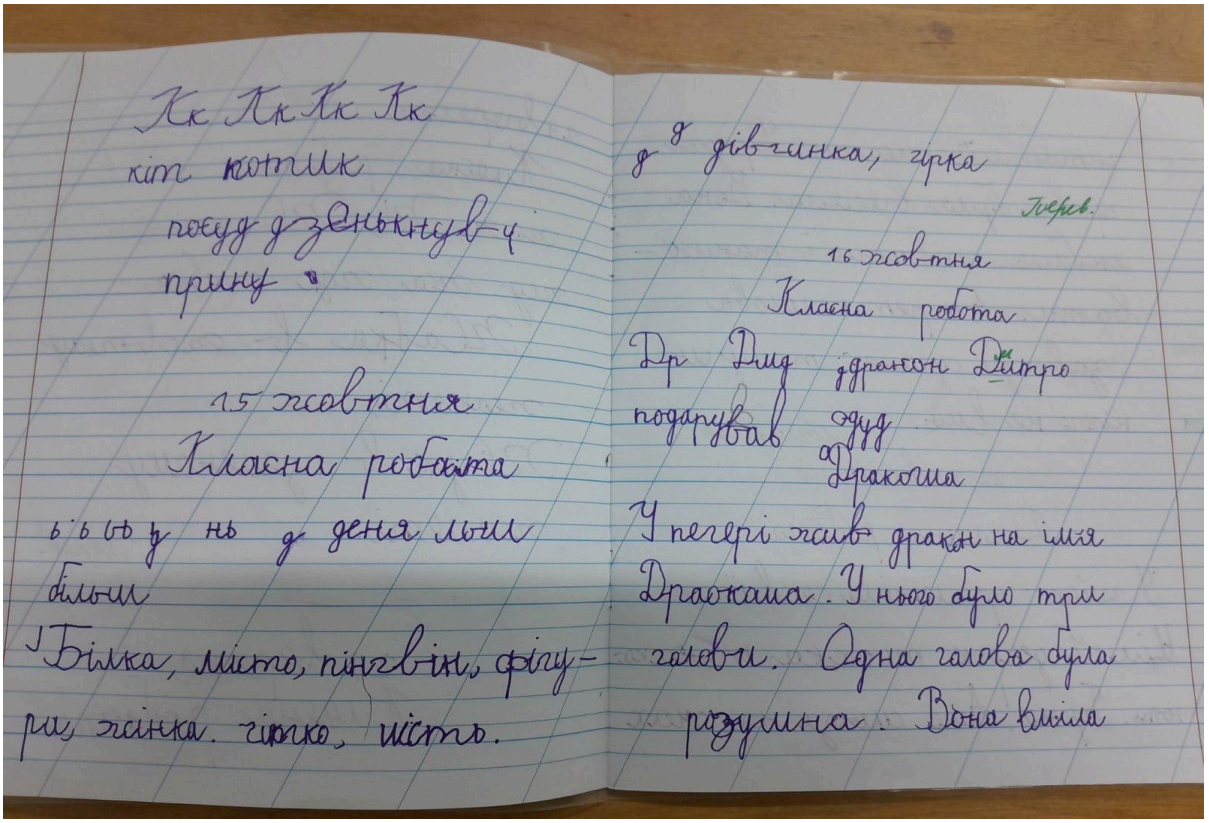

Я люблю маму
Я люблю Маму


1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
1 2 3 5 6 7 9 10


24 жовтня
Класна робота
жи-тя
чита-ння
взу-тя
обійстя, обій-стя
Старайся!
6 листопада
Класна робота
Бур'ян

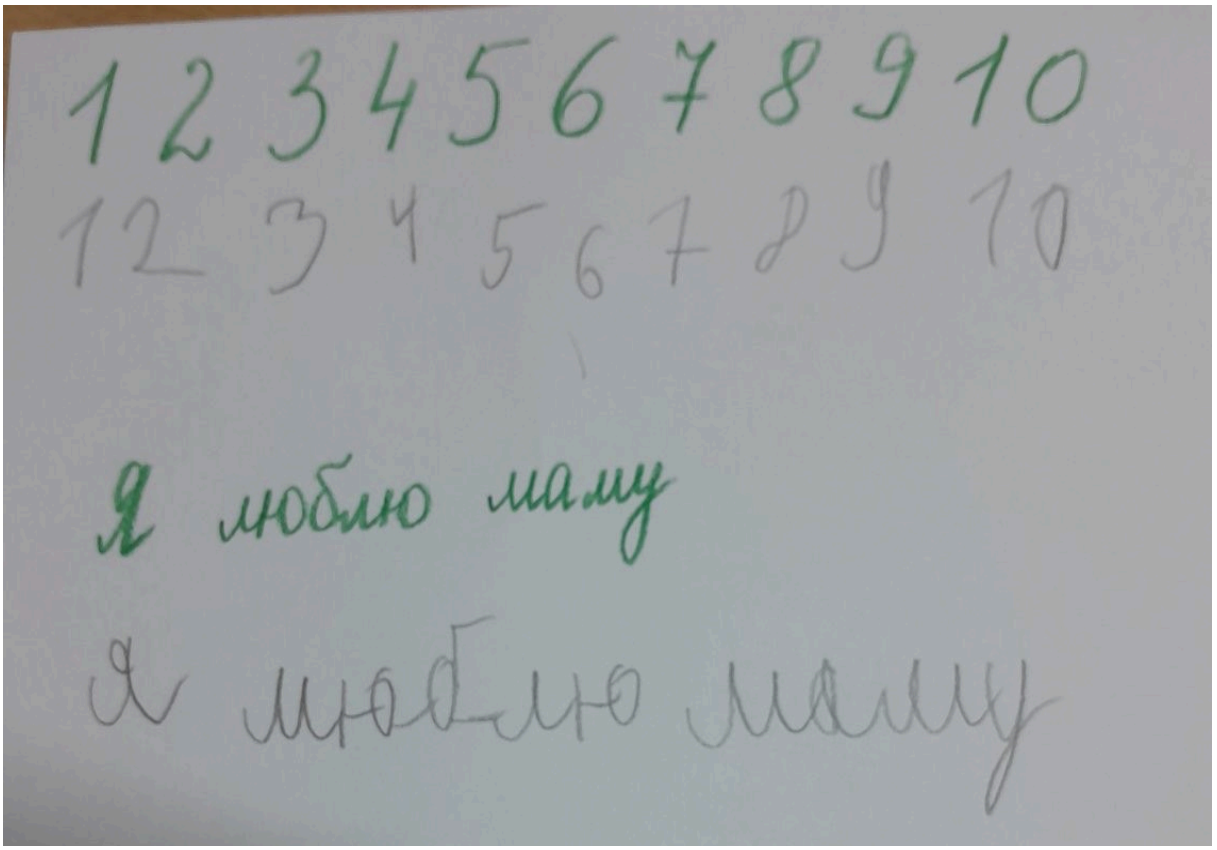

Класна робота
зи ма
-зима зима
ніс
сова
26 листопада
Класна робота
Україні я радіючою дитиною
27 листопада
Класна робота

