

системи вищої освіти та студентів українських вишів у процесах академічної мобільності.

Список використаних джерел

1. Бльомерс В., Романенкова Л. Від Болоньї до Запоріжжя: академічні шляхи до інклюзивної Європи: Монографія. – Запоріжжя: Вид-во ЗДМУ, 2009. – 340 с.
2. Болонський процес: перспективи і розвиток у контексті приєднання до Європейського простору вищої освіти: Монографія / За ред. В.М. Бебика. – К.: МАУП, 2004. – 200 с.
3. Діалектика вищої освіти: трансформація від декларації до реалізації: Навч. посібник / Головка В.О. та інші. – Харків: Еспада, 2009. – 304 с.
4. Коваленко О. Один з принципів Болонського процесу – мобільність студентів у Європейському просторі. – Освіта України. – 2006. – 20 січня (№ 5). – С. 5.
5. Основні засади вищої освіти України. Ч.4 / За ред. І.О. Вакрчука. Упоряд.: В.Д. Шинкарук, Я.Я. Болюбаш, І.І. Бабін. – К.: Вид-во НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2008. – 173 с.
6. Пащенко С.Ю. Європейські стандарти методичної та психолого-педагогічної підготовки магістрів. – Вища освіта України. Теоретичний і науково-методичний часопис. – К.: Вид-во КНУ. – Т.1. – Додаток 3. – 2008.
7. Пащенко С.Ю., Романенкова Л.О. Запорізький національний університет у контексті європейського освітнього простору. – Вісник ЗНУ; Серія “Педагогічні науки”. – 2007. – № 2. – С. 130-138.
8. Focus on the Structure of Higher Education in Europe 2006/07. National Trends in the Bologna Process, EURYDICE. – Brussels, 2007.
9. http://www.bmbf.de/pub/London_Communique_Bologna_e.pdf

The article is devoted to the problem of the Ukrainian higher education integration into the European and worldwide educational space through the participation of the professors and students of the Ukrainian Higher Educational Establishments in the processes of academic mobility inside international academic projects.

Keywords: integration, international academic projects, mobility, higher school, students, lecturers, Bologna process, European academic space, international academic program ERASMUS-MUNDUS, mastery, social inclusion.

Отримано: 2.03.2010

УДК 159.922.76:616.89

О.М.Перепада

Синдром дефіциту уваги та гіперактивності як медико-психологічна проблема

Розглянуто питання особливостей перебігу синдрому дефіциту уваги та гіперактивності (СДУГ), його діагностики та корекції в Європі та США. Окреслено проблеми вчасного виявлення та комплексної корекції СДУГ в Україні. Визначено роль психологічної служби системи освіти в ранній діагностиці та своєчасній корекції захворювання.

Ключові слова: гіперактивність, імпульсивність, розлад уваги, синдром дефіциту уваги та гіперактивності, поведінка.

Рассмотрены особенности протекания синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), его диагностики и коррекции в Европе и США. Очерчены проблемы своевременного обнаружения и комплексной коррекции СДВГ в Украине. Определена роль психологической службы системы образования в ранней диагностике и своевременной коррекции заболевания.

Ключевые слова: гиперактивность, импульсивность, расстройство внимания, синдром дефицита внимания и гиперактивности, поведение.

Постановка проблеми. Аналіз останніх досліджень і публікацій. Психічне здоров'я та психологічне благополуччя є фундаментальними складовими життя дитини, що дозволяють їй розкрити свій життєвий потенціал, стати соціально активними громадянами. Синдром дефіциту уваги та гіперактивності (СДУГ) є однією з основних проблем дитячої психіатрії в Європі та світі, успішність вирішення якої багато в чому визначає стан психічного здоров'я дитячо-підліткової популяції. З 60-х років в країнах Євросоюзу та США створювалась і до теперішнього часу вибудована струнка цілісна система медичної, психологічної та педагогічної допомоги дітям із СДУГ.

Ця система побудована на принципах доказової медицини, глибокої поваги до прав та особливих потреб таких дітей і спрямована на їхню повну соціальну, в тому числі шкільну реінтеграцію.

