Міністерство освіти і науки України
Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича

Факультет фізичної культури, спорту та реабілітації

Кафедра терапії, реабілітації та здоров'язбережувальних технологій

ЕФЕКТИВНІСТЬ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ГІПЕРАКТИВНІСТЮ ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

Кваліфікаційна робота

Рівень вищої освіти – другий (магістерський)

Виконав:
Студент 6 курсу, групи 609
спеціальності
227 «Терапія та реабілітація»
Вадим Юзвак

Керівник:
к.пед.н., доцент Тетяна ТЕМЕРІВСЬКА

До захисту допущено:

Протокол засідання кафедри № ___

від «___» _____ 2025 р.

зав. кафедри, проф._____ Лідія ДОЦЮК

Чернівці–2025

ВСТУП…….....2

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ГІПЕРАКТИВНОСТІ У ДІТЕЙ ТА ПІДХОДІВ ДО ЇЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

1.1. Поняття та характеристика синдрому гіперактивності (СДУГ)……..5
1.2. Причини, симптоми та діагностика гіперактивності у дітей……...10
1.3. Традиційні методи фізичної та психосоціальної реабілітації дітей з СДУГ та їх значеня…….....13
1.4. Механізми впливу каністерапії на дітей з гіперактивністю та міжнародний досвід та застосування в Україні……..……..…19

РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Організація дослідження…….....29
2.2. Методи дослідження……..……32

РОЗДІЛ 3. ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

3.1 SMART цілі та загальна характеристика змін поведінкових, емоційних та когнітивних показників…….....……37
3.2. Порівняльний аналіз змін психоемоційного та поведінкового стану дітей із СДУГ після каністерапевтичного втручання..……..41

ВИСНОВКИ……..…48

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ……...…..51

ВСТУП

Актуальність теми

Гіперактивність (англ. attention-deficit hyperactivity disorder) — це неврологічне порушення. Діти з таким розладом часто стикаються з нерозумінням та відторгненням з боку оточення. Батьки нерідко опиняються між любов'ю до дитини та відчуттям безпорадності, школи намагаються відрахувати малечу через надмірну активність, а лікарі призначають заспокійливі препарати. Саме так виглядає повсякденне життя таких дітей у нашій країні. Проте варто пам'ятати, що свого часу гіперактивними були багато відомих особистостей. Серед них — прем'єр-міністр Великобританії Вінстон Черчіль, олімпійський чемпіон Майкл Фелпс, співак Роббі Вільямс. Припускають, що гіперактивність була властива також Ісааку Ньютону, Томасу Едісону, Альберту Ейнштейну, Пабло Пікассо, Сальвадору Далі, Моцарту, Олександру Македонському, Авраму Лінкольну, Бернарду Шоу, Олександру Пушкіну. І цей перелік відомих особистостей із гіперактивністю продовжується донині — Генрі Форд, Волт Дісней, Девід Нілман та багато інших.

Гіперактивність у дітей — це поєднання симптомів, пов'язаних із надмірною психічною та моторною активністю. Чіткі межі цього синдрому важко провести, але, зазвичай, він діагностується у дітей, що відрізняються імпульсивністю та неуважністю. Такі діти часто відволікаються, їх легко обрадувати або засмутити. Часто для них характерна агресивність. Внаслідок цих особистих особливостей гіперактивним дітям важко концентруватися на конкретних завданнях.

Причиною гіперактивності може бути і патологія вагітності мами, складні пологи тощо. Цей діагноз ставиться, коли батьки та вчителі скаржаться, що дитина надмірно рухлива, непосидюча та погано себе поводить або ж вчиться, ані на хвилину не може концентрувати свою увагу на чомусь одному. Однак не існує точного визначення даного стану або особливого тесту, який би одночасно підтверджував діагноз гіперактивності. Переважна кількість науковців зазначає, що початок такої поведінки закладається ще в ранньому

віці, подібний стан супроводжується порушенням сну, дитина сильно втомлюється, гіперактивність поглиблюється.

За офіційними статистичними даними, в України діагноз СДУГ мають від 4 до 18% дітей. Більш того, даний синдром присутній у 3-5% дорослого населення, оскільки в половині випадків гіперактивний дитина виростає в «гіперактивного дорослого». У хлопчиків СДУГ діагностується в 3 рази частіше, ніж у дівчаток.

Згідно з критеріями, виробленими DSM в 1994 р., СДУГ може бути визнаний при збереженні у дитини, принаймні, 6-ти ознак неуважність, гіперактивність та імпульсивність, при первинному зверненні до фахівців діагноз СДУГ не ставиться, а проводиться спостереження та обстеження дитини.

Мета дослідження

Обґрунтувати та експериментально перевірити ефективність каністерапії як засобу фізичної реабілітації дітей з гіперактивністю.

Завдання дослідження

1. Проаналізувати науково-методичну літературу з проблеми гіперактивності у дітей та методів її реабілітації.
2. Дослідити сучасні підходи до використання анімалотерапії, зокрема каністерапії, у реабілітаційній практиці.
3. Проаналізувати результати дослідження впливу каністерапії на фізичний стан дітей з гіперактивністю щодо застосування каністерапії в комплексній програмі реабілітації.

Об’єкт дослідження

Процес фізичної реабілітації дітей з гіперактивністю.

Предмет дослідження

Вплив каністерапії на фізичний стан та розвиток дітей з гіперактивністю.

Методи:

- теоретичні: аналіз та узагальнення даних спеціальної наукової та науково-методичної літератури (дисертації, автореферати дисертацій, монографії, навчально-методична література, статті в збірках наукових праць і

періодичній пресі, а також теоретичні положення і практичні рекомендації, які існують у медичних, педагогічних і суміжних науках);

- емпіричні: аналіз медико-біологічних методів та історій, амбулаторних карт хворих, а саме: аналіз результатів дослідження дітей з гіперактивністю;

- педагогічний експеримент: спостереження, бесіди, анкетування;

- статистичні: методи математичної статистики, кількісний і якісний аналіз та узагальнення отриманих результатів.

Структура роботи: складається зі вступу, 3 розділів з підрозділами, висновків, списку використаних джерел

.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ГІПЕРАКТИВНОСТІ У ДІТЕЙ ТА ПІДХОДІВ ДО ЇЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

1.1. Поняття та характеристика синдрому гіперактивності (СДУГ)

Синдром дефіциту уваги та гіперактивності (СДУГ) — це порушення неврологічного та поведінкового характеру, яке розпочинається ще в дитячому віці. Основні прояви цього розладу включають труднощі з концентрацією уваги, надмірну активність та імпульсивність, яку важко контролювати. Діагноз СДУГ встановлюється тоді, коли така поведінка спостерігається у дитини протягом тривалого часу та в різних ситуаціях. Часто гіперактивність супроводжується агресивною поведінкою, яка проявляється у діях, спрямованих на завдання фізичної або емоційної шкоди іншій особі, і супроводжується такими емоціями, як гнів, ворожість чи ненависть.[8]

Точні причини та механізми розвитку СДУГ на сьогодні остаточно не визначені. Існують різні теорії — нейроморфологічні, генетичні, нейрофізіологічні, а також соціально-психологічні — які пропонують можливі пояснення виникнення синдрому. Одним із ключових аспектів у вивченні СДУГ є комплексна медична та психологічна діагностика.

СДУГ належить до форм мінімальної мозкової дисфункції й має переважно біологічне походження. Наукові дослідження свідчать, що основою цього розладу є порушення балансу нейротрансміттерів — хімічних речовин, які передають сигнали в мозку. Більшість фахівців вважає, що гіперактивність у більшості випадків має генетичне підґрунтя. Проте її також можуть спричинити фактори, пов’язані з травмами мозку, інфекціями під час вагітності або в перші місяці життя, ускладненнями під час пологів або самої вагітності. Відомі випадки розвитку СДУГ у дітей, народжених шляхом кесарського розтину. Окрім біологічних причин, важливу роль у виникненні розладу відіграють і соціально-психологічні чинники. [30]

На цьому тлі у дітей, які потребують особливої уваги та підходу, часто виникають емоційні труднощі: вони відчувають страх, стають пригніченими, у них формується занижена самооцінка. Дитину непокоїть негативне ставлення з боку оточення, причини якого вона не здатна усвідомити. Національний координатор програми ВООЗ «Психічне здоров'я» переконаний: «Усе українське суспільство має продемонструвати зрілість у ставленні до таких дітей. Ми повинні повернути їх у школи і створити умови для їхньої адаптації у звичайних шкільних установах. Їм не потрібне індивідуальне навчання.»

У клінічній практиці СДУГ розглядають як порушення поведінки, пов'язане з функціональними змінами в центральній нервовій системі. Часто симптоми виявляються у віці 3–7 років, а найбільш яскраво проявляються у період початкової шкільної освіти. Згідно з різними джерелами, розлади гіперактивності діагностуються приблизно у 5–10% дітей шкільного віку, частіше у хлопчиків. [7]

Основними ознаками СДУГ є:

• Неуважність: дитина не здатна тривалий час концентрувати увагу на завданні, легко відволікається, часто робить помилки через неуважність, не виконує інструкцій.

• Гіперактивність: надмірна рухова активність, непосидючість, безцільна моторика (бігає, крутиться, махає руками тощо), особливо в ситуаціях, де очікується спокійна поведінка.

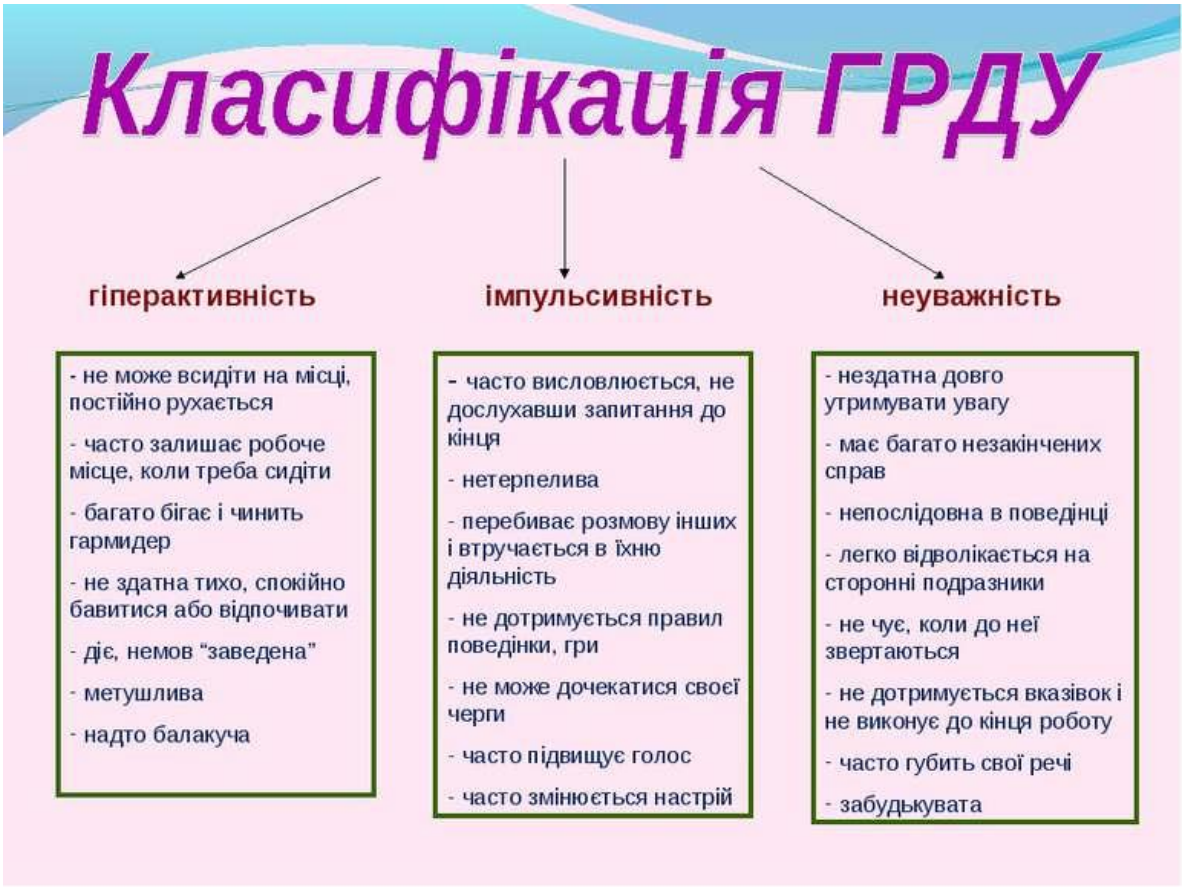
• Імпульсивність: швидкі, необдумані реакції, які часто не відповідають ситуації (перериває інших, відповідає не дослухавши питання, втручається у розмови).