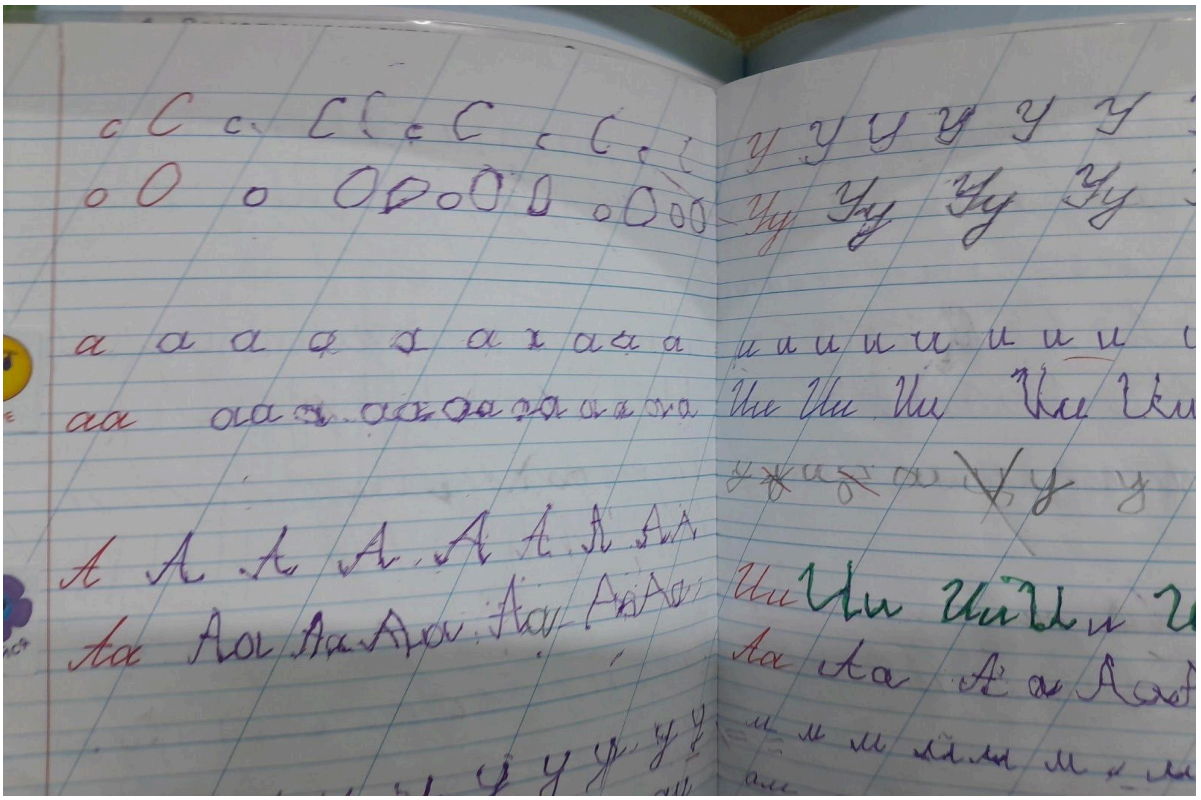
Після корекційної роботи

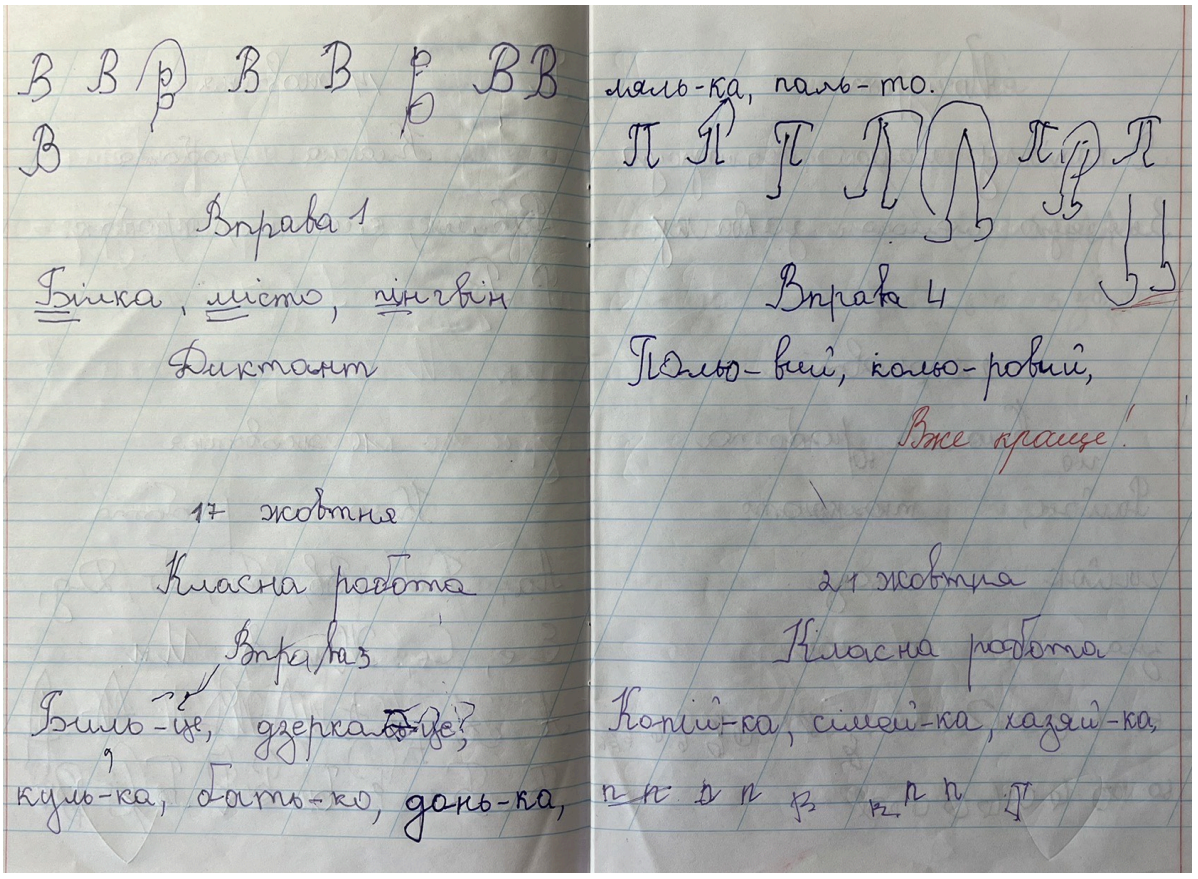

Кк Кк Кк Кк
кіт котик
посуд дзеньк-нув-ч
принц

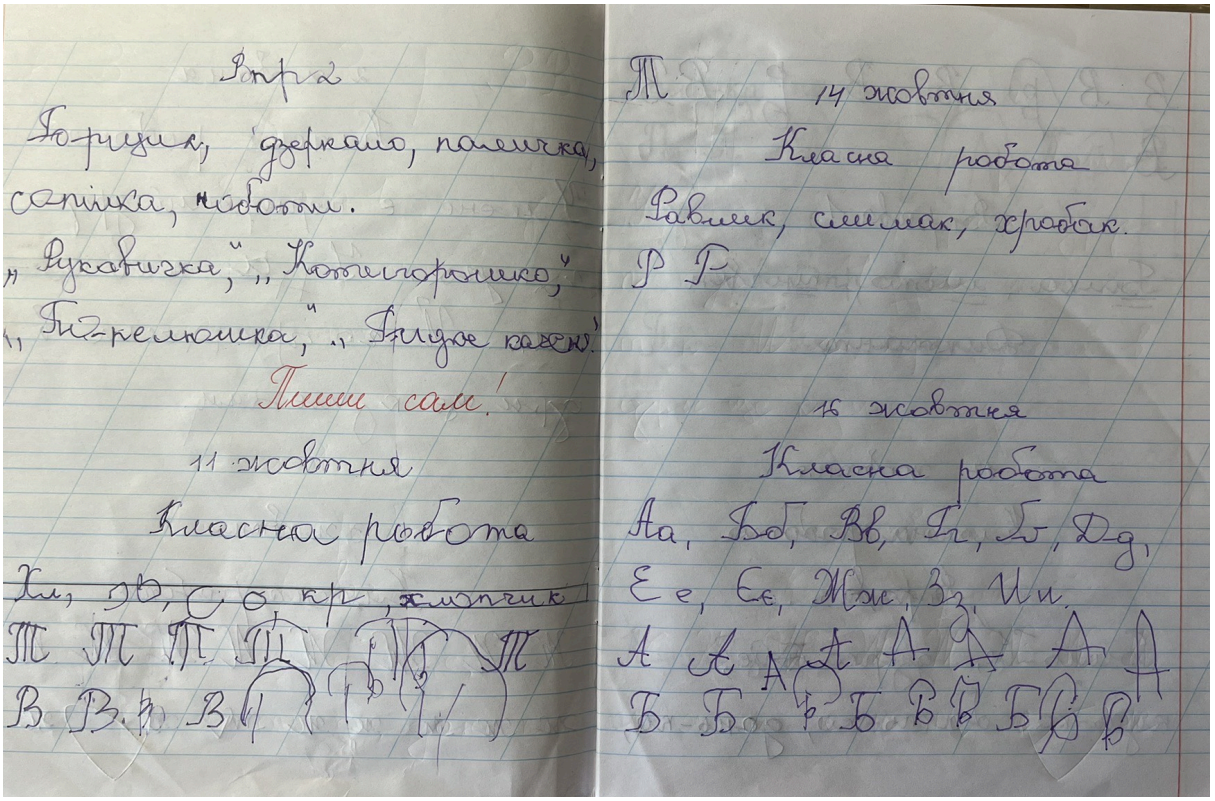
15 жовтня
Класна робота
б'б бь ь нь д день ньш
більш
Білка, місто, пінгвін, фігу-
ри, жінка. гірко, шість.

я дівчинка, гірка
Герой.
16 жовтня
Класна робота
Др Дмд дракон Дмтро
подарував одуд
Дракоша
У печері жив дракон на ім'я
Драбкама. У нього було три
голови. Одна голова була
розумна. Вона вміла


1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Я люблю маму
Я люблю маму




Вправа 1
Вікна, місто, пінгвін
Диктант
17 жовтня
Класна робота
Вправа 3
Вправа 4
Польо-вий, коло-вий,
Вже краще!
21 жовтня
Класна робота



Стр 2

Ферзь, зеркало, палочка, сапожка, животик.

„Рукавичка", „Колыбелька", „Гигиеническая", „Вредная каша".

Пиши сам!

11 октября

Классная работа

~~Хх, Уу, Сс, Оо, Кр, Животик~~

Тт Тт Тт Тт Тт

Вв Вв Вв

Т

14 октября

Классная работа

Равлик, слимак, хробак.

