

УНІВЕРСИТЕТ МИТНОЇ СПРАВИ ТА ФІНАНСІВ  
ФАКУЛЬТЕТ УПРАВЛІННЯ  
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

Нормоконтроль проведено

---

Кваліфікаційна робота

другий (магістерський) рівень вищої освіти  
спеціальність 053 «Психологія»

**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОЖИВАННЯ КРИЗИ  
БАТЬКАМИ, ЩО ВИХОВУЮТЬ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ  
ПОТРЕБАМИ**

Виконала:

студентка групи ПС23-1зм  
Козіс А.А.

---

Керівник:

доцент кафедри психології,  
к. психол. н.,  
Склянська О.В.

---

Завідувач випускової кафедри:

к. психол. н., доцент  
Панфілова Г.Б.

---

2025 рік

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП</b> .....	3
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЖИВАННЯ КРИЗИ БАТЬКАМИ, ЩО ВИХОВУЮТЬ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ</b> .....	7
1. Теоретичний аналіз проблеми батьківства в умовах кризи (воєнного стану) .....	7
1.1. Поняття батьківство .....	7
1.2. Поняття про кризу .....	9
1.3. Сімейні кризи.....	14
1.4. Криза пов'язана з народженням та вихованням дитини з особливими потребами .....	21
1.5. Ненормативні кризи (стрес, травматичний стрес, ПТСР).....	29
2. Емоційні стани батьків дітей з ОП в умовах воєнного стану .....	35
2.1. Феномен тривоги. Реактивна та ситуативна тривожність.....	35
2.2. Депресивний синдром.....	41
2.3. Концепція життєстійкості особистості .....	45
<b>Висновки до розділу 1</b> .....	48
<b>РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЖИВАННЯ КРИЗИ БАТЬКАМИ, ЩО ВИХОВУЮТЬ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ</b> .....	52
2.1. Методологічне обґрунтування гіпотези дослідження особливостей проживання кризи батьками, що виховують дітей з особливими потребами	52
2.2. Обґрунтування вибору психодіагностичного інструментарію для емпіричного дослідження .....	53
<b>РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЖИВАННЯ КРИЗИ БАТЬКАМИ, ЩО ВИХОВУЮТЬ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ</b> .....	56
3.1. Організація та методи емпіричного дослідження.....	56
3.2. Результати дослідження та їх інтерпретація .....	62
<b>Висновки до розділу 3</b> .....	76
<b>ВИСНОВКИ</b> .....	81
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ</b> .....	88
<b>ДОДАТКИ</b> .....	95

## ВСТУП

**Актуальність теми дослідження.** Для багатьох батьків народження та виховання дитини зазвичай є бажаною та дуже радісною подією. Однак, іноді, це може стати джерелом стресу, кризи чи навіть депресивних станів, особливо якщо у сім'ї з'являється дитина з особливими потребами. Крім того, зазначені стани також можуть провокуватись або погіршуватись на фоні воєнного стану, коли вже до наявних турбот та труднощів додаються нові, такі як хвилювання за життя та здоров'я членів родини (а особливо дітей), побоювання пов'язані з вимушеним переїздом тощо. Саме новими та непередбачуваними умовами, які пов'язані із війною в Україні, та необхідністю організації адекватної психологічної підтримки родинам дітей з особливими потребами (ОП) і визначається актуальність теми дослідження.

В психологічній науці представлені роботи, що вивчають різні аспекти проживання психологічної кризи дорослими. Вивченням явища кризи займались зокрема: Титаренко Т., Саннікова О., Мироненко О., Рослюка С. та інші. Практично вивчали явище депресії Кільхольц П., Бек А., Хелл Д., Ребер А. Досліджували явище тривожності: Фройд З., Горні К., Спілбергер Ч., Калюжна Є., Ставицька С., Халік О., Титаренко Т., Горностай П. Вивченням та розробкою власних концепцій на явище життєстійкості займались: Мадді С., Чиханцова О., Данилюк І., Предко В., Кондратюк С. та інші. Практично досліджували задоволеність життям та психологічне благополуччя: Дінер Е., Еммонс Р., Гріфін С., Дюпай П., Вейер А., Стаднік А. та Мельник Ю.

Українськими науковцями проводилися дослідження емоційних станів, потреб та задоволеності життям батьків дітей з особливими потребами: Титаренко Т. М., Мироненко Д., Шевчук В. В., Магдисюк Л. І., Блаватна О. Б., Калюжна Є. М., Ставицька С. О., Халік О. О., Волошок О. В., Горностай П. П., Петряк О., Руденок А., Ільницька І., Радул І. Г., Стаднік А. В., Мельник Ю. Б.

Водночас проблема проживання кризи батьками дітей з особливими потребами в умовах воєнного стану є недостатньо детально представлена в науковій літературі, що і зумовило вибір теми даної роботи.

**Об'єктом** дослідження є психологічна криза.

**Предметом** дослідження є психологічні особливості проживання кризи батьками, що виховують дітей з особливими потребами.

**Гіпотезою** дослідження є припущення, що батьки дітей з особливими потребами переживають психологічну кризу, що супроводжується високим рівнем депресії, підвищеним рівнем реактивної та особистісної тривожності, низьким рівнем задоволеності життям та зниженим рівнем загального психологічного благополуччя, що в свою чергу призводить до зниження життєстійкості.

**Метою** цієї роботи стало дослідження особливостей проживання кризи батьками, що виховують дітей з особливими потребами.

Відповідно до зазначеного предмета, об'єкту, гіпотези та мети, були поставлені наступні **завдання**:

1. Провести теоретичний аналіз проблеми батьківства в умовах кризи (воєнного стану).
2. Проаналізувати проблеми батьківства в контексті виховання дитини з особливими потребами.
3. Провести теоретичний аналіз концепції життєстійкості особистості, феномену тривоги та депресивного стану.
4. Розглянути та проаналізувати теоретичні розвідки та емпіричні дослідження щодо емоційних станів батьків дітей з ОП.
5. Дослідити особливості емоційного стану та особливості проживання кризи батьками, що виховують дітей з особливими потребами.