Етіологія СДУГ є мультифакторною: до причин відносять генетичні чинники, порушення внутрішньоутробного розвитку, ускладнення під час пологів, особливості функціонування лобових долей головного мозку, дисфункції дофамінергічної системи. [8]

Наслідки СДУГ можуть проявлятись у вигляді труднощів у навчанні, соціальній дезадаптації, емоційній нестабільності, підвищеному ризику травматизму. Тому важливим є своєчасне виявлення цього порушення та

комплексна реабілітація, яка включає педагогічну, психологічну та фізичну підтримку.

Гіперактивний синдром майже завжди поєднується з синдромом дефіциту уваги (СДВ), утворюючи так званий синдром дефіциту уваги та гіперактивність (СДУГ), тому психологи часто використовують цю абревіатуру для позначення комплексу даних симптомів.



В залежності від віку, ознаки гіперактивності у дітей мають різний характер:

- У віці 1-2 роки, у дітей, схильних до гіперактивності, проявляється підвищена дратівливість, плаксивість, яка переходить у затяжні істерики, порушення сну, дратівливість.
- У 3-4 роки спостерігається імпульсивність дій, нездатність завершити розпочату гру, порушення дрібної моторики, і тонких диференційованих рухів кисті руки, а також, прояви неконтрольованої агресії.

- У 5-6 років батьки нарешті починають бити на сполох, адже дитина не здатна освоювати програму дитячого садка, яка є необхідним компонентом у підготовці дитини до школи, починає яскраво виявлятися СДВ, а також напади неконтрольованої люті і істерики.

Пізніше, 7,8-9,10 років всі перераховані вище прояви значно посилюються, що призводить до нездатності засвоїти ази шкільної програми, з'являються ознаки соціальної дезадаптації, що розвивається делінквентна поведінка, а також яскраво виражена лабільність емоцій. [30]

Важливо своєчасно виявити прояви гіперактивного синдрому, адже чим раніше діагностувати проблему, тим ефективніше буде корекційна робота з її нівелювання.

Дитина з дефіцитом уваги:

- не вміє уважно стежити за подіями, концентруватися;
- не в змозі утримати увагу за заняттях або грі;
- не слухає дорослих;
- не може організувати діяльність;
- уникає інтелектуальних навантажень, втрачає речі;
- не може слідувати інструкції або довести розпочате до завершення;
- легко відволікається на дрібниці і дуже забудькувата.
- неспокійні і неконтрольовані рухи кінцівок;
- ерзанье на місці: не може тихо сидіти, коли необхідно;
- у недоречних ситуаціях починає бігати;
- дитина дуже галасливий в тихих іграх або завданнях;
- проявляє активність, не замислюючись, наскільки це прийнятно в конкретній ситуації;
- ігнорує вимоги старших.
- перебиває, починає говорити, відповідає, не дослухавши запитання до кінця;
- не може спокійно чекати своєї черги;
- часто перебиває співрозмовника.

Синдром дефіциту уваги у дітей зазвичай вперше виявляється з початком навчального процесу – на розвиваючих заняттях у старших групах дитячого саду або в початковій школі. Іноді першими можуть проявляються такі симптоми: надмірна рухливість, несподівані різкі рухи і стрибки, неможливість займатися спокійними іграми. [9]

Таким дітям важко в школі, вони не можуть швидко навчитися читати, насилу складають слова в речення. Погано виконують математичні задачі і вправи. Відзначається нерозбірливий почерк, неграмотне лист, утруднена мова, з’являється заїкання, незграбні рухи. При відсутності своєчасної корекції стану хвороба зберігається з віком, але її ознаки трохи зменшуються.



У дорослих частіше виявляються ознаки неуважності, що приносить проблеми на роботі і в сім’ї. Імпульсивність може спровокувати виникнення конфліктів, прояви невихованості, вигуки, невміння вислухати співрозмовника і перебивання.

Будь-які з перерахованих вище симптомів можуть іноді проявлятися і у здорових, але у хворих СДУГ вони постійні. Для постановки точного діагнозу дані симптоми повинні зазначатися мінімум протягом півроку.

1.2. Причини, симптоми та діагностика гіперактивності у дітей

Синдром гіперактивності з дефіцитом уваги (СДУГ) є результатом комплексної взаємодії біологічних, психологічних і соціальних чинників. Його етіологія залишається багатоаспектною та до кінця не з'ясованою, однак наукові дослідження дозволяють виділити кілька основних груп причин.

Причини розвитку СДУГ:

1. Біологічні фактори:

• Генетична схильність (у близьких родичів часто спостерігаються схожі порушення поведінки);

• Порушення дозрівання мозкових структур, зокрема лобових долей, що відповідають за контроль поведінки, увагу та імпульси;

• Дисфункція нейромедіаторних систем (особливо дофамінової та норадреналінової);

• Наслідки гіпоксії під час пологів, травми ЦНС, перенесені інфекції.

2. Перинатальні чинники:

• Ускладнення вагітності (токсикоз, внутрішньоутробні інфекції);

• Передчасні або тяжкі пологи;

• Внутрішньоутробна затримка розвитку плода.

3. Психосоціальні фактори:

• Нестабільне родинне середовище, виховання в умовах жорсткого контролю або, навпаки, повної вседозволеності;

• Надмірне інформаційне навантаження (гаджети, телевізори, нестача фізичної активності);

• Психоемоційна травма в ранньому дитинстві. [7]

Основні симптоми гіперактивності (за DSM-5 та МКХ-11):

• Постійна неуважність (дитина легко відволікається, не виконує завдання до кінця, не слухає під час звертання);

• Надмірна рухова активність (не може сидіти спокійно, часто підстрибує, бігає навіть у недоречних ситуаціях);

• Імпульсивність (втручається у розмови, не може чекати своєї черги, різко реагує на подразники);

• Нестійкість настрою, тривожність, дратівливість;

• Порушення сну, зниження апетиту, підвищений рівень збудливості.

Симптоми повинні бути стійкими, проявлятися в різних сферах (вдома, у школі, під час гри) й зберігатися не менше 6 місяців.

Діагностика СДУГ потребує комплексного підходу та включає:

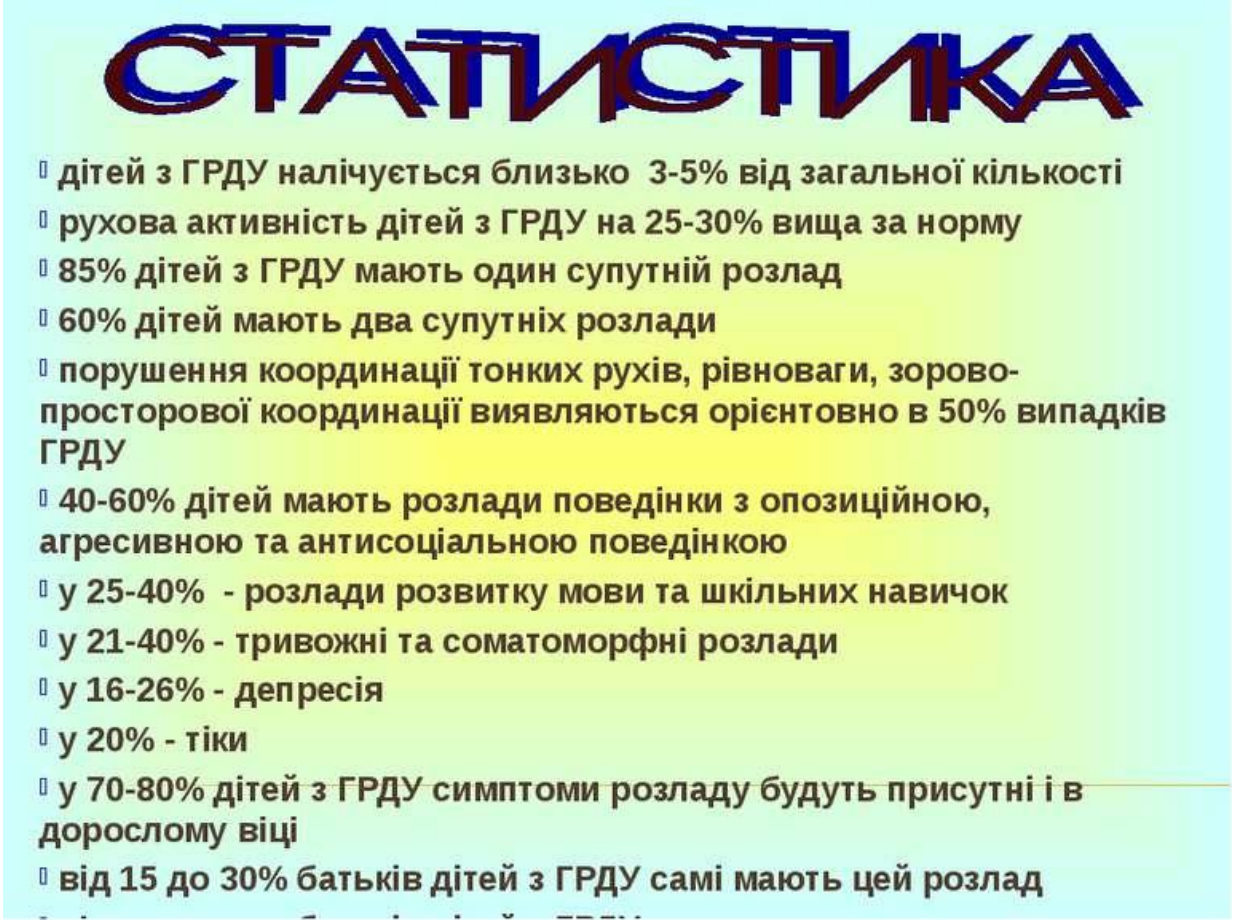
• Клінічне спостереження за поведінкою дитини в різних умовах;

• Опитувальники та шкали (наприклад, Conners Rating Scale, шкала Векслера, шкала гіперактивності ДуПоля);

• Психологічне тестування для виявлення рівня уваги, пам’яті, самоконтролю;

• Медичне обстеження (виключення епілепсії, неврологічних уражень, психічних розладів);

• Співбесіди з батьками та педагогами для збору інформації про поведінку в домашньому та навчальному середовищі.



Рання діагностика та індивідуальний підхід до кожної дитини мають вирішальне значення для ефективної корекції проявів СДУГ та адаптації дитини до соціуму. [7]

Фахівці відносять дитини до категорії «гіперактивний», якщо у нього проявляються такі ознаки:

- Захопленість справою триває не більше 10 хвилин. При будь-якому відволікальний факторі, його увага переключається.
- Дитина постійно схвильований, неуважний. Під час занять або уроків не може всидіти на місці, постійно рухається, сіпається.
- Поведінка його не отягчено сором'язливістю. Виявляє непокору навіть у незнайомих місцях.
- Задає багато запитань, проте відповіді на них не потребує. Іноді дає відповідь, не дослухавши все речення. Під час ігор вимагає загальної зосередженості на його персони.
- Мова експрес, ковтає закінчення слів. Часто перескакує з однієї дії на іншу, не закінчивши розпочату.
- Неспокійний сон – одна з ознак гіперактивного дитини. Трапляються нічні кошмари, нетримання сечі.
- Постійні конфлікти з однолітками не дають завести друзів. Спокійно грати не може, втручається в ігри інших дітей. Під час уроків вигукує з місця, заважає своєю поведінкою.
- Гіперактивні діти часто не засвоюють програму шкільного курсу.
- Відхилення у роботі мозку при обробці інформації. Виконуючи завдання, часто відчуває труднощі.
- Здається, що малюк не чує те, що говорять йому дорослі.
- Неуважний, втрачає особисті речі, шкільне приладдя, іграшки.
- Незграбність у рухах гіперактивного дитини часто буває причиною травм і псування речей.
- Має проблеми з дрібною моторикою: відчуває труднощі при застібанні ґудзиків, зав'язування шнурків, каліграфії.
- Не реагує на зауваження дорослих, заборони, покарання.

- Схильний до частих головних болів, бувають нервові тики.

Діагностувати СДУГ може тільки лікар і лише в тому випадку, якщо виявив не менше 8 симптомів гіперактивної дитини. Діагноз ставиться на підставі результатів МРТ мозку, ЕЕГ, аналізів крові. При достатньо розвинених розумових здібностях такі діти мають проблеми з мовленням, дрібною моторикою, низьким пізнавальним інтересом. Посередні здібності до навчання, слабка мотивація до навчальної діяльності не дає можливості нашим неуважним гіперактивним дітям отримати високий рівень освіти. [8]

1.3. Традиційні методи фізичної та психосоціальної реабілітації дітей з СДУГ та їх значення

Реабілітація дітей з синдромом дефіциту уваги та гіперактивності (СДУГ) має бути комплексною, системною та індивідуалізованою. Основна мета – допомогти дитині адаптуватися до соціального середовища, знизити прояви гіперактивності та імпульсивності, покращити концентрацію уваги та навчальні досягнення.