Рр Гг

15 октября

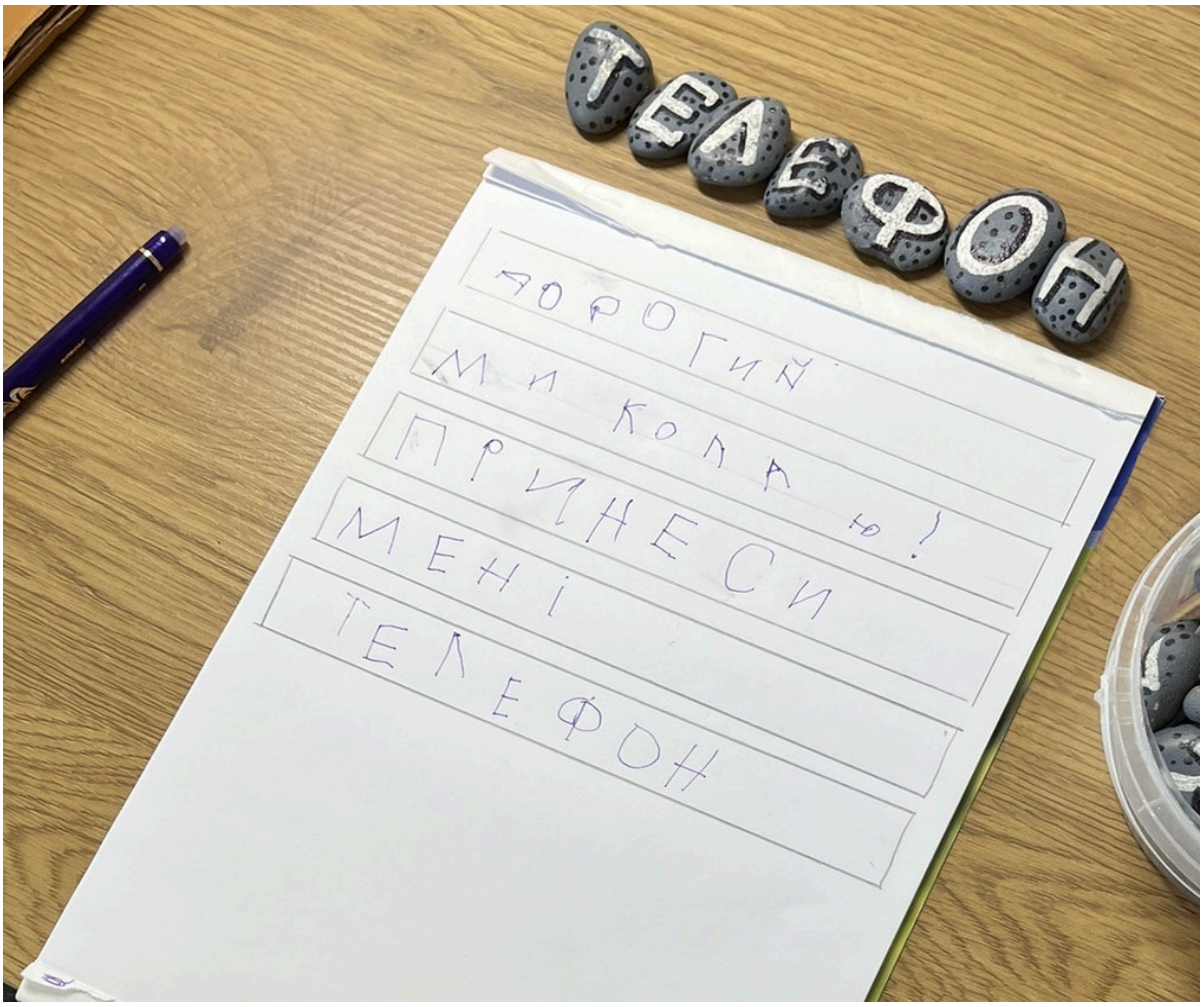
Классная работа

Аа, Бб, Вв, Гг, Ґґ, Дд,

Ее, Єє, Жж, Зз, Ии.