Для виконання поставлених завдань було використано такі **методи дослідження**:

- теоретичні: аналіз, синтез, узагальнення, порівняння;
- емпіричні: тестування, опитування;
- методи математичної статистики: метод середніх значень, кореляційний аналіз;
- інтерпретаційні – аналіз, синтез, систематизація отриманих даних, порівняння з результатами інших досліджень.

Відповідно до теоретичних положень для вивчення особливостей проживання кризи батьками дітей з ООП було обрано такі психодіагностичні методики:

1. Опитувальник «Шкала задоволеності життям» (Satisfaction with Life Scale, SWLS), адаптація Стаднік А. В., Мельник Ю. Б.;
2. «Індекс загального психологічного благополуччя» (Psychological General Well-Being Index – PGWBI (Dupuy & Ware), адаптація Мельник Ю. Б., Стаднік А. В.;
3. Опитувальник «Шкала депресії» А. Бек;
4. Опитувальник «Шкала реактивної та особистісної тривоги» (State-Trait Anxiety Inventory (STAI)) Спілбергер Ч. Д.;
5. Тест життєстійкості (Hardiness Survey) С. Мадді.

**Емпірична база дослідження.** Дослідження було проведено на базі КЗО «Дніпропетровський обласний методичний ресурсний центр» ДОР». У цьому дослідженні взяли участь 52 особи – батьки дітей з особливими потребами, віком від 23 до 46 років. Серед них 30 жінок (58%) та 22 чоловіки (42%).

**Теоретична значущість** роботи полягає у поглибленні знань щодо особливостей проживання кризи батьками, що виховують дітей з особливими потребами.

**Практична значущість** роботи полягає у закладенні основ для розробки методичних та практичних рекомендацій для батьків дітей з особливими потребами, а також для спеціалістів, що працюють з сім'ями, в яких виховують дитину з ОП.

**Апробація результатів дослідження:**

1. Козіс А. А. Особливі освітні потреби в умовах воєнного стану. *Цифрове суспільство: міжнародні економічні відносини, управління, фінанси та соціум: матеріали міжнародної науково-практичної конференції (2 травня 2024 р)*. Дніпро: Університет митної справи та фінансів, 2024. С.387-388. (Додаток А)

2. Козіс А. А. Криза «особливого батьківства» в контексті розбудови інклюзивного суспільства. *Економіко-правові та управлінсько-технологічні виміри сьогодення: молодіжний погляд: матеріали міжнародної науково-практичної конференції*. Дніпро: Університет митної справи та фінансів, 2024.

Робота складається зі вступу, трьох розділів, загальних висновків, списку використаної літератури (65 джерел), додатків (6). Зміст роботи викладено на 87 сторінках основного тексту та містить 8 таблиць та 8 рисунків.

# **РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЖИВАННЯ КРИЗИ БАТЬКАМИ, ЩО ВИХОВУЮТЬ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ**

## **1. Теоретичний аналіз проблеми батьківства в умовах кризи (воєнного стану)**

### **1.1. Поняття батьківство**

У словнику української мови у 20 томах батьківство визначено як спорідненість по крові між батьками та їхньою дитиною [47]. Однак, в контексті наукової роботи, це визначення не є вичерпним, тож варто розглянути це поняття більш детально.

Цей феномен можна проаналізувати з точки зору соціальної складової життя людини. Значний відсоток людей вбачають свою самореалізацію безпосередньо через народження та виховання дитини, що обумовлено різними культурними, традиційними та моральними цінностями. Саме тому батьківство можна розглядати як соціальний феномен.

Також, батьківство можна розглянути з боку педагогіки, оскільки його часто ототожнюють з вихованням, навчанням та формуванням соціальних навичок.

Батьківство у демографічному контексті розглядає Курилко Ірина Олексіївна. В цьому ракурсі науковиця визначає це поняття як «комплекс взаємопов'язаних інституціональних (норми, правила/приписи) та поведінкових (дії й відносини) компонентів, що опосередковують народження дітей, їх утримання, догляд і виховання як складову відтворення населення» [23, с. 19].

Безпалько Ольга Володимирівна батьківство вбачає як процес забезпечення батьками належних умов для повноцінного розвитку та навчання дітей.

Науковиця вважає, що «батьківська позиція характеризується такими ознаками, як адекватність, гнучкість і перспективність. Причому в період становлення батьківство є нестійкою структурою, яка проявляється в неузгодженості деяких компонентів між батьками, супроводжується періодично виникаючими конфліктними ситуаціями, відрізняється рухомістю структури, тоді як розвинена форма батьківства характеризується відносною стабільністю» [2, с. 47].

З огляду на психологію, батьківство можна визначити як процес особистісного становлення та розвитку, що передбачає зміни в особистості.

Окрім того, в психоаналізі батьківство розглядається як фактор, що визначає вплив перших взаємин дитини з батьками на подальший психічний розвиток. Теорія прив'язаності, яку розробили Дж. Боулбі та М. Ейнсворт, а нині її розглядають сучасні науковці, зокрема Л. В. Петрановська, як раз описує психологічні особливості цих взаємин [13]. Автори схиляються до думки, що досвід стосунків на ранніх етапах життя дитини, а також характер її прив'язаності до близького дорослого, має суттєвий вплив на всі подальші стосунки в її житті. Прив'язаність – це вроджене почуття, яке є навіть глибшим за любов і є необхідною складовою здорового розвитку дитини [13]. У період з 7-8 місяців і до року, у дитини формується та закріплюється емоційна прив'язаність до близького дорослого, внаслідок турботи про дитину матері. Тип цих стосунків перетворюється в певну модель, що закріплюється в психіці та впливає на те, як дитина сприймає навколишній світ та розуміє власне «Я» [13].

Отже, з огляду на зазначену інформацію можна узагальнити, що батьківство – це інтегральна категорія, якою позначають залучення матері та



батька до процесу виховання дитини, реалізацію ними батьківських функцій: виховної, соціально-економічної, доглядової, комунікативної, рекреативної, психологічного захисту тощо [1].