Проблема діагностики та корекції синдрому дефіциту уваги та гіперактивності (СДУГ) досить широко досліджена та висвітлена в зарубіжній науковій і популярній літературі країн Європи, США, але недостатньо – в Україні.

Національний координатор програми Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) "Психічне здоров'я" І. А. Марценковський на засіданні робочої групи Міністерства охорони здоров'я України з розробки вимог до програмно-цільового обслуговування дітей з найбільш поширеними формами психічних розладів, вказуючи на недоліки офіційної статистики Міністерства охорони здоров'я України стосовно відсутності інформації з означеного питання, заявив, що Міністерство охорони здоров'я не в змозі самостійно вирішити проблему охорони психічного здоров'я дітей із СДУГ, через неможливість надання ефективної допомоги цим дітям без урахування їх особливих потреб, пов'язаних з освітою. Він вважає, що без допомоги психологічних служб системи освіти цю проблему вирішити вкрай складно [8].

На даний момент у розвинених країнах СДУГ реєструється в 24% -40% школярів, проте в Україні досі відсутні епідеміологічні дані щодо поширеності СДУГ серед дітей.

Більш активно проводяться дослідження та докладаються зусилля до визначення шляхів корекції СДУГ в галузі медицини. В той час як психолого-педагогічний аспект проблеми досліджено недостатньо [2]. Проте, на нашу думку, саме практичним психологам дошкільних і загальноосвітніх навчальних закладів надається важлива першочергова роль у ранньому виявленні та подальшій корекції поведінки дітей із СДУГ.

Масові дослідження поширеності СДУГ серед дитячого населення України досі не проводилися, як і не створено цілісної мультимодальної програми корекції поведінки дітей з цим діагнозом, в якій були б враховані особливості розвитку психічних складових (увага, пам'ять, інтелект), використані нейропсихологічні прийоми їх розвитку; рівень соціалізації дитини, дитячо-батьківські стосунки в сім'ї, індивідуальні особливості дитини; соціальне середовище, в якому перебуває дитина в дошкільному навчальному закладі, в школі, в сім'ї, на вулиці тощо.

В Україні відсутні програми психологічної корекції поведінкових розладів, (які є ефективними при корекції поведінкових розладів, асоційованих із СДУГ) за місцем проживання чи навчання дітей з поведінковими розладами.

Отже, проблема психологічної діагностики СДУГ та побудови мультимодальної діагностичної та корекційної програм можна віднести до числа актуальних, теоретично та практично значимих завдань.

Мета дослідження. Проаналізувати основні підходи до вивчення СДУГ, окресливши роль і значення психологічної служби системи освіти в діагностиці та корекції цього захворювання.

Методи дослідження: аналіз і узагальнення наукової та науково-популярної літератури щодо особливостей перебігу СДУГ, методів його діагностування та шляхів корекції.

Виклад основного матеріалу дослідження. В 2004 р. Всесвітня асоціація дитячої та підліткової психіатрії та суміжних професій (ІАСАРАР) визнала розлад з дефіцитом уваги та гіперактивністю (РДУГ) проблемою номер один у сфері охорони здоров'я дітей та підлітків. За результатами міжнародних досліджень, ініційованих Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), було встановлено, що його поширеність коливається у різних країнах світу в діапазоні від 3 до 20%. За оцінками Американської асоціації психіатрів, РДУГ маніфестує у 4-12% дітей у віці від 6 до 12 років. Це означає, що кожна тридцята дитина шкільного віку має значні проблеми зі шкільною адаптацією, зумовлені дефіцитом уваги, імпульсивністю чи гіперактивністю [8].

В 1978 році в МКБ-9, а в 1980 в DSV – 3 СДУГ у дітей був вперше відокремлено як самостійний діагноз. При описі СДУГ у дітей в літературі часто зустрічається велика кількість термінів, що пояснюється в основному тим, що симптоматика захворювання дуже різноманітна, а термін, як правило, – виступає віддзеркаленням спеціальності автора. Проте всі автори сходяться в одному – такий стан існує, відзначається збільшення кількості захворювань на нього, його необхідно діагностувати, коректувати, а при необхідності – лікувати.