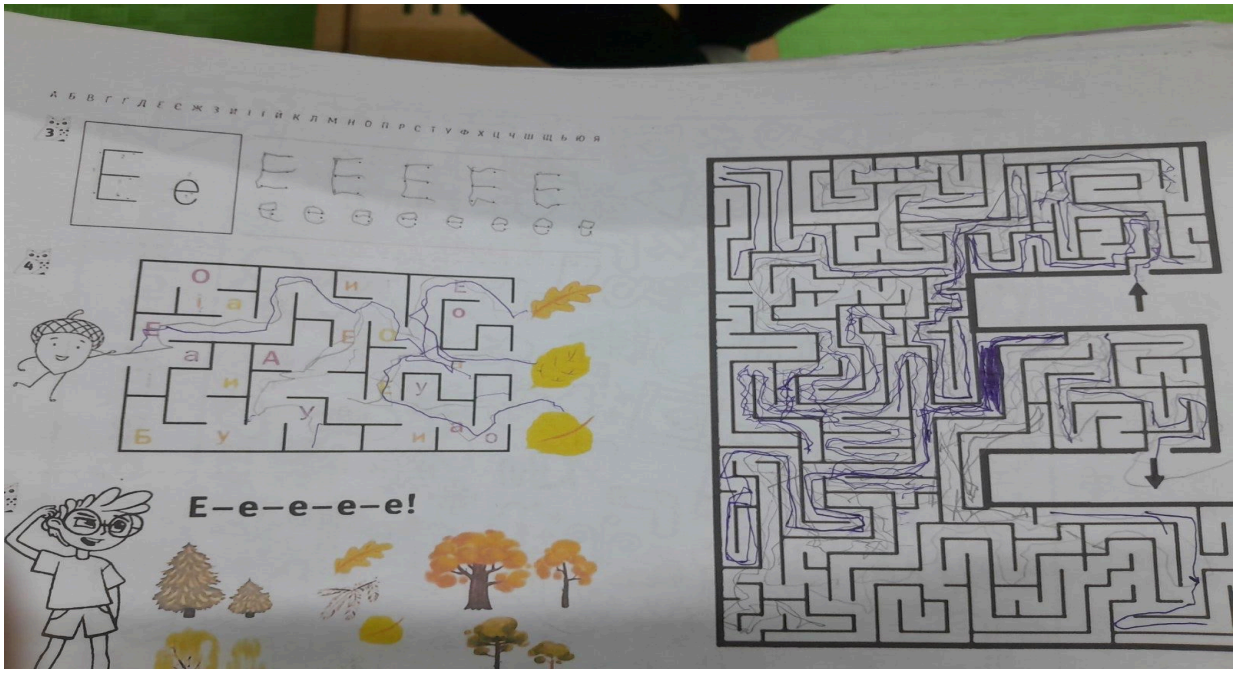
Аа Аа Аа Аа Аа Аа

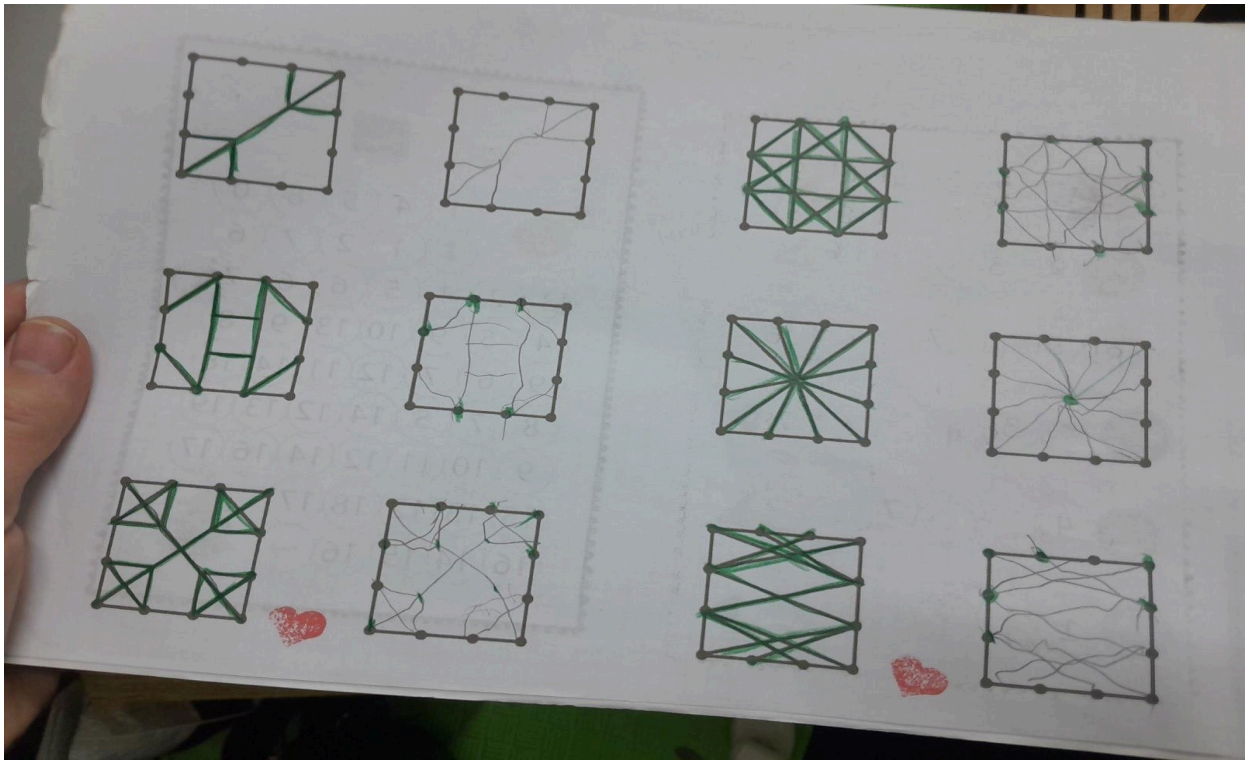
Бб Бб Бб Бб Бб Бб

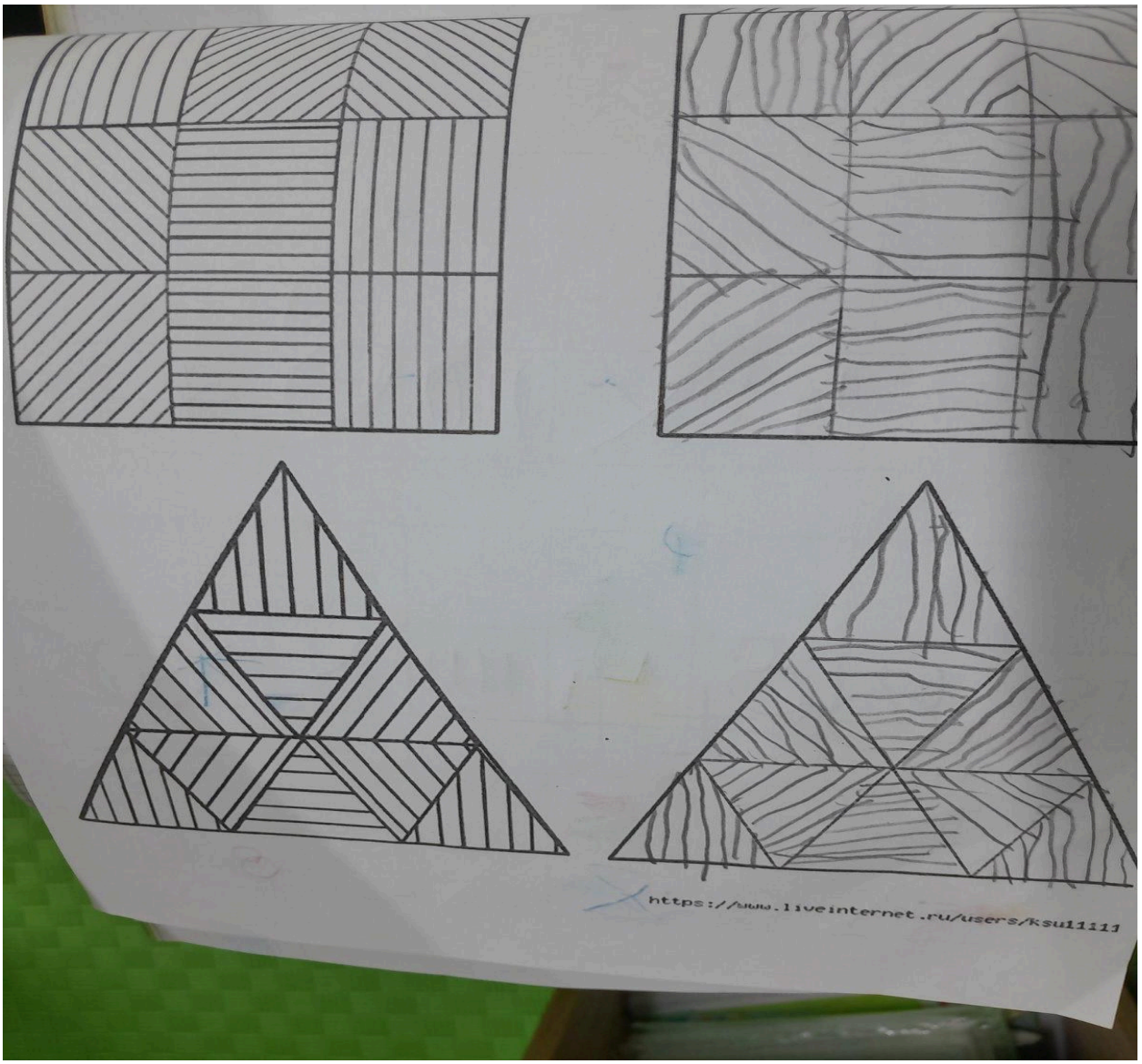

ТЕЛЕФОН
ДОРОГИЙ
МИКОЛА!