## 1.2. Поняття про кризу

Одним з ключових понять цієї роботи є поняття «криза». Очевидно, що народження та виховання дитини це довготривалий процес, який за нормальних умов супроводжується певними труднощами та кризовими ситуаціями. Саме тому, варто розглянути поняття кризи.

Власне поняття «криза» походить від грецького *krisis* і означає рішення, перелом, важкий перехідний стан [54, с. 226].

На думку Титаренко Тетяни Михайлівни: «кризою можна вважати такий віраж на життєвому шляху, коли під загрозою опиняється життєвий задум, проєкт майбутньої світобудови. Старий життєвий світ руйнується частково чи майже дощенту. Людині доводиться відмовлятися від звичних уявлень про цінності, ідеали, смисли, цілі. Вона опиняється перед запитаннями, які не мають, однозначних відповідей» [34, с. 14].

Саннікова Ольга Павлівна розглядає кризу як «постійний стан особистості, яка розвивається в межах норми, як стан, що передує виникненню якісно нової особистості, що характеризується зокрема змінам у системі установок, стосунків, цінностей» [46, с. 16].

Дослідники Мироненко О., Рослюк С. та Мироненко Д. визначають кризу як: «гострий, обмежений у часі феномен, який суб'єктивно переживається як приголомшлива емоційна реакція на стресову ситуацію або подію, соціальну ситуацію або подію, період психосоціального розвитку, катастрофу, стихійне явище або суб'єктивне сприйняття цієї події» [20].

В кризовій психології існує багато визначень поняття «криза». Узагальнивши їх, можна ствердити, що криза – це «явище внутрішнього світу особистості, яке проявляється в різних формах відчуття непродуктивності власного життєвого шляху і є його ключовим поворотним моментом, що виникає тоді, коли реалізація життєвого задуму стає неможливою» [35, с. 12].

Як і у практично будь-якого іншого психологічного процесу, криза також має свої етапи перебігу. Загалом, можна виділити чотири основних етапи, а саме: початковий період (період накопичення напруги), критичний період (або період «гострих» переживань), період виходу (ухвалення рішення) та період стабілізації [46, с. 18].

Однією з основних причин виникнення кризи є кризова ситуація – подія, що спричиняє її появу. Це дезадаптуюча зміна в соціальному середовищі, яка змінює очікування індивіда щодо його власної особистості та взаємодії з навколишнім світом («кризова ситуація»). Психологічна криза є функцією події, що її викликає, а також специфічної особистісної схильності та вразливості особистості стосовно цієї події [48].

Прийнято поділяти кризи, які може переживати людина протягом життя, на нормативні (нормальні, прогресивні) та ненормативні (анормальні, регресивні).

Нормативну кризу визначають як «існування людини у межах норми, закономірні перехідні етапи в її становленні та розвитку» [35, с. 13]. До таких криз відносять вікові кризи, нормативні сімейні кризи.

Сучасний тлумачний психологічний словник визначає вікові кризи таким чином: «Вікова криза – особливі, відносно нетривалі – до року – періоди онтогенезу, що характеризуються різкими психологічними змінами. На відміну від криз невротичного або травматичного характеру, як вже зазначалось, відносяться до нормативних процесів, необхідних для нормального, поступального ходу особистісного розвитку. Можуть виникати

при переході людини від одного вікового ступеня до іншого, пов'язані із системними якісними перетвореннями в сфері її соціальних відносин, діяльності та свідомості» [54, с. 226].

Вікові кризи зумовлені фізіологічними зрушеннями в організмі людини, морфо-функціональними перебудовами, а також залежать від особливостей темпераменту, характеру, соціальних відносин тощо.

У психології нормативні сімейні кризи зазвичай класифікують за роками сімейного життя. Як правило, ці кризи пов'язані з певним етапом чи тимчасовим періодом в конкретній родині. Детальніше про сімейні кризи мова йтиме в наступних пунктах цієї роботи.

Ненормативна криза – це загострення внутрішніх суперечностей психіки людини, що зумовлене складними та несприятливими життєвими обставинами. Вона має непередбачуваний та автономний характер. Така криза виникає в умовах, коли людина переживає події, що різко змінюють її життя. Такі події можуть відбуватися у родинному, професійному, особистому житті, наприклад: зрада, розлучення, раптова втрата роботи, катастрофа, смерть близької людини тощо [35, с. 13].

Тобто, інакше кажучи, ненормативні кризи, на відміну від нормативних, детерміновані ззовні, в чому і полягає основна відмінність між ними.

Крім вже зазначеного поділу, існують інші класифікації криз за різними критеріями, а саме:

- 1) За змістом та характером психологічної проблеми (вікові кризи, кризи втрати здоров'я, термінальні кризи, кризи значущих стосунків, кризи особистої автономії, кризи самореалізації, кризи життєвих помилок);
- 2) За тривалістю (мікрокризи, короткочасні та довготривалі кризи);
- 3) За результативністю (конструктивні та деструктивні кризи);

- 4) За детермінованістю (кризи, що зумовлені інпсихічними та ситуаційними чинниками);
- 5) За складністю (прості та складні кризи);
- 6) За діяльнісним критерієм (криза операційного аспекту життєдіяльності, криза мотиваційно-цільового аспекту, криза смислового аспекту) [35].

Крім того, важливо також зазначити ознаки переживання кризи. Дуже вдало узагальнила ці ознаки вітчизняна науковиця Саннікова Ольга Павлівна. Провівши контент аналіз, дослідниця виділила суб'єктивні (отримані за допомогою самооцінки) та об'єктивні (отримані за допомогою експертної оцінки) компоненти переживання кризи [46, с. 17].

Для наочності суб'єктивні компоненти (внутрішні стани) переживання кризи висвітлені в таблиці 1.1.