У традиційній реабілітаційній практиці застосовуються такі основні методи:

1. Психокорекційна та психотерапевтична робота

• Індивідуальна психотерапія (когнітивно-поведінкова терапія, ігрова терапія) спрямована на розвиток самоконтролю, регуляцію емоцій, корекцію агресивних або імпульсивних реакцій.

• Групові заняття допомагають дитині вчитися взаємодіяти з іншими, працювати в колективі, розвивати соціальні навички.

• Психоедукація батьків — обов’язковий компонент, що дозволяє дорослим краще розуміти особливості поведінки дитини та застосовувати ефективні стратегії виховання.

2. Медикаментозна терапія

• Призначається у випадках, коли поведінкові порушення суттєво впливають на якість життя дитини. Найчастіше використовують стимулятори (метилфенідат), а також препарати на основі атомоксетину або гуанфацину.

• Медикаментозне лікування повинно здійснюватися під суворим наглядом лікаря-психіатра або невролога та бути частиною загальної програми реабілітації.

3. Корекційна педагогіка та логопедія

• Для дітей із супутніми порушеннями мовлення, уваги чи навчання необхідна робота з логопедом, дефектологом, спеціальним педагогом.

• Корекційно-розвивальні заняття спрямовані на формування стійкої уваги, зорово-моторної координації, пам’яті, організації навчальної діяльності.

4. Фізична терапія та терапевтичні вправи

• Помірна фізична активність позитивно впливає на нервову систему, допомагає зняти психоемоційну напругу, покращити сон та концентрацію.

• Використовуються елементи гімнастики, ігрові вправи, тренування координації, дихальні вправи, вправи на рівновагу.

• Також активно впроваджуються методи сенсорної інтеграції, ерготерапії, аеробні навантаження (плавання, біг, їзда на велосипеді).

5. Арт-терапія та інші творчі методи

• Малювання, музика, ліплення, театралізовані ігри — дозволяють дітям виражати емоції, знижувати тривожність, розвивати уяву та довільну увагу.

• Особливо ефективно поєднувати арт-терапію з іншими формами діяльності, наприклад — анімалотерапією (у тому числі каністерапією). [4]

Комплексне застосування наведених методів дозволяє досягти кращих результатів у корекції поведінкових проявів СДУГ. Особливу увагу слід приділяти індивідуальному підбору засобів реабілітації з урахуванням віку дитини, рівня розвитку та характеру проявів розладу.

Важливо усвідомити, що гіперактивна дитина має величезний запас енергії, яку необхідно направити в мирне русло. Тому в тандемі зі спеціалізованою допомогою повинна бути фізичне навантаження, яка відповідала б рівню проявів гіперактивності. [1]

Це може бути:

- заняття спортом;
- танці;
- бойові мистецтва;
- туризм тощо.

Додатково подібні заняття навчать регулювати негативні поведінкові реакції, а також підвищать рівень внутрішньої дисципліни.

Практичні поради батькам гіперактивної дитини

Робота з батьками гіперактивного дитини полягає, по-перше, допомоги їм усвідомити, що їхня дитина має відхилення від норми.

Дуже часто батьки шукають відмовки типу: «Він просто розбещений», «Всипати йому, і все пройде», «Це дитина індиго, ви не розумієте» і т. д. Це не що інше, як психологічний захист батьків, тому важливо м’яко підвести до усвідомлення проблеми, заради самої дитини і його благополуччя. Головне – усвідомити, що гіперактивність – не вирок, цей синдром досить легко знівелювати.

По-друге, з боку батьків потрібен колосальний запас терпіння, важливо оточити дитину увагою і турботою. Крик – це ваш ворог, подібна реакція, тільки викличе у дитини агресивний відповідь і лише ускладнить ситуацію.

Особливо важливо правильно і дозовано подавати матеріал або інструкцію виконання певної задачі, при необхідності – максимально скоротити інформацію і повторити її кілька разів, поки ви не переконаєтеся, що дитина сконцентрувався і вас почув.

В-третіх – намагайтеся створити сприятливе середовище розвитку дитини. Уникайте стресових ситуацій і конфліктів у сім’ї, дотримуйтеся режиму дня, чітко дотримуйтесь інструкцій і порад лікаря про харчування і прийом препаратів, додайте в раціон заспокійливі чаї з меліси, ромашки чи м’яти. [6]

Масаж при гіперактивності у дітей проводиться у щадному режимі використовуючи три основні прийоми класичного масажу. Основна мета масажу – це вирівняти м'язовий тонус тіла. Особливість виконання

класичного масажу у дітей з гіперактивністю є те, що дитина довільно і невимушено обирає зручне положення для себе. Тривалість масажу – 40-60 хвилин.

Вібрацію виконували не рекомендується, оскільки діти можуть перебувати у напруженому та стресовому стані, можуть проявляти агресію на перших 2-3 сеансах і стан розслаблення від процедури не наступав.

Погладжування –це масажний прийом, рука фізичного терапевта рухається по шкірі пацієнта, не утворюючи шкірної складки на тілі. Допомагає підготувати уражену ділянку на механічному та нейрогуморальному рівнях при парезах [30].

Рекомендовано проводити основні прийоми погладжування:

- прямолінійні рухи;
- зигзагоподібні рухи;
- спіралеподібні рухи;
- попереміннi, зміни рухів;
- комбіновані зміни рухів;
- поздовжні рухиоднією і двома руками;
- концентричні рухи на великих суглобах;
- колоподібні на дрібних суглобах.

Розтирання – це прийом класичного масажу, при якому рука фізичного терапевта натискаючи на м'яз утворює складку шкіри або підлеглих тканин. Рекомендується використовувати такі комбінації видів розтирання:

-прямолінійні, зигзагоподібні і спіралеподібні «щипаючі» рухи;

-прямолінійні, спіралеподібні або колоподібні, рухи виконуються подушечками пальців;

-прямолінійні, спіралеподібні або колоподібні, рухи виконуються подушечкою великого пальця однією або двома руками;

-прямолінійні, спіралеподібні або колоподібні рухи виконуються подушечками чотирьох пальців однієї або двома руками;

-спіралеподібні або колоподібні рухи виконуються фалангами зігнутих пальців однієї або двома руками;

-прямолінійні, спіралеподібні або колоподібні рухи виконуються основою долоні однієї або двома руками;

-прямолінійні рухи виконуються подушечками і горбиками великих пальців або подушечками чотирьох пальців і основами долонь;

-прямолінійні, спіралеподібні або колоподібні рухи виконуються ребром великого пальця руки.

Розминання – це прийом масажу, який призводить до розтягування м'язових волокон тіла гіперактивної дитини масується вся м'язова система і триває більше 50% часу від загального масажу.

При розминанні руки фізичного терапевта повинні якнайглибше проникати у глибину м'яза, виконується в середньому темпі та не повинен викликати неприємних відчуттів.

Проведення терапевтичних вправ у гіперактивних дітей мають певні цілі:

- покращити рухи в суглобах, стан вестибулярного апарату, дрібної моторики дитини;
- зняти фізичну та емоційну напругу організму;
- запобігти ряду ортопедичних проблем у ногах;
- сприяти кращому сну, апетиту, травленню.

Терапевтичні вправи у гіперактивних дітей проводиться пасивно, тобто фізичним терапевтом для того, щоб дитина відчувала ритм і виробляла терпіння повільного темпу. Напочатку виконуються спеціальні вправи на всіх суглобах по повній амплітуді рухів дитина з гіперактивністю буде чинити опір і пробуватиме виконати вправу самостійно у швидкому темпі, це буде тривати кілька перших вправ. Темп виконання повільний, але ритмічний.

Виконання терапевтичних вправ проводяться з вихідного положення лежачи на спині, лежачи на животі та сидячи.

«Вправи з положення лежачи на спині:

1. Згинання та розгинання гомілково-ступневого суглобу. Нога дитини має бути максимально прямою та не має бути болісного відчуття від перерозгинання в колінному суглобі. Кількість повторень даної вправи –10-15 разів.

2. Колові оберти стопи вправо/вліво. Фізичний терапевт однією рукою фіксує стопу дитини, а іншою – задню поверхню гомілки, припіднявши її на 3-5 сантиметрів від поверхні, з такого положення виконуються повільні колові рухи стопи з кількістю повторень 8-10 разів в одну сторону.

3. Згинання/розгинання в колінному суглобі. Фізичний терапевт фіксує однією рукою передню поверхню стопи дитини, а іншою передню поверхню стегна над колінним суглобом. З такого положення виконується згинання та розгинання ноги так, щоб при згинанні стопа щільно ставала на поверхню масажного стола, рівномірно розприділяючи опору між п'яткою та пальцями. Вправу слід повторити 15-20 разів на одну ногу.

4. Піднімання/опускання прямої ноги. Фізичний терапевт має зафіксувати однією рукою п'яту дитини, а іншою коліно. Піднімаючи та опускаючи ноги спина має бути щільно притиснута до поверхні масажного стола, а руки дитини розміщені вздовж тулуба. Вправу необхідно повторити 15-20 разів на кожну ногу.

5. Колові оберти кульшових суглобів. Фізичний терапевт максимально згинає ноги дитини в колінних суглобах і в такому положенні проводить вправу. Необхідно зафіксувати плечі дитини за допомогою сторонньої допомоги іншого спеціаліста. Кількість повторень –5-8 в одну сторону.

6. Колові оберти пальців руки. Спеціаліст фіксує кисть руки дитини зручним для себе способом і виконує вправу для кожного пальчика окремо по 10 разів на кожний.

7. Згинання/розгинання променево-зап'ястного суглобу. Фізичний терапевт фіксує кулачок дитини так, щоб рука дитини була зігнута в ліктьовому суглобі, спираючись на поверхню стола, утворюючи прямий кут. У такому положенні виконують згинання/розгинання суглоба 10-15 разів на одну руку.

8. Колові оберти променево-зап'ястного суглоба. Положення руки, як у вправі 7, але виконуються колові оберти кисті вправо/вліво по 8-10 разів в одну сторону.

9. Згинання/розгинання ліктьового суглоба. Фізичний терапевт відводить руку дитини в сторону так, щоб рука і тулуб утворювали прямий кут, однією рукою фіксує кисть руки, а іншою – плече дитини. Кількість повторень вправи складає 15-20 разів.

10. Згинання/розгинання плечового суглоба. Дитина виконує піднімання прямої руки вверх/вниз по 15-20 рухів на одну руку.» [30]

Вправи лежачи на животі:

1. Згинання/розгинання ноги у променево-зап'ястного та колінному суглобах. Фізичний терапевт фіксує однією рукою стопу дитини, а іншою – задню поверхню стегна. Виконує згинання у двох суглобах одночасно. Кількість повторень –15-20 разів на ногу.

2. Відведення зігнутої ноги назад. Фізичний терапевт захоплює однією рукою ногу за стопу дитини, а іншою фіксує таз з того ж боку ноги. Виконує піднімання і опускання ноги над поверхнею масажного стола. При цьому пропрацьовує рухи в колінному та кульшовому суглобах. Кількість повторень –15-20 на одну ногу.

Терапевтичні вправи з вихідного положення сидячи:

Колові рухи у плечовому суглобі. Фізичний терапевт фіксує кисть руки дитини однією рукою, а іншою фіксує плечовий суглоб. Виконує колові рухи руки дитини вперед/назад, зберігаючи її максимально прямою. Такий курс фізичної реабілітації для дітей з гіперактивністю рекомендуємо повторити ще раз через три місяці.

1.4. Механізми впливу каністерапії на дітей з гіперактивністю та міжнародний досвід та застосування в Україні

Анімалотерапія — це напрям альтернативної та додаткової терапії, що базується на цілеспрямованій взаємодії людини з тваринами з метою

досягнення позитивних змін у психоемоційному, поведінковому та фізичному стані. Вона активно застосовується в реабілітації дітей з різноманітними порушеннями розвитку, зокрема з синдромом дефіциту уваги та гіперактивністю (СДУГ).

До найпоширеніших видів анімалотерапії належать:

• Каністерапія — терапія з участю спеціально підготовлених собак;

• Іпотерапія — терапія верховою їздою на конях;

• Фелінотерапія — взаємодія з кішками;

• Дельфінотерапія — спілкування з дельфінами у спеціально облаштованих умовах.

Кожен вид має свої особливості, проте всі вони мають спільний механізм дії: емоційний контакт з твариною сприяє розслабленню, зниженню тривожності, поліпшенню настрою, розвитку навичок комунікації та емпатії.