ПРИНЕСИ
МЕНІ
ТЕЛЕФОН

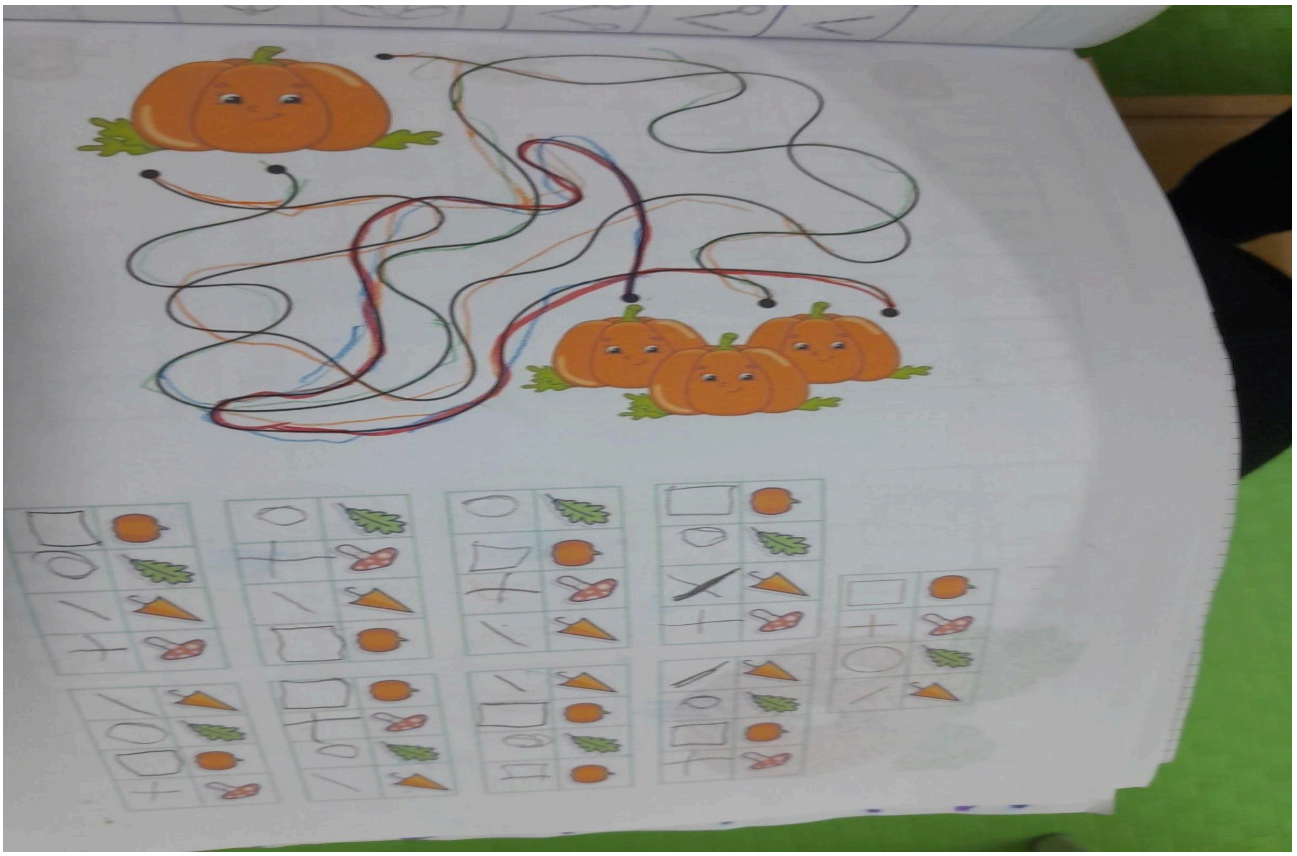
Додаток Д

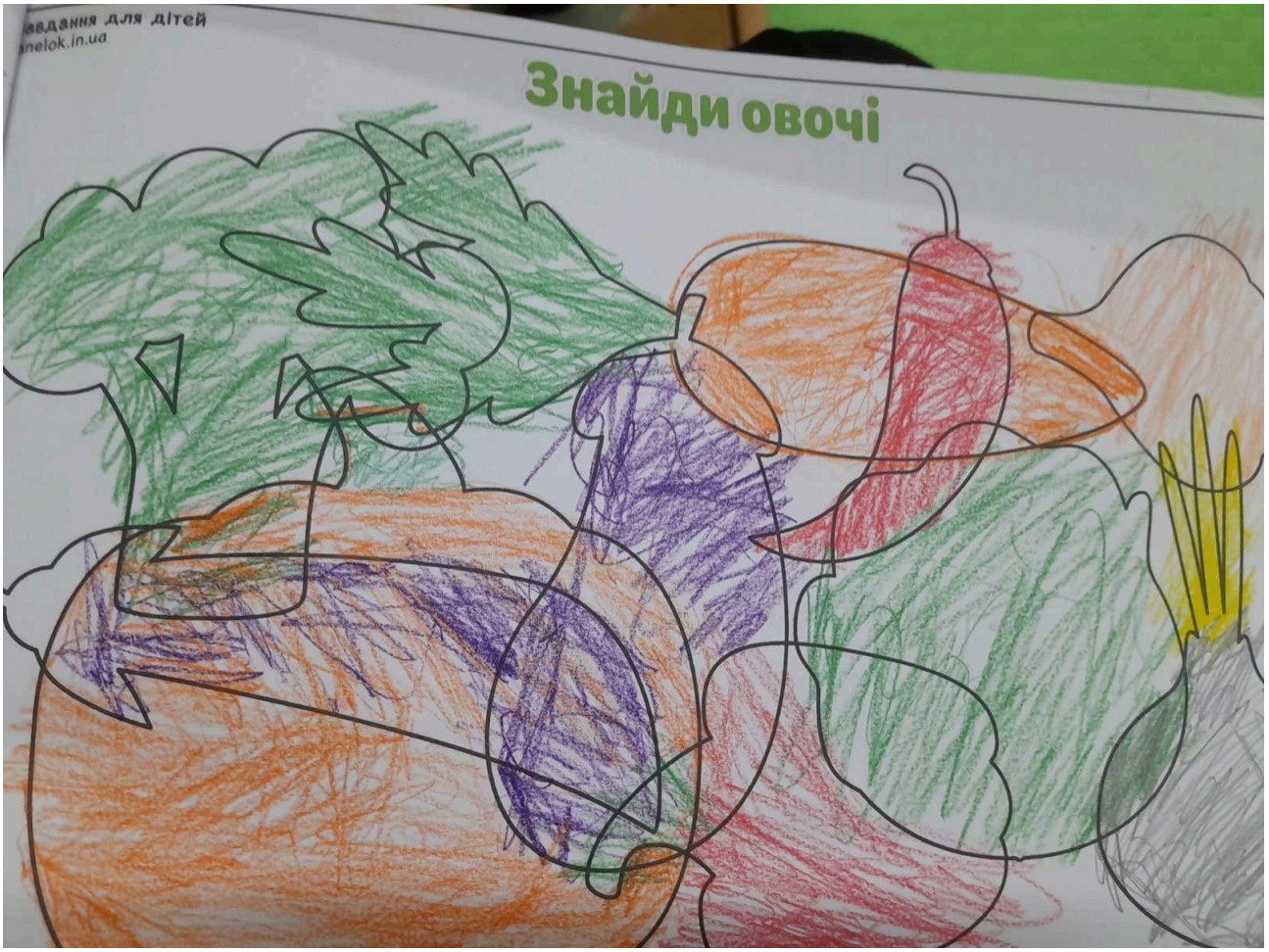
Корекційні завдання виконувані дітьми в межах розробленої програми