*Таблиця 1.1.*

### **Суб'єктивні компоненти переживання кризи**

№	Назва компоненту	Прояв
1	Емоційні переживання	Підвищена тривога, переживання гніву, роздратування, озлобленість, агресія, страх, переляк, шок, відчай, пригніченість, гіркота, душевний біль. Відчуття безсилля, безпорадності, безвихідності. Апатія, байдужість, емоційне виснаження тощо.
2	Особливості когніцій	Фіксація уваги на психотравмуючому минулому (інтелектуальна переробка подій і ситуацій), на негативному майбутньому (песимістичний прогноз). Негативні міркування щодо себе у минулому і майбутньому («я завжди був невдахою», «у мене ніколи нічого не вийде»), неадекватна критичність до своїх ресурсів, відсутність планів, відмова від прийняття відповідальних рішень тощо.
3	Особливості саморегуляції, самопізнання	Домінування емоційної регуляції над раціональною (у збиток раціональним розрахункам). Втрата контролю над емоціями і їх

		виразом. Порушення планування, недостатній контроль над своїми діями, поведінкою тощо.
4	Ставлення до інших	Різка зміна (поразка) самооцінки і оцінок суб'єктів спілкування, підвищена психологічна травмованість, переживання самотності, відчуття провини і образи, байдужість до інших людей, зниження емпатії, звинувачення інших, схильність до конфліктів, втрата комунікативних навиків.

Як вже зазначалось, окрім суб'єктивних, Саннікова О. П. виділила також об'єктивні компоненти, або ж зовнішні прояви. Ці компоненти представлені у таблиці 1.2.

*Таблиця 1.2.*

### **Об'єктивні компоненти переживання кризи**

№	Назва компоненту	Прояв
1	Експресія	Характерна міміка, пантоміміка, жестикуляція, що властиві паттерну песимістичних переживань. Зміна виразності рухів, інтонації голосу, тембру, швидкості мови. Зміни зовнішнього вигляду. Фізіологічні зрушення тощо.
2	Особливості когніцій	Нестійкість, неухважність, низька концентрація уваги, неможливість зосередитися, порушення пам'яті, мислення, мовні утруднення, порушення зв'язаності і логічності мови, виборче сприйняття негативних ситуацій тощо.
3	Поведінка	Нераціональна активність, польова поведінка, залежність від поточної ситуації. Істотні коливання в результатах діяльності, нетипові і часті помилки в роботі, уникнення невдач, відмова від відповідальності, відмова від діяльності в різних її сферах.
4	Відносини з іншими людьми	Скорочення кола спілкування, обмеження контактів, аж до повної відмови навіть в звичній сфері спілкування; максимальне обмеження контактів в професійній сфері спілкування, окрім необхідних; переважання контактів формального характеру: поява або збільшення числа конфліктів.

Таким чином, криза – це період, коли людина переживає стресові ситуації та/або певні важкі життєві події, що супроводжується відповідними емоційними, когнітивними та поведінковими реакціями. Кризи відрізняються за різними параметрами, як то за змістом психологічної проблеми, тривалістю, результативністю тощо. Найчастіше кризи поділяють на нормативні та ненормативні.

### 1.3. Сімейні кризи

Сімейна криза – це стан сімейної системи, що характеризується порушенням гомеостатичних процесів, які призводять до фрустрації звичних способів функціонування сім'ї та неможливості опанувати нову ситуацією, використовуючи старі моделі поведінки [35, с. 58].

Прийнято вважати, що характеристиками сімейної кризи є в першу чергу загострення в родині ситуативних протиріч. Крім цього, дослідники виділяють ряд інших значущих характеристик, а саме: розладдя сімейної системи загалом та, зокрема, процесів, які в ній відбуваються; зростання в сімейній системі нестабільності; генералізація кризи або, інакше кажучи, вплив кризи на всі складові компоненти сімейних відносин та взаємодій [35, с. 60].

Як зазначалось вище, кризи, як правило, поділяють на нормативні та ненормативні, така класифікація не оминула і сімейні кризи.

Отже, в життєдіяльності будь-якої родини дослідники виділяють кризи:

- Нормативні – пов'язані з проходженням сім'єю основних етапів життєвого циклу [38, с. 186].
- Ненормативні – пов'язані з переживанням негативних життєвих подій, що визначаються як кризові. До таких подій відносять усиновлення або опікунокство, подружню зраду, домашнє

насильство, розлучення, тяжку хворобу/втрату здоров'я, смерть члена родини [38, с. 186].

Детальніше цей поділ у 1979 році описав американський науковець, доктор філософії з консультативної психології Лоуренс Мартін Браммер (Lawrence Martin Brammer). Він поділив сімейні кризи на два типи – еволюційні та ситуаційні.

На думку Браммера, еволюційні кризи є нормальними та передбачуваними: вони можуть відбуватися в будь-якій родині впродовж її життєвого циклу, і коли така криза успішно долається, то сім'я переходить на наступний етап свого розвитку. Еволюційні кризи зазвичай тимчасові, оскільки вони з'являються, коли родина постає перед абсолютно новим та не характерними для неї раніше викликами [38, с. 187].

На відміну від еволюційних, ситуаційні кризи виникають лише в окремих сім'ях і зазвичай пов'язані з серйозними проблемами, такими як алкогольна залежність, насильство між подружжям або дитяча вагітність. Ці ненормативні кризи можуть бути довготривалими, тому сім'ям, що переживають таку кризу, часто необхідна професійна допомога для її подолання. Якщо кризу не вдається вирішити, це може призвести до розпаду сім'ї [38, с. 187].

Як вже зазначалось, у психології сімейні кризи зазвичай класифікують за роками сімейного життя. Як правило, ці кризи пов'язані з певним етапом чи тимчасовим періодом в конкретній родині.

Сучасні соціологи виділяють чотири стадії розвитку подружніх стосунків [32, с. 60]:

- 1) До народження дитини;
- 2) Подружжя, що має маленьких дітей;
- 3) Подружнє життя з дітьми, які подорослішали та залишають батьківську родину;

4) Подружнє життя після відокремлення дорослих дітей від батьків.

Мілтон Еріксон (Milton Erickson) – американський дослідник, та науковець, психотерапевт-практик – розробив власну періодизацію життєвого циклу сім'ї:

- період залицяння;
- шлюб і його наслідки (шлюбна поведінка);
- народження дитини й взаємодія з нею;
- зріла стадія шлюбу;
- відлучення дитини від батьків;

пенсія та старість [37, с. 84].