СДУГ – це комплексний хронічний розлад мозкових функцій, який виявляється в різних сферах функціонування і поведінки. Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю (мінімальна мозкова дисфункція, синдром рухової розгальмованості, синдром гіперактивності, гіперкінетичний синдром, гіпердинамічний синдром) є дуже поширеним розладом дитячого віку та виступає складною та вельми актуальною мультидисциплінарною проблемою [10].

На даний момент СДУГ виступає як найбільш поширений поведінковий розлад у дитячому віці, який характеризується тріадою симптомів: розладами уваги, гіперактивністю, імпульсивністю. Ці симптоми ведуть до порушень адаптації, що проявляється в різних ситуаціях і обстановці, незважаючи на відповідність рівня розумового розвитку дитини нормальним віковим показникам [3]. Крім перерахованих симптомів, багато авторів вказують на властиві даному синдрому агресивність, негативізм, впертість, неправдивість, а також низьку самооцінку (І. П.Брязгунов, Е. В.Касатікова, 2001, 2002, Л. О.Бадалян, 1993).

Симптоми СДУГ, як правило, починають помічати у дитини, починаючи з 3-4 річного віку, і завжди – до 7 років. Проте, коли така

дитина стає старшою та починає відвідувати школу, у неї виникають додаткові труднощі, оскільки шкільне навчання висуває нові більш високі вимоги до особистості дитини і його інтелектуальних можливостей. Ці характеристики проявляються у всіх ситуаціях і не змінюються з часом [15].

За результатами останніх досліджень, частота проявів СДУГ зростає з кожним роком. Доктор медичних наук, доцент кафедри дитячої неврології Російського державного медичного університету Н. Н. Заваденко пов'язує тенденцію зростання проявів СДУГ з поліпшенням його діагностики [10].

В походженні СДУГ грають роль генетичні механізми, несприятливі фактори у перебігу вагітності та пологів (недоношеність, хронічна гіпоксія плоду, внутрішні інфекції), психосоціальні фактори [13].

Більшість досліджень свідчать про наявність гендерних відмінностей. Так серед хлопчиків розлад зустрічається в 2-3 рази частіше, ніж серед дівчаток. На думку авторів, висока частота симптомів захворювання у хлопчиків може бути обумовлена більш високою вразливістю плоду чоловічого роду по відношенню до патогенетичних впливів під час вагітності і пологів [9, с.13]. А.Л.Сиротюк, не заперечуючи гендерної залежності, говорить, що дівчаткам властива інша, особлива форма розладу без гіперактивності. За даними І. П. Брязгунова і О.В. Касатикової, отриманими в ході дослідження 5300 дітей старшої і підготовчої груп дитячих садків, поширення розладу складає 20%, і відмінності за частотою захворювання серед хлопчиків і дівчаток не спостерігається зовсім [1].

Відомо, що у США гіперактивних дітей 4-20%, у Великій Британії – 1-3%, в Італії 3-10%, в Китаї – 1-13%, Австралії – 7-10% (Н. Н.Заваденко, 2000). Такі варіювання в статистиці пов'язані по-перше з міждисциплінарним характером досліджень СДУГ, по-друге з дозвільними можливостями основних тестів і методів діагностики захворювання.

Проблема діагностування та поведінкової корекції дітей, котрі страждають на СДУГ, є однією з найдосліджуваних у Європі та США. Ряд зарубіжних вчених досліджували її та суміжні проблеми, що виникають при цьому захворюванні: Н.Н.Заваденко, І.П. Брязгунов, О. В. Касатикова, Г. Моніна, О. Лютова-Робертс, Л. Чутко, О.І. Політика, О. В. Єфименко, О. Романчук, Є. Суковський та інші.

Так Н. Н.Заваденко, (2000), досліджуючи ГРДУ в дитячому віці, прийшов до висновку, що когнітивні та поведінкові розлади притаманні дитячій популяції, зберігаються майже у 70% підлітків

та більш ніж у 50% дорослих, котрим в дитинстві було встановлено діагноз СДУГ [9]. Додаткові складнощі внутрішньосімейної, шкільної і соціальної адаптації у дітей із СДУГ можуть бути пов'язані із формуванням супутніх (чи коморбідних) розладів, які часто розвиваються на фоні СДУГ як основного захворювання.