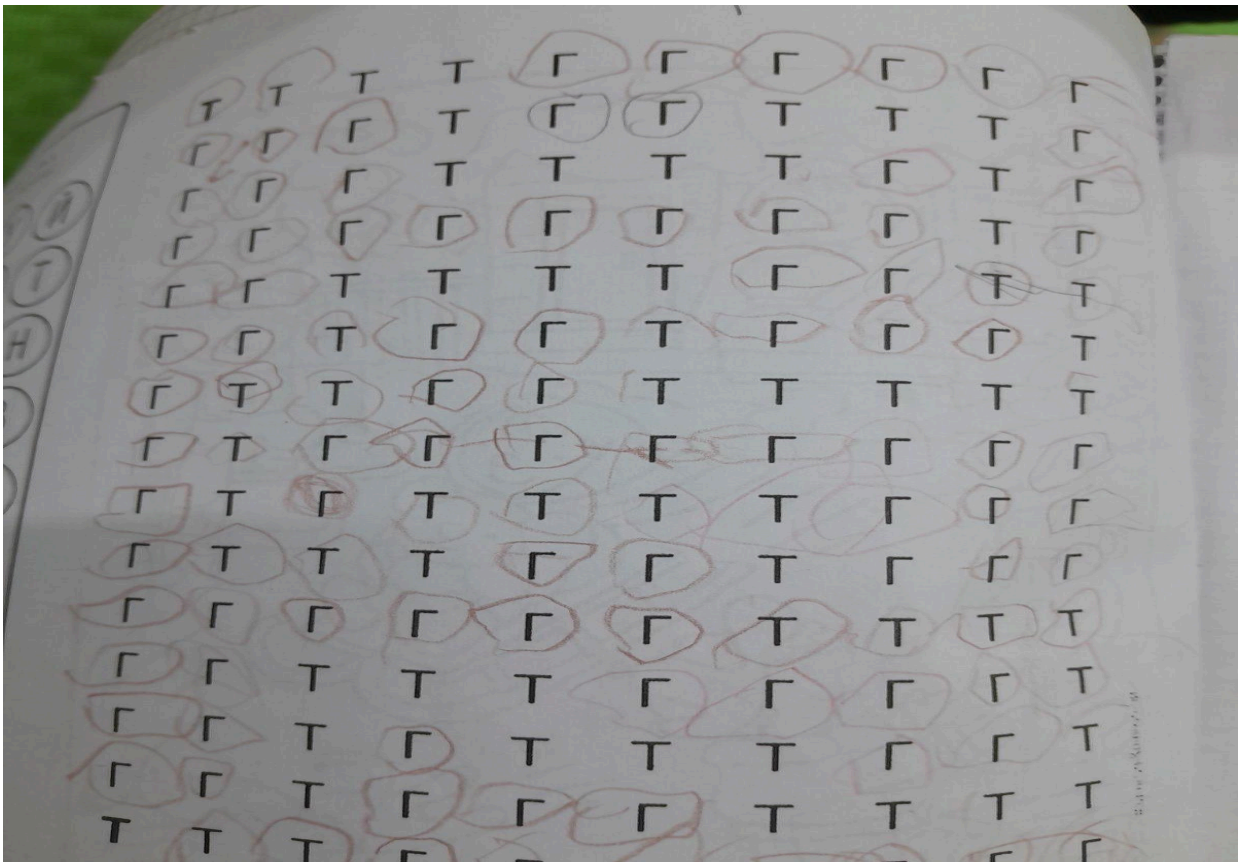





https://www.liveinternet.ru/users/ksu11111




завдання для дітей
shelok.in.ua
Знайди овочі



Додаток Е

Корекційні заняття (приклади в межах розробленої програми)

Логопедичне заняття з корекції дислексії

Тема: «Тигренята і слова зі звуком [р], [р’]».

Мета: розвивати навички читання і сприйняття тексту; удосконалювати фонематичне сприйняття; формувати точність графомоторних навичок; знижувати тривожність і розвивати самоконтроль.

Вік: молодший шкільний.

Обладнання: картки зі словами зі звуком [р], [р’]; аудіозаписи звуків природи; тексти для читання із завданнями; шаблони для обведення і малювання; масажні м’ячі, кольорові олівці; нагородні картки «Зірочка успіху».

Хід заняття

1. Організаційний момент.

Логопед пропонує загадку про тигреня: *«З смужками помаранчево-чорними, у джунглях він ловкий та моторний!»*

Відповідь: «Тигреня».

Демонстрація зображення тигреняти. Логопед розповідає, що тигреня прийшло на заняття допомогти виконати цікаві завдання.

2. Основна частина

2.1 Розвиток фонематичного сприйняття.

Гра «Що це за звук?».

Логопед вмикає звуки (рев тигра, грім, дзюрчання води) та просить дітей визначити, що це за звуки.

Вправа «Знайди звук».

Діти слухають слова зі звуком [р] і визначають, де він знаходиться (на початку, в середині чи наприкінці). Наприклад: *"рамка", "тигр", "бар"*.

2.2 Навчання читання.

Завдання «Прочитай і продовж».

Дітям дають картки зі словами, з яких потрібно скласти речення (наприклад: *«Тигреня грає...», «Тигр реве...»)*.

Гра «Лото зі словами». Діти отримують картки із складами (*РА, РИ, РО, РУ, РЕ*) і слова із пропущеними літерами (*"гр_м", "т_гр"*). Завдання – знайти правильний склад і завершити слово.

2.3 Розвиток графомоторних навичок.

Завдання «Обведи по контуру». Діти обводять контури зображення тигреняти і за бажанням розфарбовують його.

Пальчикова гра: *«Тигреня лапками махає, пальчики розминає!»* (імітація рухів тигреняти).

3. Фізкультхвилинка.

Руханка «Тигреня грає»: діти стрибають, розмахують руками, імітують рев тигра.

4. Заключна частина

Робота з текстом.

Читання короткого тексту про тигра. Завдання: знайти в тексті слова зі звуком [р], обвести їх олівцем, і прочитати їх уголос.

Текст: «Тигреня любить грати. Його шерсть помаранчева з чорними смугами. Він гнучкий і швидкий!»

Обговорення: логопед запитує, що сподобалося на занятті, яке завдання було найцікавішим.

Нагородження – роздача карток «Зірочка успіху».

Результати заняття.

Це заняття допомагає формувати навички читання, удосконалювати фонематичне сприйняття, розвивати дрібну моторику та стимулює інтерес до навчання через ігрову діяльність.

Логопедичне заняття з корекції дисграфії

Тема: «Диференціація звуків і букв [и] – [і] у письмі».

Мета: удосконалити навички письма з диференціацією звуків [и] та [і]; закріпити знання про написання слів із цими буквами; розвивати уміння проводити звуковий і буквений аналіз слів; розвивати зорово-моторну координацію, увагу та мислення; покращувати графомоторні навички; формувати наполегливість, ініціативність, самоконтроль.

Обладнання: таблиці для звукового аналізу; зошити в косу лінію, картки зі словами для письма; роздруківки зі словами для вставки букв [и], [і]; розмальовки із завданнями; дзеркало для перевірки артикуляції.

Хід заняття

1. Організаційний момент

Логопед вітає дітей і повідомляє мету заняття. Сьогодні ми будемо допомагати тигренятам навчитися правильно писати букви [и] та [і].

2. Артикуляційні вправи для розрізнення звуків [и] та [і].

Логопед демонструє артикуляцію звуків за допомогою дзеркала.
Діти виконують вправу, повторюючи звуки [и], [і] у дзеркалі. Логопед пропонує повторювати слова білка, бик, лист, ліс, кит, кіт, тин, дім, рис, ірис, сім.

3. Вправи для письма.

Вставка пропущених букв у слова.

Діти отримують картки із завданням, де потрібно вставити букви [и] або [і]. Слова: л…с, к…т, д…м, р…с, с…н.

Розподіл слів за групами.

Діти записують слова у три групи: тільки зі звуком [и]; тільки зі звуком [і]; зі звуками [и] та [і]. Слова: три, гриб, кішка, сім, синій, сірий.

Звуковий і буквений аналіз слів. Логопед пропонує виконати звуковий аналіз слів сім, дім, рис, ліс. Діти визначають голосні та приголосні звуки і позначають їх.

4. Графомоторні вправи.

Обведення букв. Діти обводять букви [и] та [і] у роздруківках.

Письмо слів.

Діти списують слова зі звуками [и] та [і] із дошки. Слова: лис, ліс, кит, кіт, син, сім.

З’єднай крапки.

Діти отримують завдання з крапками, які формують контури букв [и] та [і]. Їм потрібно з’єднати крапки та написати ці літери у зошиті.