Американська науковиця Вірджинія Сатір (Virginia Satir) у 1992 році розробила та опублікувала власну типологію сімейних криз відповідно до етапів розвитку сім'ї. Отже, Сатір виділяє десять сімейних криз, що пов'язані з [38, с. 187]:

- 1) зачаттям, вагітністю та народження дитини;
- 2) освоєнням дитиною мови;
- 3) вступом дитини до школи та формуванням навички вибудовувати відносини з зовнішнім середовищем (з однолітками, вчителями тощо);
- 4) фізіологічним розвитком дитини та її вступом в підлітковий вік;
- 5) дорослішанням дитини, що супроводжується переїздом дитини від батьків, що зумовлене прагненням до незалежності та самостійності. Часто така криза сприймається батьками як втрата;
- 6) вступом у шлюб вже дорослих дітей, вхід в родину невістки/зятя;
- 7) настання клімаксу в житті жінки;
- 8) зменшення сексуальної активності у чоловіків (найчастіше цей фізіологічний процес стає приводом для виникнення психологічних проблем чи комплексів у чоловіка);



- 9) появою в молодій родині дітей – батьки стають бабусями і дідусями;
- 10) смертю одного з подружжя.

Крім того авторка зазначає, що виділені нею кризи є природними та часто можуть накладатися одна на одну.

Не залежно від типології сімейних криз, стає очевидним, що будь-яка сімейна криза пов'язана з конкретним періодом сумісного життя, яким притаманні певні завдання та проблеми, які постають перед подружжям. Оскільки не існує єдиної типології розвитку родини, можна розглянути найбільш загальну модель розвитку сім'ї та криз, з якими стикаються члени родини.

Першим кризовим періодом в житті будь-якої родини є перший рік шлюбу. В цей час молоде подружжя адаптується до сумісного проживання та нових ролей (чоловіка та дружини). На цьому етапі характерні розподіл сімейних обов'язків, вирішення певних питань (зокрема житлових, фінансових та побутових), що обумовлені спільним побутом.

Спираючись на власні дослідження, американський соціолог К. Киркпатрик вважає, що первинна адаптація молодої родини полягає в узгодженні уявлень та очікувань партнерів відносно сімейного життя, а також у міжособистісній адаптації, яка передбачає взаємне пристосування до особливостей особистості кожного з подружжя. Адаптація забезпечується двома механізмами: ідентифікацією та рефлексією. Наявність патологічних рис особистості ускладнює та погіршує процес адаптації в молодій родині [36, с. 19].

Для сучасних молодих родин характерною є тенденція до демократизації відносин, особливо з боку жінок. Вони ініціюють розподіл хатніх обов'язків, активно беруть участь в забезпеченні молодої родини тощо. За таких умов чоловік або поділяє окреслену позицію, або відстоює «традиційне» виконання

чоловічих та жіночих ролей в родині, що часто дестабілізує ситуацію в родині та може спричинити її розпад.

Другий кризовий період настає в проміжку між 3 та 7 роком подружнього життя та триває приблизно рік. Виникненню цього періоду сприяє низка чинників, а саме: «зникнення романтичних настроїв, активне неприйняття контрасту в поведінці партнера в період закоханості і в повсякденному сімейному побуті, зростання кількості ситуацій, в яких подружжя виявляють різні погляди на речі і не можуть прийти до згоди, почастищення проявів негативних емоцій, зростання напруженості у відносинах між партнерами внаслідок частих зіткнень» [35, с. 59]. Кризова ситуація може виникати навіть без впливу зовнішніх чинників, таких як побутові чи економічні труднощі, які зазвичай визначають становище подружньої пари [35, с. 59].

Третій кризовий період настає в період 17-25 років спільного життя і може тривати декілька років. Виникнення цієї кризи нерідко співпадає з наближенням періоду інволюції, коли посилюється емоційна нестабільність, з'являється ряд нових страхів та різноманітних соматичних проблеми, відчуття самотності, яке пов'язане з дорослішанням та відокремленням дітей від батьків, посилюється емоційна залежність партнерів один від одного, а також виникають переживання пов'язані з старіння та можливими сексуальними зради одного з подружжя [35, с. 59].

Окремо варто виділити появу в родині дитини, а особливо первістка, бо ця подія, як правило, є кризовою, оскільки кардинально змінює сімейний устрій, що стає підставою для конфліктів між подружжям.

З появою дитини в подружжя повністю змінюється життєвий устрій: молодим батькам необхідно звикати до нових ролей (матері та батька), змінювати темп та спосіб життя відповідно до потреб дитини, перерозподіляти сімейні обов'язки тощо. Крім того, молоді батьки зіштовхуються з фізичною

та психологічною втомою, обмеження дозвіллям та спілкування, змінах в інтимному житті. Варто також зазначити, що після народження дитини, організм жінки зазнає фізіологічних та гормональних змін, що також має певний вплив на психологічний стан молодої матері.

На фоні цих та інших викликів, у подружжя виникають взаємні претензії, що часто стають приводом для непорозумінь, сварок та скандалів.

Однак, варто зазначити, що якщо до появи дитини чоловік та дружина навчилися враховувати інтереси один одного, розуміти почуття та спільно вирішувати виникаючі завдання, то поява дитини зазвичай зміцнює сімейні зв'язки. Подружжя продовжує ділитися своїми переживаннями, що дозволяє розширювати інтереси один одного, а також обмінюватися емоційною та діловою інформацією з різних сфер власної діяльності. В такому випадку розподіл ролей між партнерами не ослаблюється, а навпаки, сприяє зміцненню єдності сім'ї [37, с. 90].

На фоні описаних кризових ситуацій, виділяють два напрями подальшого розвитку родини, а саме:

Конструктивний, що передбачає вирішення певних проблем та закономірного переходу родини на новий рівень функціонування.

Деструктивний, який призводить до порушення сімейних відносин і становить загрозу для їхнього існування [35, с. 59]. Найчастіше такий вектор веде до закономірного розпаду сім'ї (розлучення).