Психофізіологічні механізми дії анімалотерапії:

• Стимуляція гормону окситоцину, що покращує емоційний фон і знижує рівень стресу;

• Зниження рівня кортизолу (гормону стресу);

• Активізація моторики через спільні ігри або вправи з тваринами;

• Покращення уваги і зосередженості завдяки повторюваним завданням і взаємодії з твариною;

• Формування позитивного підкріплення, коли дитина отримує емоційне задоволення від правильно виконаних дій.



Каністерапія є ефективним інструментом підтримки дітей із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ), оскільки поєднує елементи психоемоційної, поведінкової та фізичної стимуляції. Її дія базується на глибокому емоційному зв’язку між дитиною та собакою, що сприяє стабілізації нервової системи, розвитку самоконтролю, зниженню імпульсивності та підвищенню уваги. [1]

Психоемоційний вплив

• Собака викликає позитивні емоції, які знижують рівень тривожності, агресії та внутрішнього напруження.

• Контакт із твариною сприяє виділенню окситоцину, ендорфінів та серотоніну, що покращує настрій, зменшує стрес та допомагає дитині розслабитися.

• Емоційна безпека у взаємодії з собакою створює умови для самовираження, формування довіри та мотивації до співпраці з дорослими.

Поведінковий вплив

• Регулярна взаємодія з твариною формує відповідальність, послідовність дій, стимулює розвиток самодисципліни (наприклад, виконання команд, догляд за собакою).

• Дитина навчається терпінню та самоконтролю, оскільки тварина реагує тільки на спокійні, зрозумілі команди.

• Позитивне підкріплення у вигляді вдячної реакції собаки мотивує до повторення бажаної поведінки.

Сенсомоторний та фізичний вплив

• Спільні ігри, вправи та рухові завдання активізують моторну сферу, сприяють розвитку координації, рівноваги та рухового планування.

• Контакт із собакою має сенсорний ефект — сприяє нормалізації тактильної чутливості, зниженню гіперактивності завдяки заспокійливому впливу (гладіння, обійми).

• Вправи з собакою можуть бути інтегровані в фізичну терапію — наприклад, ходьба поруч, подолання перешкод, подавання предметів тощо.

Когнітивний вплив

• Каністерапія стимулює розвиток уваги, пам’яті, мислення: діти повинні запам’ятовувати команди, дотримуватися інструкцій, аналізувати ситуації.

• В умовах гри дитина навчається структурованості поведінки та послідовного виконання завдань.

• Взаємодія із собакою стимулює мовлення — дитина говорить, називає дії, формулює звернення, що є цінним у випадках супутніх мовленнєвих порушень.

Таким чином, каністерапія впливає одночасно на емоційну, поведінкову, моторну та когнітивну сфери, що є особливо важливим у роботі з дітьми з СДУГ, у яких відбувається порушення регуляції одразу кількох психофізіологічних функцій. Важливою перевагою є те, що терапія сприймається не як «лікування», а як захоплива гра, що підвищує ефективність занять та зменшує опір з боку дитини. [4]

Каністерапія - це напрям анімалотерапії, який передбачає використання спеціально навчених собак у процесі реабілітації, психокорекції та соціалізації дітей та дорослих. Вона базується на унікальних психоемоційних та поведінкових особливостях собак, їхній здатності до емпатії, комунікації та налагодження позитивного емоційного контакту з людиною.

Цей метод застосовується в роботі з дітьми, які мають:

• психоневрологічні порушення;

• розлади поведінки, включаючи СДУГ;

• розлади аутистичного спектру;

• затримку психомовного розвитку;

• тривожність, страхи, знижену мотивацію та самооцінку.

Історичний розвиток каністерапії

Витоки каністерапії сягають античних часів, коли собаки використовувались для підтримки поранених воїнів. У XX столітті науковий інтерес до взаємодії людини з тваринами почав активно зростати:

• 1953 рік — американський психіатр Борис Левінсон вперше науково описав позитивний вплив собаки на психоемоційний стан дитини з аутизмом, використовуючи термін «пет-терапія».

• 1970–1990-ті роки — розвиток каністерапії в США, Канаді, Великій Британії, Німеччині, де створюються перші офіційні програми та асоціації з підготовки терапевтичних собак.

• У Східній Європі, зокрема в Україні, каністерапія почала розвиватися з початку 2000-х років і набуває дедалі більшої популярності як форма підтримки дітей з особливими освітніми потребами.

Принципи каністерапії

1. Добровільність і безпечність — як для дитини, так і для собаки. Терапевтична сесія не може бути примусовою.

2. Індивідуальний підхід — терапія підбирається відповідно до віку, рівня розвитку, емоційного стану та цілей реабілітації дитини.

3. Спеціальна підготовка собаки — каністерапевтичні собаки проходять навчання, соціалізацію та оцінку на відповідність терапевтичним стандартам.

4. Професійний супровід — заняття проводяться фахівцем (кінологом, фізичним терапевтом, психологом) з відповідною кваліфікацією.

5. Інтерактивність — взаємодія базується на грі, фізичній активності, емоційній залученості дитини, що робить терапію природною та мотивуючою.

Каністерапія може бути:

• пасивною — коли дитина просто спостерігає або торкається до собаки;

• активною — включає виконання завдань, ігор, команд, догляд за твариною;

• інтегрованою — поєднується з фізичними вправами, арт-терапією, логопедичними заняттями.

Проведення каністерапії для дітей із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ) потребує чіткої організації, дотримання безпеки та адаптації до індивідуальних особливостей дитини. Успіх терапії залежить не лише від кваліфікації фахівців, а й від правильного підбору собаки, структури занять і підтримки позитивного емоційного фону. [6]

1. Команда фахівців

У проведенні каністерапії зазвичай беруть участь:

• каністерапевт або інструктор з каністерапії — координує взаємодію дитини з собакою;

• фізичний терапевт, психолог, педагог — визначають реабілітаційні цілі та коригують програму занять;

• кінолог або власник собаки — відповідає за поведінку та добробут тварини.

2. Вибір та підготовка собаки

• Терапевтичний собака повинен мати врівноважений темперамент, бути соціалізованим, терплячим, добре реагувати на дітей, зокрема — на раптові рухи, крик, контакт.

• Проходить спеціальну підготовку та тестування за програмами каністерапії (наприклад, міжнародний стандарт Therapy Dog).

• Має медичні довідки, щеплення, доглянутий зовнішній вигляд.

3. Підготовка дитини до занять

• Перед початком курсу проводиться психологічна діагностика, оцінюються рівень гіперактивності, особливості поведінки, комунікативні навички.

• Дитину ознайомлюють із правилами безпечної взаємодії з собакою.

• Важливо створити позитивне перше враження — перше заняття не повинно бути перевантаженим завданнями.

4. Структура каністерапевтичного заняття

• Тривалість: 20–40 хвилин (залежно від віку та витривалості дитини).

• Частота: 1–3 рази на тиждень.

• Форма занять: індивідуальна або мала група (2–4 дитини).

Типова структура заняття:

1. Привітання та налаштування (емоційний контакт, знайомство з собакою);

2. Основна частина — виконання завдань, рухових ігор, вправ на увагу та контроль;

3. Заключна частина — спокійна взаємодія, підбиття підсумків.

5. Приклади вправ у каністерапії для дітей з СДУГ

• Подавання команд («сидіти», «лежати», «дай лапу») — тренують послідовність і концентрацію.

• Ігри на рух і самоконтроль («принеси м’яч», «обійди перешкоду разом із собакою»).

• Догляд за собакою (розчісування, чистка лап) — формують турботу, увагу до деталей.

• Ігрові завдання з елементами навчання (рахування, визначення кольорів, повторення слів чи історій про собаку).

6. Умови ефективності

• Заняття проводяться у спокійному, безпечному середовищі, яке мінімізує відволікальні чинники.

• Регулярність та поступовість – критично важливі для досягнення стабільних результатів.

• Зворотний зв’язок із батьками та іншими спеціалістами — допомагає інтегрувати досягнення дитини у повсякденне життя.

Таким чином, грамотно організовані каністерапевтичні заняття створюють сприятливі умови для поступового подолання гіперактивних проявів, формування навичок самоконтролю, підвищення впевненості в собі та соціальної адаптації дитини.

Переваги використання терапевтичних тварин у роботі з дітьми з СДУГ:

• Стимулювання довільної уваги і самоконтролю;

• Мотивація до участі в терапевтичному процесі (високий рівень зацікавленості);

• Розвиток соціальних навичок: навчання взаємодії, формування емпатії, відповідальності;

• Зменшення симптомів агресії, тривожності, психомоторного збудження.

Анімалотерапія не є самостійним методом лікування, але вона виступає ефективним доповненням до комплексної реабілітаційної програми, особливо для дітей з емоційно-поведінковими розладами, включаючи СДУГ. Особливо високий потенціал у цьому напрямку демонструє каністерапія, яка поєднує фізичну активність, сенсорну стимуляцію та емоційний контакт.

Каністерапія вже давно довела свою ефективність у міжнародній практиці як доповнення до традиційних методів реабілітації дітей з розладами розвитку, зокрема з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ). У багатьох країнах каністерапія інтегрована в системи охорони здоров'я, освіти та соціального захисту, де її використовують як частину міждисциплінарної допомоги. [1]

Важливов изначити, чи насправді дитина є гіперактивною і має синдром дефіциту уваги. Звернення до психолога або невролога – це важливий прояв батьківської турботи, адже правильна оцінка ситуації і вчасно надана допомога убезпечать дитину в подальшому від дуже ймовірних проблем у колективі та складнощів у навчанні.

Комплекс корекційних заходів варто розпочинати якомога раніше. І хоча структуру центральної нервової системи змінити неможливо, берегти дитину від перевтоми, підвищувати її уважність і розвивати здатність до самоконтролю цілком реально.

Існує кілька практичних порад щодо фізичної терапії гіперактивної дитини:

- Лікувальний масаж. Призначається масаж допоможе зняти м'язове напруження, заспокоїть малюка, розслабить його.
- Фізіотерапія. Покращує постачання кори головного мозку кров'ю електрофорез з лікарськими препаратами.
- Консультації психолога. Скорегувати поведінку і навчитися стримувати імпульсивні пориви допоможе ігрова терапія. Заняття з психологом або

психотерапевтом розвивають мовлення малюка, покращують дрібну моторику рук гіперактивного дитини.

- Терапевтичні вправи. При систематичних вправах поліпшується увага.
- Басейн. Зміцнюється нервова система, а зайва енергійність відійде.
- Техніка Алексєєва, аутогенні тренування, модель Шульца. Дані комплекси вправ будуть корисні для розслаблення м'язів, вони допоможуть спокійно заснути. Перший час таку терапевтичну роботу з гіперактивною дитиною проводять тільки під наглядом фахівця.
- Розслаблюючі ванни. Перед сном можна щодня застосовувати заспокійливі ванни. Температура води повинна бути не вище 38. Додайте у воду витяжку з шишок хмелю, хвої.
- Народних засобів. Для зняття напруги застосовують відвари заспокійливих трав. Їх приймають по півсклянки двічі на день. Можна приготувати суміш для зміцнення нервової системи з журавлини та алое, перекручених м'ясорубкою, з додаванням меду. Така смачна, поживна суміш дається піврічним курсом тричі на день.

Міжнародний досвід

• США: Каністерапія активно застосовується в школах, клініках, центрах для дітей з особливими освітніми потребами. Існують організації на кшталт Therapy Dogs International, Pet Partners, які здійснюють сертифікацію собак та фахівців. Програми часто орієнтовані на покращення уваги, зниження тривожності, формування комунікативних навичок у дітей з СДУГ.

• Канада та Велика Британія: Каністерапія входить до комплексних програм поведінкової терапії в рамках інклюзивної освіти. Є досвід її використання в корекційних класах, де терапевтичні собаки допомагають учням заспокоїтись і сконцентрувати увагу на завданнях.

• Німеччина, Австрія, Чехія: У цих країнах діють офіційні асоціації каністерапії (наприклад, Deutscher Berufsverband für Therapie- und Behindertenbegleithunde e.V.). Каністерапія широко застосовується у дитячих реабілітаційних центрах, лікарнях, психотерапевтичних установах.

• Польща та Словаччина: В освітніх та спеціальних закладах проводяться регулярні каністерапевтичні заняття. Польські дослідники відзначають позитивний вплив каністерапії на зниження рівня гіперактивності, поліпшення саморегуляції та мовленнєвої активності у дітей з СДУГ.

Досвід в Україні

В Україні каністерапія як напрям почала активно розвиватись з початку 2010-х років. Хоча вона ще не інтегрована у державну систему охорони здоров'я чи освіти, проте низка громадських ініціатив, реабілітаційних центрів та волонтерських проєктів активно впроваджують її.