Визначено, що тривалі прояви неухвальної, імпульсивності та гіперактивності, провідних ознак СДУГ, часто ведуть до формування девіантної поведінки (І. П.Брязгунов, Е.В.Касатикова, 2001, Н.Н.Заваденко, 2000, В.Г.Кондратенко, 1998). В підлітковому віці у гіперактивних дітей рано розвивається потяг до алкоголю, наркотиків, що також сприяє розвитку делінквентної поведінки (І.П.Брязгунов, Е.В.Касатикова, 2001, Л.С.Чутко).

За матеріалами експертної комісії по СДУГ в Росії визначено, що за кордоном для діагностики СДУГ використовують опитувальники, які ґрунтуються на DSM – IV. В Росії – з психологічних методів використовуються, в основному, методики, спрямовані на дослідження сфери уваги (коректурна проба Bourdon-Vos; тест “кодування” з методики Векслера та тест Струпа), для оцінки вищих психічних функцій – нейропсихологічна методика А. Р. Лурія, адаптована для дитячого віку.

Діагностичний процес при СДУГ, який ґрунтується на DSM – IV, має декілька базових цілей: встановити діагноз СДУГ, коморбідних розладів; дослідити ситуацію в контексті сім'ї та соціального середовища (внутрішню та зовнішню інтраперсональну динаміку, наявність психотравмуючих факторів і захисних ресурсних чинників). Утім, встановлення діагнозу та досягнення розуміння ситуації через призму біопсихосоціальної моделі є не єдиними цілями діагностичного процесу. Іншою, надзвичайно важливою його метою є встановлення терапевтичної взаємодії з сім'єю та дитиною, встановлення партнерських стосунків, досягнення спільного бачення проблем, цілей і формування відповідного плану дій.

Діагностика СДУГ має передбачати:

- первинний скринінг вчителями та психологами загальноосвітніх шкіл, корекційними педагогами;
- первинну діагностику лікарями ланки первинної медичної допомоги дітям, дитячими неврологами;
- заключну діагностику дитячими лікарями-психіатрами;
- за потреби – психофізіологічне та нейропсихологічне обстеження.

Базовим методом діагностики СДУГ є клінічне інтерв'ю з батьками та дитиною, за результатами якого встановлюється відповідність виявлених клінічних симптомів діагностичним

критеріям МКХ-10. Оцінювання симптомів СДУГ можна проводити за допомогою оціночних шкал: Коннерса, оцінки розвитку та благополуччя дитини (The Development and Well-Being Assessment – DAWBA), контрольною таблиці дитячої поведінки (Child Behavior Checklist – CBCL), анкетного опитувальника сильних і слабких особливостей дитини (Strengths and Difficulties Questionnaire – SDQ), DSM-IV-TR. Для оцінювання порушень уваги (неуважності) та вольового контролю над мисленням, поведінкою і потягами (імпульсивності) при СДУГ можна використовувати лабораторні психофізіологічні тести: тест на функції уваги з безперервним виконанням (Continuous Performance Test), тест із стоп-завданням (Test with a feet-task).

Метою попередньої діагностики є виявлення дітей з розладами уваги та гіперактивністю у дошкільних та шкільних закладах, оцінювання їх особливих потреб, пов'язаних з групою первинної підтримки та освітою. Попередня діагностика порушень уваги, рухової активності та вольового контролю над мисленням, поведінкою та потягами. Попередня діагностика розладів уваги та гіперактивності у дітей дошкільного віку має здійснюватися корекційними педагогами, у дітей шкільного віку – вчителями та психологами закладів освіти. Діагностика проводиться шляхом оцінювання дітей за батьківським та вчительським протоколами шкали Коннерса; дослідження їх академічних проблем із встановленням специфічних затримок розвитку мови, шкільних навичок, рухових функцій; дослідження функціонування груп первинної підтримки [7].

Діагностичні критерії СДУГ за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) більш жорсткі, ніж СДУГ за діагностичним та статистичним керівництвом за психічними розладами IV перегляду (DSM-IV-TR). Отже, СДУГ, діагностований за критеріями МКХ-10, відповідає тяжкій комбінованій клінічній формі СДУГ за DSM-IV-TR.