Як вже зазначалось, розірвання шлюбу або ж розлучення відносять до ненормативних криз. При розлученні майже неминуче виникає почуття втрати та непотрібності. Попервах може здатися, що «покинутість» відчуває лише той, для кого розлучення виявилось несподіванкою, насправді й ініціатор також переживає ці ж негативні почуття та емоції задовго до прийняття остаточного рішення. Як й будь-яке горе, розлучення проживається у декілька етапів а саме: перший шок, депресія та відновлення. Кожен з цих етапів

вимагає часу та активної роботи задля її проживання. Якщо людина намагається «перескочити» будь-який з зазначених етапів, наприклад, заглушаючи біль алкоголем або поверхневою закоханістю, вона може зіткнутися з несподіваним поверненням до непережитих етапів [32, с. 63].

Особливо гостро питання розлучень постало для українських родин. Згідно статистики Міністерства юстиції України кількість розлучень за останні роки зростає [51]:

2021 рік – 13153 розлучення;

2022 рік – 7632 розлучення;

2023 рік – 10139 розлучень;

2024 рік – 15578 розлучень.

З цієї статистики стає зрозуміло, що на початку повномасштабного вторгнення росії в Україну кількість розлучень зменшилась, що свідчить про підвищення рівню згуртованості в родинях. Однак, статистика за 2023 та 2024 роки вказує на те, що в родинях виникають нові (що зокрема пов'язані з воєнним станом) та загострюються вже існуючі проблеми.

Отже, сімейні кризи це такий собі перехідний період, що виводить членів родини з їх зони комфорту та провокує вирішення певних проблем абсолютно новим чином, що стимулює перехід сім'ї на наступний етап розвитку. Їх поділяють на нормативні та ненормативні та пов'язують з певними кризовими подіями, викликами та проблемами.

#### **1.4. Криза пов'язана з народженням та вихованням дитини з особливими потребами**

Для більшості батьків поява на світ та виховання дитини зазвичай бажана та надзвичайно радісна подія, однак подекуди, поява дитини може стати приводом для стресових, кризових та навіть депресивних станів батьків. Особливо ці стани притаманні батькам, у яких народилась дитина з особливими потребами.

Партисипативне дослідження «Дослухаючись до голосів батьків», проведене в Україні у 2015 році засвідчило, що народження дитини з інвалідністю та/або особливими потребами ставить родину перед необхідністю вирішувати низку «додаткових» завдань, що пов'язані не тільки зі станом здоров'я дитини. Така родина переживає емоційні труднощі, знаходиться під значним тиском повсякденних турбот та проблем з працевлаштуванням та фінансами. Ці проблеми поглиблюються наявними бар'єрами навколишнього середовища, недоступністю інфраструктури, а також нетолерантним ставленням соціуму [12].

Поява в родині дитини з особливими потребами впливає як на життєдіяльність, так і на становище сім'ї загалом. Зокрема, найтяжчим для батьків є період, коли стає відомий діагноз дитини. Зазвичай він (період) припадає на неонатальний період розвитку дитини, тобто від моменту народження і до завершення 28ї доби після народження. На цьому етапі батьки осмислюють те, що вже сталося та потенційний розвиток подальших подій: все що стосується виставленого діагнозу, пов'язані з цим труднощі та ризики, зміну життєвого устрою під особливі потреби дитини тощо. Перші труднощі та проблеми, з якими зіштовхуються батьки а також окреслені думки, які супроводжують їх, часто призводить до психотравмуючих та кризових станів.

Очевидно, що найчастіше, поява на світ дитини з особливими потребами переживається батьками як несподівана подія. Більшість як зарубіжних так і вітчизняних науковців, одностайні у виокремленні характерних для батьків, у яких народилась дитина з особливими потребами, реакцій. Отже, зазвичай виділяють такі реакції: заперечення, гнів, почуття провини та емоційну адаптацію [40].

З цього переліку особливо виділяють заперечення. Ця захисна реакція, що виявляється у відмові прийняття об'єктивної дійсності, може шкодити як батькам так і дитині. Детально описав патологічні реакції заперечення батьків дітей, що мають особливі потреби американський науковець, доктор філософії, почесний професор кафедри психології в освіті Університету Піттсбурга – Мілтон Селігман (Milton Seligman). До патологічних реакцій заперечення Селігман відносить наступні критерії:

- батьки відмовляються надавати дитині необхідне медичне лікування чи реабілітацію попри усвідомлення їхньої важливості;
- батьки заперечують наявність хвороби у дитини, незважаючи на численні «переобстеження» у фахівців та повторне підтвердження діагнозу, шукають інших спеціалістів і проводять нові обстеження;
- батьки піддають дитину надмірним навантаженням різноманітних реабілітаційних програм, ігноруючи інші важливі заняття для її всебічного розвитку, сподіваючись на прискорений прогрес та «диво-результат».
- коли заперечення призводить до крайньої самоізоляції родини та дитини зокрема (наприклад, постійне перебування вдома, задля уникнення порівняння дитини з іншими (нормотиповими) дітьми, аби уникнути запитань та коментарів від інших людей);
- коли стійке заперечення призводить до розвитку психічного розладу одного з батьків – з одного боку, стійка відмова прийняття реальності,

- з іншого – очевидність неповносправності та вираженість проблем, що вже призводять до психіатричних симптомів;
- коли батьки, незважаючи на надану інформацію, піддають дитину явно небезпечним та ризикованим методам лікуванням, витрачають значні кошти, піддаючись маніпуляціям та обману, сподіваючись на обіцяне «зцілення»;
  - коли заперечення триває надто довго (хоча тривалість реакції на неповносправність може варіюватися залежно від її виду, у кожному конкретному випадку клінічна інтуїція фахівця дає змогу визначити, коли процес занадто затягнувся) [25].

Крім того, часто батьки в такій ситуації проживають почуття втрати. Американський науковець, доктор філософії, колишній директор програми клінічної дитячої психології в Університеті Канзасу – Майкл Робертс (Michael Roberts) виділив компоненти втрати, що переживають батьки після виявлення у їх дитини особливих потреб:

- втрата очікуваного, ідеалізованого образу дитини;
- втрати омріяного для дитини майбутнього;
- втрата особистих та сімейних мрій, планів на майбутнє;
- нарцистична втрата [63].