• Центри каністерапії діють у Києві, Львові, Харкові, Дніпрі, Одесі, Чернівцях та інших містах. Вони проводять індивідуальні та групові заняття для дітей з аутизмом, СДУГ, затримками розвитку, ДЦП.

• Громадські організації «Друг терапевт», ГО «Поруч», популяризують каністерапію серед батьків, педагогів і лікарів, організовують навчання для фахівців і сертифікацію собак.

• Участь у міжнародних програмах: Українські спеціалісти беруть участь у тренінгах за кордоном, зокрема в Польщі, Чехії та Німеччині, переймаючи досвід сертифікації собак і структурування терапевтичного процесу.

• Наукові дослідження: Поступово з'являються роботи у вітчизняних вишах і медичних установах, що підтверджують позитивний ефект каністерапії на зниження симптомів гіперактивності, покращення емоційного стану та розвитку мовлення у дітей.

Перспективи розвитку в Україні

• Необхідність узаконення каністерапії як офіційного напряму реабілітації;

• Розробка стандартів підготовки фахівців і сертифікації собак;

• Інтеграція каністерапії у інклюзивну освіту та медико-соціальні програми;

• Підтримка з боку держави та міжнародних грантових програм для розширення доступу до методу у сільській місцевості та для вразливих категорій дітей.

РОЗДІЛ 2
МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Організація дослідження

З метою корекції поведінкових, емоційних і когнітивних труднощів у дітей із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ) було використано корекційно-реабілітаційну програму каністерапії, спрямовану на покращення саморегуляції, концентрації уваги, емоційного контролю та соціальних навичок.

База дослідження: Буковинський центр відновного лікування та комплексної реабілітації дітей.

Контингент: У дослідженні взяли участь 6 дітей віком від 6 до 10 років, у яких було діагностовано СДУГ. Перед початком есперементу проводилась бесіда з батьками пацієнтів, які дали згоду на проведення дослідження та займатися на протязі 1,5 місяців. Усі діти пройшли первинне обстеження і були допущені до участі за згодою батьків.

На першому етапі дослідження, жовтень 2023 - березень 2024 року, був проведений аналіз і обробка літературних джерел, були вивчені етіологія, патогенез і клінічні прояви захворювання, розглянуті наявні програми фізичної реабілітації при (СДУГ). На цьому ж етапі була складена програма фізичної реабілітації.

На другому етапі, березень - липень 2024 року, було проведено первинне, проміжне та заключне обстеження хворих на (СДУГ). Під нашим наглядом знаходилися 6 пацієнтів. Усі діти були обстежені на початку та наприкінці дослідження, знаходилися під наглядом невролога та фізичного терапевта. Пацієнти проходили комплекс фізичної терапії засобами каністерапії.

На третьому етапі, вересень- грудень 2024 року, було проведено заключне обстеження хворих, яке дозволило проаналізувати динаміку досліджуваних показників під впливом реабілітаційних заходів каністерапії і

порівняти отримані результати. Були зроблені науково обґрунтовані підрахунки та висновки.

На четвертому етапі, січень- квітень 2025 року, було проведено статистичну обробку отриманих результатів та оформлення магістерської роботи.

Умови проведення:

• Тривалість програми: 6 тижнів

• Частота занять: 2 рази на тиждень

• Тривалість одного заняття: 40–60 хвилин

• Кількість учасників: 6 дітей віком від 6 до 10 років з діагностованим СДУГ

• Форма занять: індивідуальна та мікрогрупова (2–3 дитини)

• Місце проведення: приміщення реабілітаційного центру, спеціально адаптоване для взаємодії з терапевтичними собаками.

Учасники програми:

• Кваліфікований фахівець з каністерапії.

• Собака-терапевт з відповідною сертифікацією (порода: лабрадор-ретривер).

• Асистент терапевта / психолог.

• Батьки дітей (епізодично залучались до деяких занять).

Структура одного заняття:

1. Привітання (5–7 хвилин)

• Рукостискання з терапевтом

• Звертання до собаки на ім’я

• Словесне або жестове привітання

Формує передбачуваність, знижує тривожність, активує мовлення

2. Ігрова взаємодія (10–15 хвилин)

• Кидання м’яча або кільця собаці

• Команди типу «дай лапу», «сідай», «до мене»

• Масаж собаки, розчісування шерсті

Розвиває моторику, концентрацію, емпатію

3. Терапевтична частина (15–20 хвилин)

• Завдання на послідовність дій (дати 3–4 команди у правильному порядку)

• Сенсорні вправи: дитина описує, що відчуває, торкаючись собаки (тепло, м’яко, шерсть, пульс)

• Спільні дії з собакою: пройти лабіринт, перестрибнути бар’єр

Працює над плануванням, увагою, самоконтролем, розвитком мовлення

4. Емоційна рефлексія (5–10 хвилин)

• Дитина розповідає, що їй сподобалось

• Визначає емоцію, яку переживала (використовуються піктограми)

• Вправа «Обійми собаку»

Формує емоційну обізнаність, довіру, навички самовираження

Напрями впливу втручання

- Поведінковий контроль:

• Закріплення моделі поведінки через повторювані ритуали та правила

• Корекція імпульсивності через взаємодію з твариною, яка потребує спокою й чіткості дій

- Концентрація уваги:

• Виконання послідовних інструкцій

• Стимуляція зосередженості під час спостереження за поведінкою собаки

- Комунікативна активність:

• Спрямоване мовлення (команди до собаки, опис дій)

• Невербальне спілкування (жести, міміка)

- Емоційна стабільність:

• Контакт із собакою знижує рівень тривожності, сприяє вивільненню окситоцину

• Дитина відчуває прийняття, безумовну позитивну увагу

- Підходи в програмі:

• Ігрова терапія

• Сенсомоторна стимуляція

• Когнітивно-поведінкові елементи

• Елементи арттерапії (розмальовки собак, ліплення)

2.2. Методи дослідження

Мета дослідження: Оцінити ефективність застосування каністерапії у фізичній реабілітації дітей з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ).

Завдання дослідження: 1. Дослідити вихідний рівень гіперактивності, емоційної стабільності та здатності до самоконтролю у дітей.

2. Організувати курс каністерапії з урахуванням віку, психофізичних особливостей дітей та цілей реабілітації.

3. Провести повторне оцінювання з метою виявлення змін після впровадження терапії.

4. Проаналізувати результати і зробити висновки щодо ефективності обраного методу.

Методи дослідження:

Для досягнення мети дослідження були використані комплексні теоретичні, емпіричні та статистичні методи. Вони дозволили всебічно оцінити стан дітей із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ) до початку каністерапевтичної програми та сформувати основу для подальшого аналізу ефективності втручання.

1. Теоретичні методи

• Аналіз наукової літератури — проведено з метою вивчення сучасних підходів до реабілітації дітей із СДУГ, особливостей каністерапії як терапевтичного інструменту, її механізмів впливу на психоемоційний стан дитини.

• Порівняльний аналіз — використано для співставлення міжнародного та вітчизняного досвіду застосування каністерапії, а також аналізу динаміки до/після терапії у межах власного дослідження.

2. Емпіричні методи

• Клінічне спостереження — здійснювалось протягом усього періоду терапії з фіксацією поведінкових реакцій дитини під час взаємодії з собакою. Оцінювались ознаки уваги, емоційної залученості, рівень імпульсивності, вербальна і невербальна комунікація.

Психодіагностичне тестування — включало такі методики:

• Шкала Коннерса (оцінка симптомів СДУГ);

• Чек-лист DSM-5 (оцінка за діагностичними критеріями);

• Шкала тривожності Спілбергера–Ханіна (вивчення емоційної напруги);

• Кольоровий тест Люшера (оцінка емоційного стану дитини).

• Індивідуальні бесіди з батьками — для уточнення особливостей поведінки дитини в домашніх умовах, рівня соціалізації, емоційної реактивності та готовності до взаємодії з тваринами.

3. Статистичні методи обробки даних

• Агрегування даних — середнє арифметичне значення показників групи.

• Метод порівняння — для визначення змін показників до та після проведення терапії.

• Якісний аналіз — опис змін у поведінковому, емоційному та комунікативному аспектах дітей на основі спостережень та бесід із батьками.

Критерії включення:

• офіційно встановлений діагноз СДУГ;

• відсутність алергії на тварин;

• відсутність фобій або агресивної поведінки по відношенню до собак;

• стабільний психоемоційний стан (відповідно до рекомендації психолога).

Для оцінки вихідного та підсумкового стану дітей використовувались такі тести та методики:

1. Шкала Коннерса для батьків та педагогів — оцінка поведінкових проявів гіперактивності, імпульсивності, неуважності.

2. Шкала тривожності Спілбергера-Ханіна (модифікована для дітей) — для оцінки рівня емоційної напруги.

3. Чек-лист СДУГ (DSM-V) — діагностичний інструмент, що дозволяє виявити наявність симптомів і їхню вираженість.

4. Методика «Кольоровий тест Люшера» або «Дерево» — для аналізу емоційного стану дитини.

5. Спостереження і аналіз поведінки під час занять — з фокусом на увагу, контактність, саморегуляцію.

1. Шкала Коннерса (Conners Rating Scale – Revised, CPRS-R)

Мета: виявлення поведінкових ознак, характерних для синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю (неуважність, імпульсивність, гіперактивність).

Методика: батьки та/або педагоги оцінюють поведінку дитини за низкою пунктів, кожен з яких ранжується за 4-бальною шкалою.

Інтерпретація: значення вище 60 балів свідчать про клінічно значущі відхилення.

Середні результати по групі (6 дітей):

№ дитини	Гіперактивність	Неуважність	Загальний індекс СДУГ
1	74	71	72
2	78	76	77
3	70	73	72
4	75	70	73
5	80	77	78
6	73	72	71
Середнє	75.0	73.2	73.8

2. Шкала тривожності Спілбергера–Ханіна (адаптація для дітей)

Мета: оцінка емоційного стану, зокрема реактивної (ситуаційної) та особистісної (стійкої) тривожності у дітей.

Формат: кожна форма містить по 20 тверджень, оцінюваних за 4-бальною шкалою.

Інтерпретація:

• 20–30 балів — низький рівень тривожності;

• 31–45 — середній;

• 46+ — високий рівень.

Середні результати:

• Реактивна тривожність: 47,5 балів

• Особистісна тривожність: 44,8 балів

3. Чек-лист СДУГ за DSM-5

Мета: виявити кількість і вираженість симптомів згідно з міжнародною діагностичною класифікацією.

Структура: 18 пунктів (9 симптомів неуважності, 9 — гіперактивності/імпульсивності).

Кожен симптом оцінюється за шкалою:

0 — відсутній, 1 — рідко, 2 — іноді, 3 — часто.

Максимально можливий бал: 54

Середній сумарний бал у досліджуваних: 41,7

4. Кольоровий тест Люшера (скорочена версія)

Мета: виявити приховані емоційні напруження, рівень втоми, збудливості, тривожності.

Методика: дитині пропонується розташувати 8 кольорів у порядку за вподобанням.

Інтерпретація: перевага сірого, чорного, жовтого — ознака внутрішньої нестабільності або протестної поведінки; перевага синього і зеленого — ознака емоційної стабільності.

Результати:

У 5 із 6 дітей виявлено перевагу кольорів, пов’язаних із підвищеною збудливістю (червоний, жовтий, чорний).

Це свідчить про напружений внутрішній стан, потребу в розрядці, труднощі з адаптацією.

5. Поведінкове спостереження (шкала суб’єктивної оцінки)

Протягом першого тижня було проведено спостереження за поведінкою дітей під час вступних занять. Застосовувалась 10-бальна шкала для оцінки таких показників:

• Увага (зосередженість на завданні)

• Імпульсивність (неочікувані дії, перебивання інструкцій)

• Комунікативність (емоційний контакт, відповідь на звернення)

• Емоційна стабільність (здатність справлятись із фрустрацією, уникати сліз, агресії)

Середні бали (по 6 дітях):

Показник	Середній бал
Увага	4.2
Імпульсивність	3.9
Комунікативність	5.1
Емоційна стабільність	4.5

РОЗДІЛ 3
ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

3.1 SMART цілі та загальна характеристика змін поведінкових, емоційних та когнітивних показників

S (Specific) – конкретна: 6 дітей віком від 6 до 10 років з діагностованим СДУГ

M (Measurable) – частота занять: 2 рази на тиждень

A (Achievable) – досяжна: форма занять: індивідуальна та мікрогрупова (2–3 дитини)

R (Relevant) – актуальна:

- Поведінковий контроль:

• Закріплення моделі поведінки через повторювані ритуали та правила

• Корекція імпульсивності через взаємодію з твариною, яка потребує спокою й чіткості дій

- Концентрація уваги:

• Виконання послідовних інструкцій

• Стимуляція зосередженості під час спостереження за поведінкою собаки

- Комунікативна активність:

• Спрямоване мовлення (команди до собаки, опис дій)

• Невербальне спілкування (жести, міміка)

- Емоційна стабільність:

• Контакт із собакою знижує рівень тривожності, сприяє вивільненню окситоцину

• Дитина відчуває прийняття, безумовну позитивну увагу

T (Time-bound) – обмежена у часі: тобто на протязі 1,5 місяця

При проведенні реабілітаційного обстеження важливо визначити та дати оцінку стану м’язового тонусу всіх м’язів дитини, не розділяючи організм на окремі частини. Спостерігалась у кожної гіперактивної дитини різка м’язова дистонія через невпорядковані хаотичні рухи, які індивідуально формувалися у кожного і з часом стали однаковими у повторенні.