В Україні до недавнього часу існування проблеми СДУГ не визнавалося, особливі потреби таких дітей, пов'язані, насамперед із шкільним навчанням, ігнорувалися. В 2001 р. в Україні проживало 10 млн дітей. Якщо користуватися критеріями МКХ-10 і вважати, що показник захворюваності на СДУГ коливається в межах 1-2%, то в Україні на той час мали проживати від 100 до 200 тис. дітей з цим розладом. У разі оцінки за критеріями DSM-IV-TR та можливої поширеності СДУГ у 5-9% дітей ми отримуємо цифру 500-900 тис. осіб шкільного віку з особливими потребами, зумовленими дефіцитом концентраційної функції уваги.

Близько 60% дітей зі СДУГ мають значні проблеми зі шкільною адаптацією, понад 32% завчасно припиняють освіту чи переводяться на індивідуальне навчання. У підлітків із СДУГ значно частіше зустрічаються випадки небажаної вагітності, вдвічі збільшується ризик формування залежності від алкоголю, наркотичних речовин, тютюну, у 4 рази зростає ймовірність травматизації. У 70-80% хворих симптоми СДУГ зберігаються і в дорослому віці, насамперед порушення уваги та імпульсивність.

В нашій країні відсутні спеціалісти, які мають підготовку в галузі СДУГ, немає програм дієвого психосоціального втручання для дітей з поведінковими розладами в школі та в середовищі за місцем проживання, відсутні дитячі психотерапевти. Психіатрична служба країни не має жодної медичної програми, спрямованої на запобігання та корекцію асоціальних поведінкових розладів у школярів. Увага сучасного українського суспільства до медичних, педагогічних, корекційних і соціальних проблем дітей із СДУГ недостатня. Організація медико-соціальної допомоги цим дітям в Україні не відповідає стандартам, прийнятим у світі [7].

Практичну допомогу дітям із СДУГ в Україні надають лише в Львівському навчально-реабілітаційному центрі “Джерело” [11].

В багатьох країнах профілактику СДУГ розглядають як ефективний засіб у боротьбі з підлітковою злочинністю. Поряд з тим, ще в 1910 році на третьому зїзді російських психіатрів В.М.Бехтерев відзначав в своєму докладі щодо нервово-психічного здоров'я населення, що в країні відсутні дані про поширеність психоневрологічної патології серед дітей. В 1930 році у Москві вперше підрахували, що з тієї кількості дітей, які зверталися за психоневрологічною допомогою, більше половини мали межові стани. А в 1940 році медики відзначили, що на першому місці за поширеністю у дітей серед психоневрологічних розладів стоїть СДУГ [15].

При аналізі літератури корекційного спрямування виявлено, що найбільш висвітленими виявилися питання проявів і корекції цього синдрому на поведінковому та когнітивному рівнях, наголос в психокорекції робиться в цьому напрямі.

Сучасні напрями розвивальної та психокорекційної роботи (А.В.Семенович, 2002; Н. М.Пилаєва, Т. В.Ахутіна, 1997; Я.Л.Обухов, 1998; Н. Я.Семага, 2000; А. Л.Сиротюк, 2002) опираються на принцип замісної терапії. В Україні повністю відсутні психокорекційні програми, що враховують коморбідність проблем розвитку дитини із СДУГ у комплексі з проблемами в сім'ї, дитячому колективі, особистісних проблеми дорослих, що перебувають поряд із дитиною.

Раннє виявлення СДУГ та невідкладне проведення корекційних заходів з використанням сучасних методів дозволяють досягти значних результатів. Корекція СДУГ має носити комплексний характер та об'єднувати різні підходи, в тому числі методи модифікації поведінки, психолого-педагогічної корекції, психотерапії, а також медикаментозне лікування, яке займає важливе місце в лікуванні СДУГ, проте признається в тих випадках, коли когнітивні та поведінкові розлади у дитини не можуть бути подолані лише за допомогою немедикаментозних методів [5].

Корекційна робота психолога з гіперактивною дитиною має бути спрямована на вирішення наступних завдань:

1. Здійснювати вчасне комплексне діагностування дитини, яка виявляє симптоми дефіциту уваги та гіперактивності.