Також, буде доцільно розглянути як батьки реагують на народження у них дитини з особливими потребами [40]. Для більшої наочності типи реагування батьків представлені у таблиці 1.3.

*Таблиця 1.3.*

### **Типи реагування батьків на появу дитини з особливими потребами**

Тип реагування	Характеристика
Прийняття дитини	У цьому випадку батьки адекватно реагують на діагноз, оцінюють можливі проблеми, пов'язані із ним та свої сили, проявляють стосовно своєї дитини любов та відданість. Головний девіз: «Працюємо разом,

	робимо все, що можливо, радіємо досягненням». У випадку прийняття батьки мобілізують усі свої зовнішні та внутрішні ресурси, що додає їм впевненості у собі та душевної сили.
Заперечення діагнозу	Батьки не приймають того, що дитина певні особливості фізичного чи психофізичного розвитку. Те, яким чином батьки планують майбутнє своєї дитини, її освіту, вибір навчального закладу свідчать про те, що батьки не сприймають особливостей розвитку дитини, не приймають її такою, як вона є та не визнають жодних обмежень у житті своєї дитини. Батьки перебільшують успіхи дитини, приписують їй заслуги та надмірно захоплюються ними.
Реакція гіперопіки, надмірного захисту, гіперпротекції	Особливістю такої реакції є постійні почуття провини, жалю та співчуття, що проявляється у формі гіперопіки, надмірної турботливості у вихованні. Дитина з особливими потребами стає центром життя та безмежної любові матері. Батьки беруть відповідальність за кожен крок дитини, намагаються все зробити за неї, унаслідок чого дитина занадто довго, а інколи і усе життя знаходиться на інфантильному рівні.
Приховане емоційне неприйняття дитини	За такого типу реакції спостерігається негативне ставлення з боку батьків до своєї дитини, відраза, прикрита надмірною «турботою», вседозволеністю. Відбувається підміна понять любов та «демократичність», батьки прагнуть виглядати в очах суспільства ідеальними.
Відкрите емоційне неприйняття, відштовхування дитини	У ставленні до дитини простежується неприхована відраза. Батьки, усвідомлюючи свій негатив до дитини, використовують певну форму захисту. У тому, що сталося, вони звинувачують суспільство, лікарів, вчителів у неадекватному ставленні до їх дитини

Центральним питанням для батьків, у яких народилась дитина з особливими потребами, постає прийняття дитини. Для батьків важливо адекватно прийняти та реалістично оцінювати ситуацію, що склалась.

Зазвичай виділяють декілька видів прийняття батьками дитини з особливими потребами, а саме: адекватне, неадекватне, суб'єктивне та об'єктивне [40].



Адекватне – прийняття дитини такою, яка вона є. Батьки усвідомлюють, що дитина є частиною їхнього життя, і люблять її безумовно, незалежно від її особливостей чи досягнень. Така любов допомагає їм оцінити ефективність своїх виховних зусиль та вказує на напрямок, в якому варто рухатися далі;

Неадекватне – характеризується «відштовхуванням» дитини, негативним ставленням до неї. Таке ставлення у батьків може проявитися в роздратуванні відносно дитини, в ігноруванні її інтересів через їх примітивність, а також у бажанні покарати дитину;

Суб'єктивне – дитина з особливими потребами сприймається як повноправний учасник соціальних відносин, член суспільства. Батьки та оточення не фокусуються на індивідуальних особливостях дитини, що сприяє її успішній адаптації в суспільстві та розвитку толерантності до людей з особливими потребами;

Об'єктивне – дитина сприймається як особистість, що відокремлена від соціуму. У батьків такий вид прийняття може проявлятися у прагненні ізолювати дитину від оточуючих, що спричиняє труднощі в її взаємодії з соціальним середовищем та провокує виникнення комунікаційних проблем. У результаті дитина може відчувати відчуження, тривожність та агресію, а її стосунки з іншими людьми можуть ставати негативними.

У своїй статті Шевчук Вікторія Валентинівна, спираючись на погляди інших науковців узагальнює, що поява в родині дитини з особливими потребами, її виховання, навчання, реабілітація та абілітація стають тривалими патогенними факторами, які можуть провокувати зміни не тільки в житті батьків загалом, а й, зокрема, в їх особистості. Також науковиця окреслює **вісім кризових станів в сім'ях, в яких виховуються діти з особливими потребами**, а саме:

- 1) народження дитини (до 3 років);
- 2) період постановки її діагнозу (3-5 років);

- 3) період підтвердження попереднього діагнозу, підбір програми навчання (7-9 років);
- 4) перший рік навчання в школі;
- 5) перехід у старші класи;
- 6) пубертатний період;
- 7) період професійної орієнтації;
- 8) розв'язання проблем особистого життя [56].

Крім того, у своїй статті Магдисюк Л. І. та Блаватна О. Б, описують шість періодів, які переживають батьки дітей з особливими потребами (порушеннями розвитку) [25].

1. Перший період пов'язаний з усвідомленням хвороби дитини, отриманням точного діагнозу, емоційною адаптацією та інформуванням інших членів родини про це.

2. Другий період характеризується особливостями розвитку дитини в перші роки життя, коли батьки з тривогою спостерігають, як дитина досягає певних етапів розвитку, порівнюючи їх з нормами, властивими для здорових дітей її віку.

3. Третій період пов'язаний зі вступом дитини до школи та пов'язаним з цим питань, а саме: вид закладу (загальноосвітня чи спеціальна школа) та форма навчання, входження дитини в колектив (переживання пов'язані з реакціями однокласників) тощо.

4. Четвертий період – настання в дитини підліткового віку. Родина звикає до особливостей дитини, що пов'язані з її захворюванням, однак виникають нові проблеми, що пов'язані з сексуальністю дитини, її відчуження чи, подекуди, ізоляцію від однолітків. Також до цього періоду часто відносять питання майбутньої професії дитини.