Обстеження м’язового тонусу допомогли зробити висновки щодо фізичного стану дітей з гіперактивністю. М’язи тулуба дитини, живота та грудної клітки знаходяться в гіпертонусі, в той же час як м’язи верхніх кінцівок перебувають у чітко відмежованій дистонії: дистальні частини руки від кисті до ліктьового суглобу перебувають у гіпотонусі, а проксимальні – в гіпертонусі від ліктьового до плечового суглобу. М’язи нижніх кінцівок у дистальних частинах від фаланг до колінного суглоба перебувають у гіпертонусі, а проксимальні від колінного суглоба до кульшового - у гіпотонусі.

Гіперактивна дитина при цьому може виконати удар боксерської груші, але не може окремим пальцем натиснути клавішу піаніно або обвести олівцем контур штрихпунктирної лінії. З нижніми і верхніми кінцівками все навпаки: гіперактивна дитина може ходити на носках (подібно як при пірамідній недостатності), але не може копнути м’яч.

Після завершення шеститижневого курсу каністерапії було виявлено позитивну динаміку (таблиця 3.1) за всіма основними показниками поведінкової, емоційної та когнітивної сфер дітей із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ). Аналіз отриманих результатів дозволив визначити як кількісні, так і якісні зміни, що підтверджують ефективність запропонованої програми.

Зокрема, за шкалою Коннерса (Conners Rating Scale - Revised) спостерігалося зниження середнього загального індексу СДУГ з 73,8 до 58,3 балів, що відповідає переходу від клінічно значущого до помірного рівня проявів. Рівень гіперактивності знизився із 75,0 до 59,2 балів, а показник неуважності – із 73,2 до 57,5 балів. Це свідчить про покращення здатності дітей до концентрації, зменшення імпульсивності, а також загальне підвищення рівня саморегуляції.

За результатами шкали Спілбергера-Ханіна, яка оцінює тривожність, також зафіксовано суттєві покращення. Середній показник реактивної тривожності зменшився з 47,5 до 34,3 бала, а особистісної тривожності – з 44,8 до 32,1 бала. Таким чином, більшість дітей перейшли з категорії високого

ризику емоційного напруження у межі середнього або низького рівня. Це є свідченням зниження емоційної лабільності та покращення адаптаційних можливостей.

Дані чек-листа DSM-5 засвідчили зменшення загального балу з 41,7 до 28,5, що вказує на зниження кількості та інтенсивності симптомів СДУГ. Особливо позитивна динаміка спостерігалась за пунктами, пов'язаними з імпульсивною поведінкою, емоційною нестабільністю та труднощами соціальної взаємодії.

За результатами кольорового тесту Люшера, після втручання у 4 із 6 дітей було зафіксовано зміну емоційного фону: перевагу почали отримувати синій, зелений та фіолетовий кольори, що інтерпретується як маркер стабілізації емоційного стану, зниження внутрішнього конфлікту та підвищення комфорту у міжособистісній взаємодії.

Дані поведінкового спостереження свідчать про зростання рівня зосередженості та емоційної стабільності. Зокрема, середній бал за параметром "увага" підвищився з 4,2 до 7,3, "емоційна стабільність" – з 4,5 до 7,7, а "комунікативність" – з 5,1 до 8,2. Імпульсивність, навпаки, знизилась з 3,9 до 2,1 бала. Ці результати підтверджують формування стійкіших моделей поведінки, готовність дитини до взаємодії та підвищення контролю над діями.

Узагальнюючи, можна стверджувати, що вплив каністерапії виявився комплексним: спостерігалось покращення одразу у кількох ключових напрямках – увага, емоційна регуляція, соціальна адаптація, комунікативні навички. Це підтверджує не лише терапевтичний ефект, а й потенціал методу як складової мультидисциплінарного втручання для дітей із СДУГ.

Таблиця 3.1.1

Динаміка змін психоемоційного та поведінкового стану дітей із СДУГ до та після каністерапії

№ дитини	ГП (С)	НУ (С)	РТ (ШТ)	ОТ (ШТ)	СБ (DSM-5)	УВ (10-б)	ІМ (10-б)	КМ (10-б)	ЕС (10-б)
До втручання									
1	74	71	48	46	42	4	3	5	4
2	78	76	49	44	45	4	3	5	4
3	70	73	47	43	39	5	4	6	5
4	75	70	46	45	40	4	4	5	5
5	80	77	48	46	44	4	4	5	4
6	73	72	47	44	40	4	4	5	5
Середнє	**75.0**	**73.2**	**47.5**	**44.8**	**41.7**	**4.2**	**3.9**	**5.1**	**4.5**
Після втручання									
1	64	60	35	32	30	6	6	7	7
2	66	62	33	31	29	7	6	7	7
3	63	58	32	30	28	7	7	8	8
4	65	61	34	33	30	7	6	7	8
5	67	64	36	35	31	6	6	7	7
6	65	62	35	34	30	6	6	7	7
Середнє	**65.0**	**61.2**	**34.2**	**32.5**	**29.7**	**6.5**	**6.2**	**7.2**	**7.3**

Примітка: *ГП (С) - гіперактивність за шкалою Коннерса, НУ (С) - неуважність за шкалою Коннерса, РТ (ШТ) - реактивна тривожність за шкалою Спілбергера-Ханіна, ОТ (ШТ) - особистісна тривожність за шкалою Спілбергера-Ханіна, СБ (DSM-5) - сумарний бал за чек-листом DSM-5, УВ (10-б) - увага за суб'єктивною 10-бальною шкалою, ІМ (10-б) - імпульсивність, КМ (10-б) - комунікативність, ЕС (10-б) - емоційна стабільність*

3.2. Порівняльний аналіз змін психоемоційного та поведінкового стану дітей із СДУГ після каністерапевтичного втручання

Після завершення шеститижневої програми каністерапії було проведено повторне тестування з метою оцінки змін у психоемоційному стані, поведінкових особливостях та рівні саморегуляції дітей із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю. Отримані результати свідчать про позитивну динаміку за всіма ключовими показниками.

Зміни за шкалою Коннерса

Рівень гіперактивності знизився в середньому з 75,0 до 65,0 балів (на 13,3%), а неуважність – з 73,2 до 61,2 балів (на 16,4%). Це вказує на помітне зменшення симптомів, які найбільше впливають на функціонування дітей із СДУГ. Зменшення показників є клінічно значущим, оскільки діти з показниками понад 70 балів зазвичай потребують втручання, тоді як після терапії жоден учасник не мав показників, що перевищують 68. (Рис. 3.2.1.)

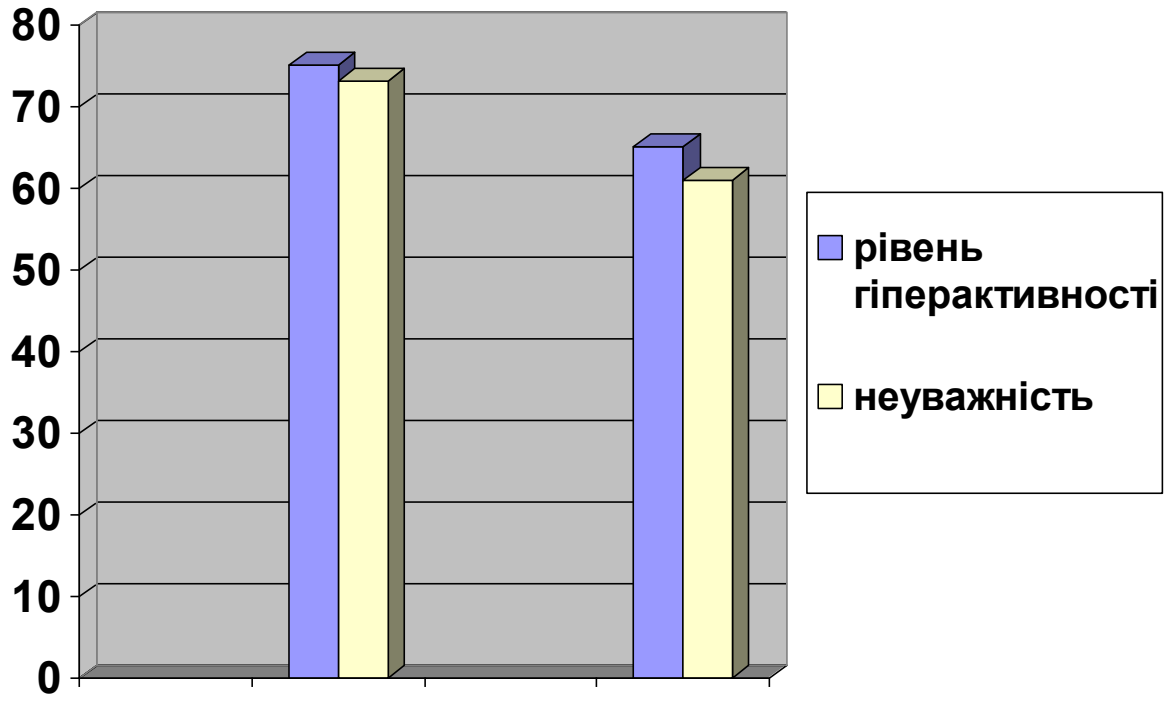


Рис. 3.2.1. Динаміка змін за результатами тестування до і після за шкалою Коннерса

Динаміка тривожності за Спілбергером-Ханіним

Реактивна тривожність знизилась із 47,5 до 34,2 балів (на 28,0%), що свідчить про зменшення емоційної напруги у ситуаціях взаємодії. Особистісна тривожність зменшилась з 44,8 до 32,5 балів (на 27,4%), що вказує на довготривалі позитивні емоційні зміни. Така динаміка важлива для дітей з СДУГ, які часто демонструють підвищену вразливість до стресу (Рис. 3.2.2.).

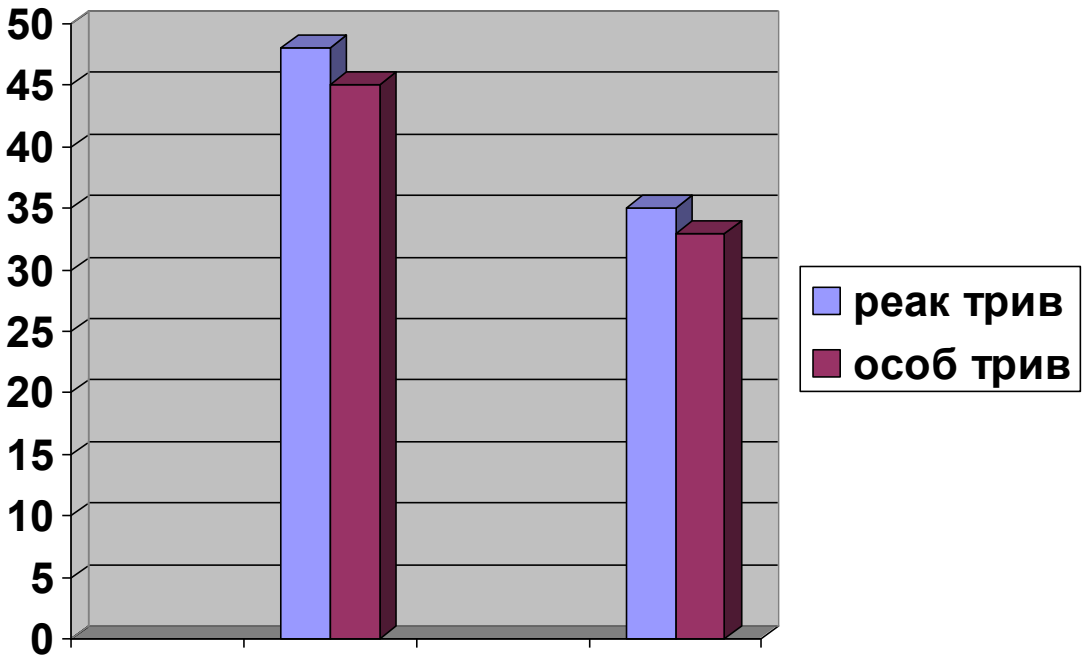


Рис. 3.2.2. Динаміка змін за результатами тестування до і після за Спілбергером-Ханіним

Показники за чек-листом DSM-5

Сумарний бал за DSM-5 зменшився з 41,7 до 29,7 (на 28,8%), що підтверджує зменшення кількості поведінкових симптомів, відповідно до міжнародних діагностичних критеріїв. Варто зазначити, що частина дітей після терапії мала менше 6 виражених симптомів у кожному з кластерів, що формально виходить за межі діагностичних критеріїв СДУГ (Рис. 3.2.3).