2. Нормалізувати соціальне оточення дитини (сім'я, школа, дошкільний заклад, однокласники) та її стосунки з ними (використання поведінкової, сімейної, дитячої психотерапії, індивідуальних і групових форм роботи).

3. Підвищувати рівень обізнаності педагогічних працівників стосовно проявів захворювання та особливостей ефективної взаємодії з дітьми із СДУГ.

4. Підвищити самооцінку, впевненість дитини за рахунок засвоєння нею нових навичок поведінки, досягнення успіхів у навчанні та повсякденному житті. Необхідно визначити сильні сторони особистості дитини та добре розвинені у неї вищі психічні функції з тим, щоб опиратися на них у подоланні труднощів.

5. Підвищити рівень розвитку довільності дитини, прививати їй акуратність, навички самоорганізації, здатність планувати та доводити розпочату справу до кінця.

6. Навчити дитину поважати права оточуючих її людей, контролю над власними вчинками та емоціями, навичок ефективної соціальної взаємодії з оточуючими людьми.

На думку М.Ю.Шевченко [16], організація корекційно-педагогічного процесу повинна відповідати двом обов'язковим умовам:

1. Розвиток і тренування слабких функцій варто здійснювати в емоційно привабливій формі, що значно підвищує сприйняття поставленого навантаження та мотивує зусилля з самоконтролю. Цій вимозі відповідає ігрова форма занять.

2. Підбір таких ігор, котрі, забезпечуючи тренування однієї функціональної здібності, не покладали б одночасного навантаження на інші дефіцитні здібності, оскільки відомо, що паралельне дотримання двох, тим паче трьох умов діяльності викликає у дитини суттєві ускладнення.

Мультимодальна корекційна програма має містити в собі ефективні психотерапевтичні методики, що покращують поведінку дітей за рахунок засвоєння схвалюваних моделей функціонування, відмови від девіантних поведінкових штампів, що, в свою чергу, веде до зменшення психотравмуючих стосунків дитини та її оточення, до гармонізації між ними.

Стосовно дітей дошкільного та молодшого шкільного віку такою методикою є біхевіоральна (поведінкова) терапія, теоретичною базою якої виступає вчення І. П. Павлова про умовні рефлекси та теорія навчання, зокрема принцип систематичного маніпулювання зовнішніми впливами, які підсилюють чи пригнічують певні поведінкові реакції. Звідси можна робити висновок щодо змісту важливої передумови успішного проведення цієї методики, яка складається із сукупності трьох умов: аналізу факторів, що впливають на девіантну поведінку конкретної дитини; формулювання чіткої поведінкової мішені; підбір дієвих стимулів, які будуть виступати як "нагорода" за бажану поведінку чи "покаранням" – за небажану [14; 16].

Аналізуючи вищесказане, варто визнати, що жоден із застосовуваних сьогодні видів терапії не вирішує в повній мірі проблем дитини, оскільки не враховує всі особливості захворювання, яке отримало сьогодні статус психолого-медико-соціальної проблеми.

Отже, проблема дослідження СДУГ в молодшому шкільному віці та побудова мультимодальної корекційної програми відносяться до числа актуальних, теоретично та практично значимих завдань, проте недостатньо висвітлених у теорії та практиці клінічної психології.

Висновки. Попередній аналіз наукової та популярної літератури показав, що існує нагальна потреба в розробці мультимодальної діагностичної та корекційної програм, спрямованих на раннє виявлення та корекцію поведінкових, особистісних соціальних та інших розладів у дітей дошкільного та молодшого шкільного віку із СДУГ. Дана програма має враховувати діагностичні критерії СДУГ за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду (МКХ-10), індивідуальні особливості особистості дитини, специфіку цінностей сім'ї, рівень соціалізації дитини, особливості навчального закладу, в якому навчається чи виховується дитина тощо.

Перспективи подальших досліджень. Планується розробка комплексної діагностичної та корекційної програм (для практичних психологів системи освіти) з метою раннього виявлення та корекції поведінки СДУГ дітей дошкільного та молодшого шкільного віку із СДУГ.