5. Складання речень із поданих слів.

Логопед пропонує набір слів, із яких потрібно скласти речення ізаписати їх у зошит.Приклади: Лисички у лісі хитрі. Синій кит у океані пірнає.

6. Підсумок заняття

Логопед обговорює із дітьми, що вони дізналися нового.

Запитання для рефлексії: Що вдалося найкраще? Що було найцікавішим?

Результати заняття.

Заняття спрямоване на корекцію помилок у написанні букв [и], [і].

Розвиває навички звуко-буквеного аналізу та удосконалює графомоторні навички. Стимулює розвиток уважності та самоконтролю через ігрові вправи.

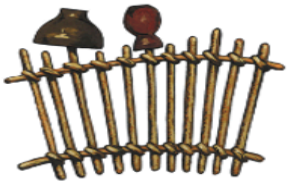
лис

ліс

кит

кіт

тінь



тин

син

сім

дим

дім

ріст

рис

Л...с

Л...с

к...т

к...т

т...нь

т...н

с...н

с...м

д...м

д...м

р...ст

р...с

Логопедичне заняття з корекції дискалькулії

Тема: «Допомагаємо тигреняті з числами і фігурами»

Мета: формувати уявлення про числовий ряд, розуміння кількості, порівняння чисел; розвивати здатність розпізнавати геометричні фігури. Удосконалювати навички додавання та віднімання; розвивати просторове сприйняття, зорово-моторну координацію; формувати логічне мислення та пам’ять; розвивати ініціативність, самоконтроль та наполегливість.

Обладнання: набір карток із числами від 1 до 10; геометричні фігури з картону; ігрові картки для завдань; кубики для рахунку; пазли з числами і фігурами; нагородні картки «Зірочка успіху».

Хід заняття

1. Організаційний момент.

Логопед вітає дітей і пропонує допомогти тигреняті розібратися з числами та геометричними фігурами.

2. Основна частина.

Робота з числовим рядом.

Логопед розкладає перед дітьми картки із числами від 1 до 10 у випадковому порядку. Завдання: розкласти їх у правильному порядку.

Гра «Сусіди числа»: логопед називає число, а діти повинні назвати попереднє і наступне.

Завдання «Порахуй тигренят»: на малюнку кілька тигренят, діти рахують їх і називають кількість.

Геометричні фігури.

Логопед показує дітям набір геометричних фігур (круг, квадрат, трикутник, прямокутник) і запитує, яка це фігура.

Завдання: знайти серед карток таку ж фігуру, як у тигреняти.

Робота з кількістю.

Завдання «Розклади за кількістю»: діти отримують картки із цифрами і кубики, які потрібно розкласти відповідно до кількості.

Вправа «Знайди пару»: до числа (наприклад, 5) діти підбирають відповідну картку з кількістю предметів (наприклад, 5 яблук).

Додавання і віднімання.

Завдання «Скільки тигренят прийшло?» Логопед показує на малюнку кількох тигренят і додає або прибирає їх. Діти мають назвати результат (наприклад, було 3 тигреняти, прийшло ще 2 – разом стало 5).

Письмові приклади: діти записують і розв’язують прості приклади на додавання і віднімання в межах 10.

3.Фізкультхвилинка.

Діти виконують рухи за логопедом: стрибають на одній нозі, розмахують руками, нахиляються, зображаючи тигреня, що грається.

4. Заключна частина.

Завдання на логіку та просторове мислення.

Завдання «Склади пазл»: діти складають із частин зображення тигра, до якого додаються цифри або фігури.

Підсумок заняття. Логопед обговорює із дітьми, що вони вивчили на занятті, що було найцікавішим.

Нагородження. Діти отримують «Зірочки успіху» за активну участь.

Результати заняття. Закріплення навичок роботи з числовим рядом і геометричними фігурами. Розвиток уміння рахувати, додавати і віднімати. Формування логічного мислення і просторового уявлення. Стимулювання зацікавленості через ігрову діяльність.

Логопедичне заняття з корекції диспраксії

Тема: «Рухи білочки: розвиток моторики та координації».

Мета: формувати правильні рухові навички та координацію; розвивати орієнтацію в просторі, зорово-моторну координацію, навички слідування за вказівками; удосконалювати дрібну та загальну моторику, логічне мислення, просторове сприйняття; розвивати здатність до наслідування рухів; розвивати наполегливість, зосередженість, ініціативність.

Обладнання: масажні м’ячі для рук; картки зі схемами рухів; маршрутні листи (лабіринти); шаблони для обведення; геометричні фігури для складання.

Хід заняття

1.Організаційний момент.

Логопед вітає дітей і пропонує допомогти білочці підготуватися до зими, виконуючи рухливі завдання: збирати горішки, стрибати по гілках і влаштовувати затишну нірку.

2. Основна частина.

Розвиток загальної моторики.

Логопед пропонує дітям повторювати рухи білочки:

Імітувати, як білочка стрибає з гілки на гілку (стрибки на місці).

Повзти, ніби білочка спускається з дерева (нахили тулуба вперед і рухи руками).

Імітувати, як білочка шукає горішки: нахилятися вперед і простягати руки вбік.

Розвиток дрібної моторики.

Логопед роздає дітям масажні м’ячі й пояснює, як ними користуватися: прокочувати м’яч між долонями; стискати м’яч пальцями по черзі кожною рукою; виконувати кругові рухи м’ячем по долонях;

Координація рухів.

Завдання «Повтори рухи»: логопед показує рухи білочки (наприклад, підняти праву руку, стрибнути, нахилитися ліворуч), а діти повторюють.

Завдання «Пройди лабіринт»: діти слідують за стрілками, проходячи маршрут (наприклад, «пройди три кроки вперед, поверни праворуч, стрибни через уявну гілку»).

Робота з просторовим сприйняттям.

Завдання «Склади гніздо»: діти отримують набір геометричних фігур і складають із них «гніздо» для білочки.

Завдання «Обведи по контуру»: логопед дає шаблон білочки, який діти обводять по лініях, а потім розфарбовують.

3.Фізкультхвилинка.

Логопед пропонує дітям імітувати рухи білочки: стрибки, нахили, рухи руками, ніби вона збирає горішки.

4. Заключна частина.

Завдання на розвиток логіки та координації.

Завдання «З’єднай точки»: діти з’єднують точки, щоб утворити малюнок білочки.

Завдання «Повтори форму»: логопед викладає з паличок форму (трикутник чи квадрат), діти повторюють її.

Підсумок заняття. Логопед обговорює із дітьми, що їм сподобалося, відзначає їхні досягнення та дає рекомендації для повторення вдома.

Нагородження: роздача наліпок за активну участь.

Результати заняття. Закріплення правильних рухових навичок; розвиток загальної та дрібної моторики; удосконалення зорово-моторної координації; формування навичок наслідування рухів та просторового орієнтування; стимулювання інтересу до навчання через ігрову діяльність.