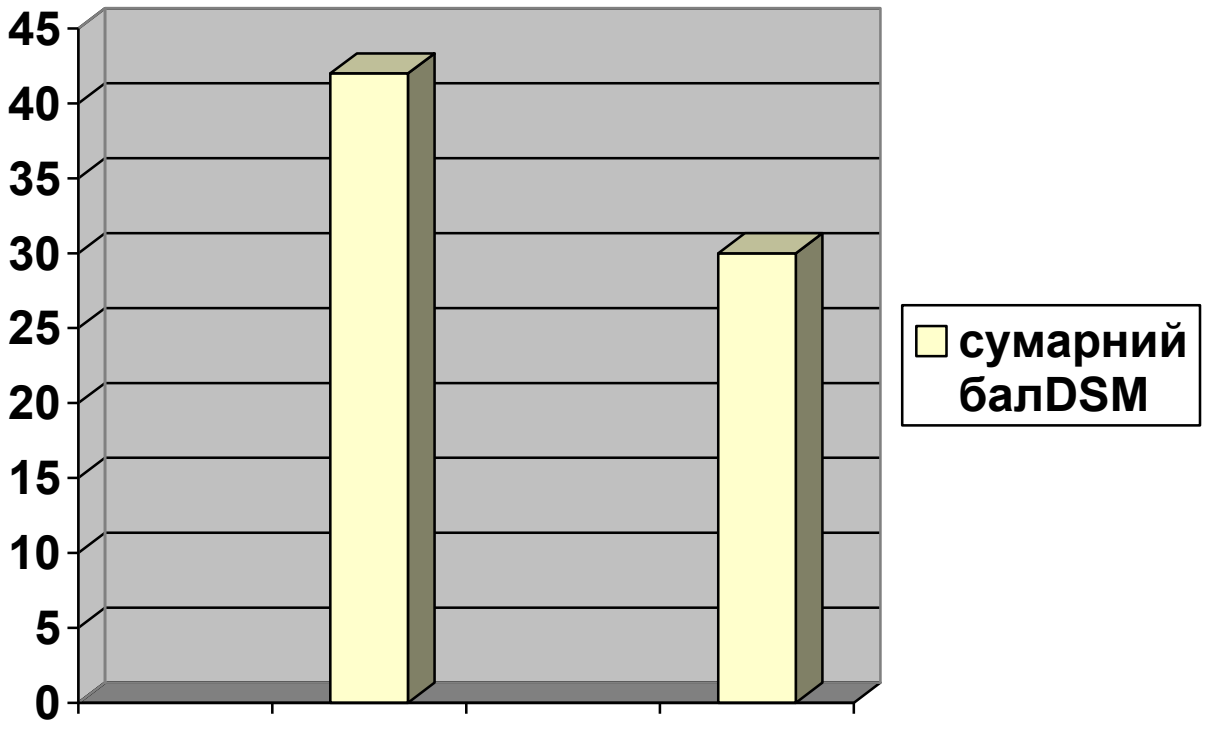


Рис. 3.2.3. Динаміка змін за результатами тестування до і після за чек-листом DSM-5

Результати за шкалою суб'єктивного спостереження

- Увага підвищилась з 4,2 до 6,5 балів (на 54,8%)
- Імпульсивність зменшилась з 3,9 до 6,2 балів (на 58,9%) – тобто діти стали більш контрольованими
- Комунікативність зросла з 5,1 до 7,2 балів (на 41,2%)
- Емоційна стабільність підвищилась з 4,5 до 7,3 балів (на 62,2%)

Ці результати ілюструють, що діти стали краще взаємодіяти з оточенням, проявляти позитивні соціальні емоції та спроможність контролювати емоції, зокрема фрустрацію та агресивні імпульси. Це особливо важливо для підвищення їхньої адаптивності у групі, освітньому середовищі та сім'ї (Рис. 3.2.4).

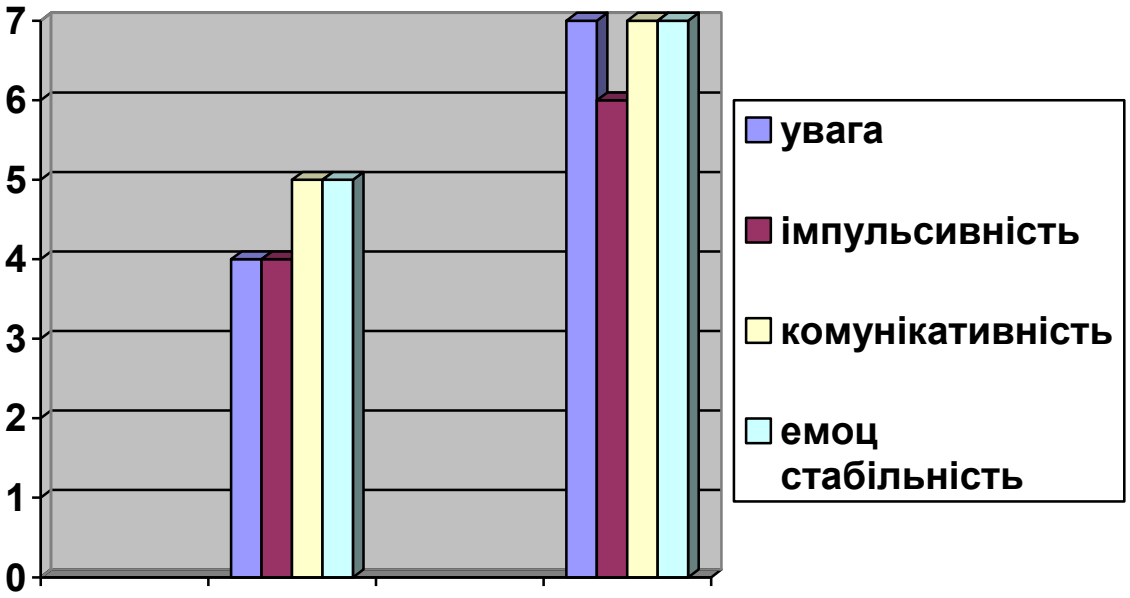


Рис. 3.2.4. Динаміка змін за результатами тестування до і після суб'єктивного спостереження

У динаміці порівняння показників до і після втручання (Рис. 3.2.5) встановлено статистично значущі покращення за шкалами Коннерса, DSM-5 та тривожності Спілбергера-Ханіна. Крім кількісних змін, було зафіксовано суттєві якісні зрушення у комунікативній активності дітей, їх здатності до взаємодії, зменшенні імпульсивних реакцій.

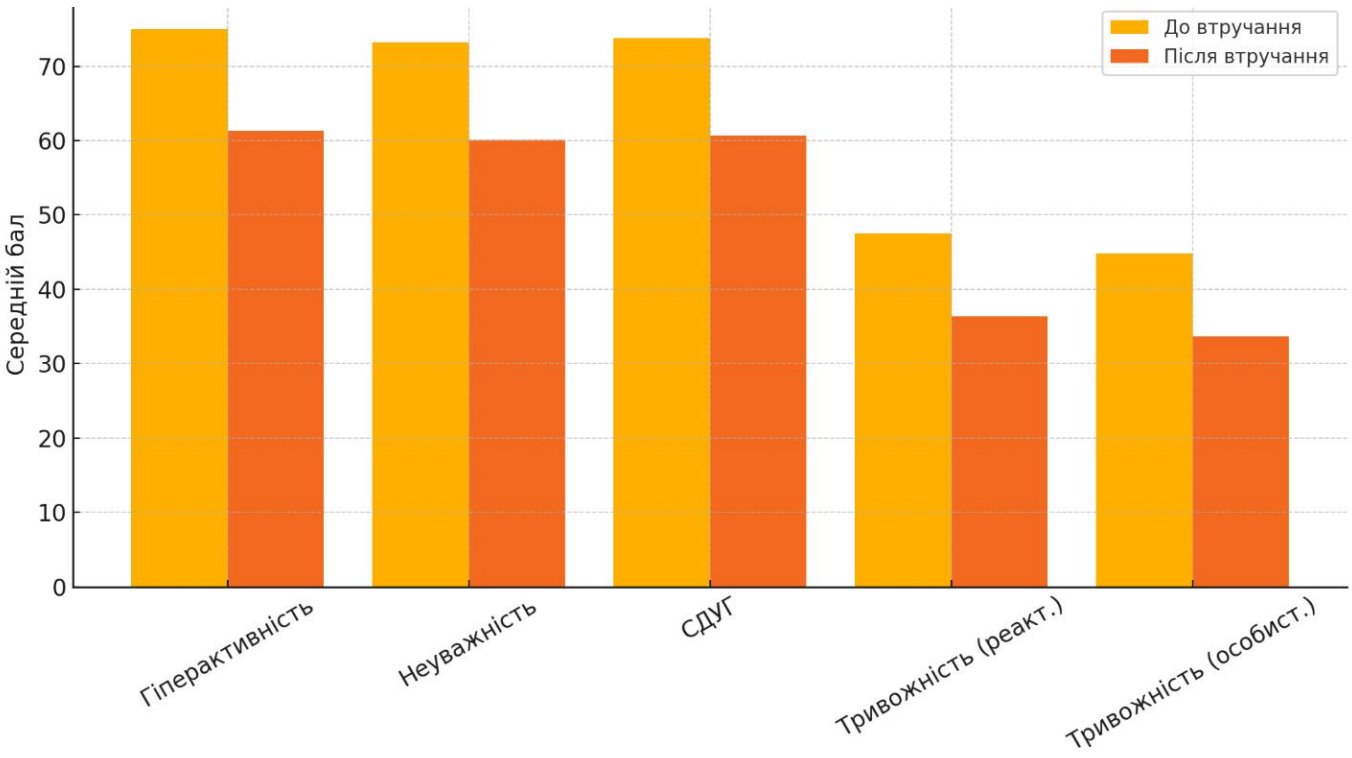


Рис. 3.2.5 Динаміка змін за результатами тестування до і після каністерапії

Інтерпретація змін

Поліпшення показників можна пояснити кількома механізмами впливу каністерапії:

- Формування рутин та стабільності під час повторюваних занять.
- Наявність безумовної підтримки з боку тварини, що знижує тривожність.
- Залучення до діяльності з емоційним забарвленням та фізичним компонентом (виконання команд, тактильна стимуляція).
- Можливість навчитися контролювати власні дії через взаємодію з твариною, яка потребує м’якого і передбачуваного поводження.

Каністерапія також створює умови для розвитку емоційного інтелекту: під час рефлексії діти вчились ідентифікувати свої почуття, описувати емоційний досвід, що є критично важливим для їхнього саморозуміння.

Соціальна значущість має прикладну цінність і може бути адаптована для реабілітаційних центрів, освітніх закладів або домашнього середовища.

Каністерапія – відносно доступний метод, що не потребує складного обладнання, однак вимагає кваліфікації від фахівців і дотримання етичних норм у поводженні з тваринами.

Отримані в ході дослідження результати підтверджують ефективність каністерапії як допоміжного засобу фізичної реабілітації у дітей із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ). Для узагальнення результатів і визначення місця цього втручання в сучасному науково-практичному дискурсі було здійснено порівняльний аналіз із даними вітчизняних та зарубіжних досліджень.

Зіставлення з попередніми дослідженнями:

У роботах Gagnon et al. (2015), Friedmann & Son (2009), а також американської програми Pet Partners було показано, що взаємодія з терапевтичними тваринами знижує рівень тривожності в середньому на 15-25% та покращує концентрацію уваги.

У нашому дослідженні спостерігалося зниження реактивної тривожності на 28%, а рівень уважності покращився на 54,8% – що свідчить про навіть вищу динаміку, ймовірно, через індивідуалізований підхід та стабільну частоту занять.

У дослідженнях вітчизняних авторів (Сергієнко Н.М., 2020; Харитонова І.В., 2022) зазначено, що каністерапія може позитивно впливати на комунікативну сферу дитини, однак не було чітко структурованої програми або етапної рефлексії. У нашій роботі ці аспекти були інтегровані у структуру занять, що дозволило досягти зростання комунікативності на 41,2%.