Список використаних джерел

1. Брызгунов И. П., Касатикова.Е. В. Непоседливый ребенок или все о гиперактивных детях. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2002. – 45 с.
2. Григорьева Е. В. Психологические факторы адаптации детей с ММД к школьному обучению // Сборник научных трудов. – № 2 – Кемерово: Кузбассвузиздат, 2004. – 400 с.
3. Заваденко Н.Н. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей // Медицинский совет. – № 2, 2007.
4. Заваденко Н.Н., Суворинова Н. Ю., Григорьева Н.В. Гиперактивность с дефицитом внимания у детей: современные подходы в фармакотерапии. – 2000. – Т. 2, № 2.
5. Заваденко Н.Н. Гиперактивность с дефицитом внимания у детей: диагностика и лечение // Русский медицинский журнал. – Т.14, № 1. – 2006.
6. Заваденко Н. Н., Суворинова Н. Ю. Коморбидные расстройства при синдроме гиперактивности с дефицитом внимания у детей // Журнал неврологии и психиатрии. – № 7. – 2007.
7. Марценковський І. А., Бікшаєва Я. Б. та ін. Програмно цільове обслуговування дітей та підлітків з гіперкінетичним розладом. // Медицинская газета “Здоровье Украины”. – № 5 / 1. – 2009.
8. Очеретяная Н. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей и подростков: проблема родителей или общества? Принципы диагностики, лечения и социальной адаптации детей с СДВГ // Медицинская газета “Здоровье Украины”. – № 23 / 1. – 2008.
9. Политика О. И. Дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью. – СПб.: Речь, 2008. – 208 с.
10. Павлова Ю., Василенко М. Гиперактивність у дітей та можливості її корекції // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. – № 4. – 2008.
11. Романчук О. Гиперактивный розлад з дефіцитом уваги у дітей. – Львів: Джерело, 2008. – 326 с.
12. Сиротюк А. Л. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью. Диагностика, коррекция и практические рекомендации родителям и педагогам. – М.: ТЦ Сфера, 2008. – 128 с.
13. Чутко Л. С. Школьная дезадаптация в клинической практике детского невролога: Учебно-методическое пособие. – СПб., 2005.
14. Шевченко М. Ю. Игровая психотерапия при работе с детьми с СДВГ. – <http://www.agar-msk.ru>

15. Синдром гиперактивности с нарушением внимания – в чем его суть и причина? Мнение проф. Ю. Шевченко. – <http://indig-papa.ru>
16. Шевченко Ю. С. Коррекция поведения детей с гиперактивностью и психопатоподобным синдромом: Практическое руководство для врачей и психологов. – М., 1997.
17. <http://centercep.ru>

The question of features of motion of syndrome of deficit of attention and hyperactivity (SDAH) its diagnostics and correction is considered in Europe and the USA. The problem of timely exposure and complex correction of SDAH are outlined in Ukraine. The role of psychological service of the system of education in early diagnostics and timely correction of disease is defined.

Keywords: hyperactivity, syndrome of deficit of attention and hyperactivity, behavior, impulsiveness, disorder of attention.

Отримано: 23.02.2010

УДК 159.923.33

Н.І.Пилат

Лояльність персоналу в умовах мотивації професійної діяльності

В статті здійснено аналіз особистісних чинників та ситуаційних чинників у формуванні лояльності працівника. В дослідженні брали участь працівники державних, приватних і громадських організацій. Результати дослідження виявили, що для працівників з високим рівнем лояльності є характерними наступні мотиваційні чинники – визнання, кар’єрна орієнтація та стабільність місця роботи. В приватних організаціях та організаціях з ринковою корпоративною культурою рівень лояльності є вищим.

Ключові слова: лояльність, мотивація, кар’єрні орієнтації, задоволеність роботою, психологічна атмосфера, організаційна культура.

В статті осуществлен анализ личностных факторов и ситуационных факторов в формировании лояльности работника. В исследовании принимали участие работники государственных, частных и общественных организаций. Результаты исследования обнаружили, что для работников с высоким уровнем лояльности характерны следующие мотивационные факторы – признание, карьерная ориентация и стабильность места работы.