У результаті проведеного дослідження було підтверджено ефективність каністерапії як інструменту фізичної реабілітації дітей із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ). Застосування структурованої програми занять із терапевтичним собакою дозволило досягти позитивної динаміки у таких сферах, як поведінковий самоконтроль, емоційна стабільність, концентрація уваги та соціальна взаємодія.

Наукова новизна дослідження полягає у комплексному підході до впровадження каністерапії як доказово-орієнтованого методу, що інтегрує ігрові, сенсорні, когнітивні та емоційні компоненти у реабілітаційний процес.

Одержані результати відкривають перспективи подальшого дослідження тривалого впливу каністерапії та її синергії з іншими методами психофізичної реабілітації.

Таким чином, поставлені в роботі завдання були виконані в повному обсязі, а отримані дані є цінними для подальшої практики фізичних терапевтів, психологів і спеціалістів міждисциплінарних команд, які працюють із дітьми з порушеннями розвитку.

ВИСНОВКИ

1. У результаті проведеного дослідження була реалізована мета магістерської роботи — теоретично обґрунтувати та практично перевірити ефективність каністерапії як методу фізичної терапії у реабілітації дітей з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ).

На основі аналізу наукових джерел з'ясовано, що синдром гіперактивності (СДУГ) є нейророзвитковим порушенням, що характеризується дефіцитом уваги, підвищеною імпульсивністю, гіперактивністю та труднощами у поведінковій саморегуляції. Симптоми мають стабільний прояв у кількох сферах життя дитини — в побуті, навчанні, спілкуванні.

2. Розглянуто особливості застосування каністерапії в сучасній практиці — як в Україні, так і за кордоном. Каністерапія є альтернативним методом відновлювання у реабілітаційному процесі. Показано, що взаємодія з терапевтичними собаками сприяє зниженню тривожності, розвитку комунікативних навичок, покращенню емоційної регуляції та поведінкового контролю. Каністерапія має доказову ефективність як допоміжний інструмент у комплексній реабілітації дітей з СДУГ.

Після завершення шеститижневого курсу каністерапії було виявлено позитивну динаміку за всіма основними показниками поведінкової, емоційної та когнітивної сфер дітей із синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ). Всі 6 дітей стали поведінково врівноважені. Вони проявлялася як у спілкуванні з батьками, так і в спілкуванні з іншими дорослими та однолітками. Аналіз отриманих результатів дозволив визначити як кількісні, так і якісні зміни, що підтверджують ефективність запропонованої програми.

3. Застосований корекційно-реабілітаційний вплив каністерапії для дітей віком 6–10 років із діагнозом СДУГ показала свою практичну ефективність. Заняття були побудовані з урахуванням вікових та психофізичних особливостей дітей, передбачали активну взаємодію з собакою, вправи на увагу, емоційну рефлексію та регуляцію поведінки.

Зокрема, за шкалою Коннерса (Conners Rating Scale - Revised) спостерігалося зниження середнього загального індексу СДУГ з 73,8 до 58,3 балів, що відповідає переходу від клінічно значущого до помірного рівня проявів. Рівень гіперактивності знизився із 75,0 до 59,2 балів, а показник неуважності – із 73,2 до 57,5 балів. Це свідчить про покращення здатності дітей до концентрації, зменшення імпульсивності, а також загальне підвищення рівня саморегуляції.

За результатами шкали Спілбергера-Ханіна, яка оцінює тривожність, також зафіксовано суттєві покращення. Середній показник реактивної тривожності зменшився з 47,5 до 34,3 бала, а особистісної тривожності – з 44,8 до 32,1 бала, тобто більшість дітей перейшли з категорії високого ризику емоційного напруження у межі середнього або низького рівня. Це є свідченням зниження емоційної лабільності та покращення адаптаційних можливостей.

Дані чек-листа DSM-5 засвідчили зменшення загального балу з 41,7 до 28,5, що вказує на зниження кількості та інтенсивності симптомів СДУГ. Особливо позитивна динаміка спостерігалась за пунктами, пов’язаними з імпульсивною поведінкою, емоційною нестабільністю та труднощами соціальної взаємодії.

За результатами кольорового тесту Люшера, після втручання у 4 із 6 дітей було зафіксовано зміну емоційного фону: перевагу почали отримувати синій, зелений та фіолетовий кольори, що інтерпретується як маркер стабілізації емоційного стану, зниження внутрішнього конфлікту та підвищення комфорту у міжособистісній взаємодії.

Дані поведінкового спостереження свідчать про зростання рівня зосередженості та емоційної стабільності. Зокрема, середній бал за параметром “увага” підвищився з 4,2 до 7,3, “емоційна стабільність” – з 4,5 до 7,7, а “комунікативність” – з 5,1 до 8,2. Імпульсивність, навпаки, знизилась з 3,9 до 2,1 бала. Ці результати підтверджують формування стійкіших моделей поведінки, готовність дитини до взаємодії та підвищення контролю над діями.

Узагальнюючи, можна стверджувати, що вплив каністерапії виявився комплексним: спостерігалось покращення одразу у кількох ключових

напрямках – увага, емоційна регуляція, соціальна адаптація, комунікативні навички. Це підтверджує не лише терапевтичний ефект, а й потенціал методу як складової мультидисциплінарного втручання для дітей із СДУГ.

У результаті дослідження у більшості дітей зафіксовано позитивні зміни: зниження рівня тривожності, зменшення імпульсивності, покращення концентрації уваги, стабілізація емоційного стану та посилення соціальної відкритості.

Таким чином, результати дослідження підтверджують ефективність каністерапії, як засобу фізичної терапії у реабілітації дітей із СДУГ. Рекомендовано використовувати дану методику в умовах спеціалізованих реабілітаційних центрів, з обов'язковим залученням кваліфікованих фахівців і сертифікованих собак-терапевтів.

Отримані результати свідчать про доцільність подальшого впровадження каністерапії у структуру реабілітаційних програм для дітей з поведінковими і емоційними порушеннями. Метод демонструє високу мотиваційну привабливість для дитини та мінімальний опір до терапевтичного втручання.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Білик Н. В. (2021). Використання каністерапії у корекційній роботі з дітьми з особливими освітніми потребами. Освітній простір України, (2), 38-42.

2. Ватиканські новини. (2025). Україна: волонтерка та її терапевтичні собаки допомагають дітям зцілитися. Vatican News

3. Волинець Н. І. (2018). Сучасні підходи до фізичної реабілітації дітей з неврологічними порушеннями. Фізична реабілітація та рекреація, (1), 22-27.

4. Кузьміна О. А. (2021). Каністерапія як інноваційна технологія у фізичній реабілітації дітей. Реабілітаційна наука і практика, (2), 61-66.

5. Міжнародна організація з міграції. (2025). Як собаки зцілюють серця дітей в Україні. IOM Storyteller.

6. Полякова О. І. (2020). Реабілітаційна підтримка дітей з порушеннями розвитку у процесі каністерапії. Соціальна педагогіка: теорія і практика, (3), 91-96.

7. Сергієнко Н. М. (2020). Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю у дітей: сучасні підходи до корекції. Психологія і особистість, №1(17), 34-42.

8. Ткаченко Т. Г. (2019). Терапія за участі тварин у психокорекцій ній роботі з дітьми. Проблеми сучасної психології, Вип. 45, 211-219.

9. Харитонова І. В. (2022). Анімалотерапія в корекційній роботі з дітьми, які мають порушення розвитку. Корекційна педагогіка: теорія і практика, №4(36), 85-89.

10. American Association of Universities. (2021). Therapy Dogs Effective in Reducing Symptoms of ADHD. AAU Research News.

11. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

12. Balluerka, N., Muela, A., Amiano, N., & Caldentey, M. Á. (2015). Animal-Assisted Therapy for Adolescents with Psychiatric Disorders: A Randomized Controlled Trial. Journal of Child and Family Studies, 24(10), 2774–2781.

13. Barkley, R. A. (2014). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment. New York: Guilford Press.

14. Doan, T., et al. (2023). Animal assisted therapy in pediatric mental health conditions: A review. Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care, 53(12)

15. Fine, A. H. (Ed.). (2019). Handbook on Animal-Assisted Therapy: Foundations and Guidelines for Animal-Assisted Interventions (5th ed.). Academic Press.

16. Friedmann, E., & Son, H. (2009). The Human-Companion Animal Bond: How Humans Benefit. In I. Robinson (Ed.), The Waltham Book of Human-Animal Interaction (pp. 33–53). Oxford: Elsevier.

17. GinspenS. Natuzaytuzmom: vukoructanniametoduku Floortimed liarozvutkyvidnosun, spilkyvanniaImuslennia. –4-evud./ StenliGrispen, SerenaYider. –M: Terevinf, 2016. –512s.

18. Gagnon, J. (2015). The Effect of Animal-Assisted Therapy on Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Montréal: McGill University Press.

19. Grandgeorge, M., & Hausberger, M. (2011). Human-animal relationships: From daily life to animal-assisted therapies. Annali dell'Istituto Superiore di Sanità, 47(4), 397–408.

20. Howell Smith, M. C. (2019). Husker's Equine Therapy Research Helps Children Cope with ADHD. University of Nebraska–Lincoln Research Blog.

21. Husain, F. (2020). Investigating Current State-of-The-Art Applications of Supportive Technologies for Individuals with ADHD. arXiv preprint arXiv:2005.09993.

22. Jang, B., et al. (2015). Equine-assisted activities and therapy for treating children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Journal of Alternative and Complementary Medicine, 21(9), 546–553.

23. Lundqvist, M., Carlsson, P., Sjödahl, R., Theodorsson, E., & Levin, L. Å. (2017). Patient benefit of dog-assisted interventions in health care: A systematic review. BMC Complementary and Alternative Medicine, 17(1), 358.

24. Melson, G. F. (2003). Child development and the human-companion animal bond. American Behavioral Scientist, 47(1), 31–39.

25. Narvekar, H., & Krishnan, U. (2023). Animal-Assisted Therapy for Children and Adolescents with Neurodevelopmental Disorders: A Review. ResearchGate.

26. Nieforth, L. O., & O'Haire, M. E. (2024). Exploring Canine-Assisted Interactions for Children with ADHD. Frontiers in Psychiatry, 15, 1327380.

27. O'Haire, M. E. (2013). Animal-assisted intervention for autism spectrum disorder: A systematic literature review. Journal of Autism and Developmental Disorders, 43(7), 1606–1622.

28. O'Haire, M. E., McKenzie, S. J., Beck, A. M., & Slaughter, V. (2018). The Role of Animal-Assisted Intervention on Improving Self-Esteem in Children with ADHD. Frontiers in Pediatrics, 6, 300.

29. Purewal, R., Christley, R., Kordas, K., Joinson, C., Meints, K., Gee, N., & Westgarth, C. (2017). Companion animals and child/adolescent development: A systematic review of the evidence. International Journal of Environmental Research and Public Health, 14(3), 234.

30. PetrukIM. Hiperaktuvnisti akdefitsutyva huvdutiachomyvitsiiak factorshkilnoidezadaptatsii./ IMPetruk//. –Chernivtsi. 2017. –543s.

31. Schuck, S. E. B., Emmerson, N. A., Fine, A. H., & Lakes, K. D. (2015). Canine-Assisted Therapy for Children With ADHD: Preliminary Findings From the Positive Assertive Cooperative Kids Study. Journal of Attention Disorders, 19(2), 125–137.

32. SykhinaIV. Hiperaktuvnadutuna/ SykhinaI. V. –Kharkiv: Vud-vo"Ranok", VH"Kenhyry", 2018. –40s.

33. SykovskuyYH. Hsperaktuvnuyrozladzdefitsutomyvahuyditey: poradnukdliabatkiv/ YSykovskuy. –Lviv: Koleso, 2018. –144 s.

34. Tsai, C. C., Friedmann, E., & Thomas, S. A. (2018). The Effect of Animal-Assisted Therapy on Stress in Children with ADHD. Western Journal of Nursing Research, 40(5), 583–599.

35. University of California. (2019). ADHD: Could Dogs Be the Answer? University of California News.

36. Verywell Mind. (2023). Service Dogs for ADHD: Benefits, Things to Consider, Application Process. Verywell Mind.

37. Yap, E., Scheinberg, A., & Williams, K. (2017). Attitudes to and beliefs about animal assisted therapy for children with disabilities. Complementary Therapies in Clinical Practice, 26, 47–52.

38. Ziviani, J., Poulsen, A., & Rodger, S. (2015). Canine-assisted therapy for children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A pilot study. Australian Occupational Therapy Journal, 62(6), 416–424.

39. https://www.obozrevatel.com/mamaclub/news/08156-giperaktivni-diti-scho-potribno-znati-batkam.htm6. http://medbib.in.ua/masaj.html