5. П'ятий період визначається дорослішанням дитини, вхід дитини в так зване «доросле життя». На цьому етапі постають питання про звикання до сімейної відповідальності, визначення оптимального за всіма параметрами

окремого нового місця проживання дитини, що подорослішала, переживання дефіциту можливостей для соціалізації подорослішавшої дитини.

6. Шостий період – доросле життя члена сім'ї з особливими потребами. До цього етапу відносять питання перебудови взаємин між подружжям (наприклад, якщо дитина тепер живе поза сім'єю) та взаємодія з фахівцями за місцем його проживання [25].

Вітчизняна науковиця Ірина Іванова виділила низку чинників, що стають причинами проблем в родинях, які виховують дитину з особливими потребами, та можуть провокувати кризові ситуації. Іванова поділила ці чинники на дві групи: суб'єктивні та об'єктивні.

До суб'єктивних, науковиця відносить біологічні фактори, наприклад: фізіологічний та психічний стан дитини (в тому числі її медичний діагноз), стан здоров'я батьків (як фізичний так і психологічний), їх спосіб життя тощо.

В свою чергу до об'єктивних Іванова відносить ряд чинників, а саме:

- Медикосоціальні (низький рівень медичного обслуговування);
- Фінансові/матеріальні;
- Світоглядні (некоректне ставлення до дітей з особливими потребами та їх батьків зі сторони суспільства);
- Правові (недосконалість нормативно-правової бази, щодо дітей з особливими потребами);
- Інформаційні (низька поінформованість як батьків так і суспільства, щодо дітей з особливими потребами);
- Професійні (зайнятість батьків, нестача або відсутність кваліфікованих спеціалістів для роботи з дітьми, що мають особливі потреби тощо)
- Освітні (складність влаштування дитини в спеціальний або загальний заклад освіти).

На основі проведеного дослідження Ірина Іванова виділила, що ключовими, серед зазначених чинників є саме фінансові/матеріальні, психологічні (нервові перенавантаження батьків, відчуття відчуженості та самотності, нерозуміння з боку суспільства тощо) та медичні, що пов'язані з лікуванням та оздоровленням дитини [14].

Крім вже зазначених стресогенних чинників, що можуть провокувати кризові ситуації в родині, яка виховує дитину з особливими потребами, можна окреслити ще декілька.

Низка закордонних науковців пов'язують чутливість батьків дітей з особливими потребами (зокрема батьків дітей з розладами аутистичного спектру) до стресу з різними особистісними характеристиками, такими як: вік, стать, сімейний статус чоловіка чи жінки, місце працевлаштування (а також зміни в цій сфері, після встановлення діагнозу дитини), самооцінка рівня компетентності в питанні виховання, стиль виховання, обізнаність щодо діагнозу дитини та рівень психологічного прийняття, адаптація до нових умов, способи й стратегії подолання стресів, напружені партнерські стосунки [64].

Спираючись на висновки науковців, які досліджували стрес, що переживають батьки дітей з аутизмом, можна узагальнити, що для цієї категорії батьків притаманні стресори, які безпосередньо пов'язані з дитиною, а саме: стать, ступінь проявів симптомів аутизму, внутрішні та зовнішні передумови деструктивної поведінки а також вибірковість у їжі [64].

Так, наприклад, у своєму дослідженні І. Замора (I. Zamora) виявила, що батьки дівчат оцінили рівень стресу й дисфункціональну взаємодію значно вище, ніж батьки хлопчиків [64].

Як зазначають науковці Л. Хатчисон (L. Hutchison) та К. Дергай (C. Derguy), безпосередньо діагноз не провокує виникнення у батьків стресу. Стрес виникає через поведінкові особливості дитини, зокрема, через

схильність дітей з розладами аутистичного спектру до деструктивної поведінки [64].

Також, на рівень стресу батьків дітей з особливими потребами впливає навколишнє середовище. Сюди найчастіше відносять: стосунки між подружжям та між іншими членами родини, нестачу соціальної підтримки, складність працевлаштування та/або поєднання роботи та доглядом за дитиною, нестачу або недостатність професійної допомоги дитині, входження дитини в освітній простір [64].

### **1.5. Ненормативні кризи (стрес, травматичний стрес, ПТСР)**

Особливого гостро питання батьківства постає в умовах воєнного стану. Безліч українських родин постраждали через агресію російської федерації в 2014 році (анексія Криму, вторгнення російських військ на територію Донецької та Луганської областей). На превеликий жаль, країна-агресор не зупинилась на цьому, 24-го лютого 2022 року почалось повномасштабне вторгнення росії в Україну, яке вщент зруйнувало усталений плин життя кожного українця. Значне підвищення смертності (як серед військових, так і серед цивільного населення), масове вимушене переміщення людей всередині країни та за кордон негативно вплинули не тільки на психологічний стан населення, а й на демографічний та соціально-економічний розвиток України.

В сучасній науковій літературі зустрічається небагато робіт та досліджень, що присвячені проблемі впливу війни на родину та стосунки між її членами.

Американські соціологи Ернест Берджесс (Ernest W. Burgess) та Джеймс Боссард (James H. S. Bossard) зазначають, що війна впливає на соціальну та демографічну поведінку як чоловіків, які беруть участь у військових діях, так

й жінок, котрі залишаються вдома. Це призводить до змін у шлюбних відносинах, рівні розірвання шлюбів та народжуваності.

Американські дослідники Джон Шваб (John J. Schwab), Джон Айс (John F. Ice), Джудіт Стефенсон (Judith J. Stephenson), Кеті Раймер (Kathy Raymer), Кріс Хаузер (Kris Houser), Ліса Граціано (Lisa Graziano) та інші вважають, що війни ХХ століття мали як прямий, так і непрямий вплив на сім'ю — від горя через розлуку та втрату до проблем, пов'язаних з адаптацією військових до мирного життя, високим рівнем розлучень і зміною ролі жінки в родині та суспільстві. Вони також наголошують на негативному впливі посттравматичного стресового розладу (ПСТР) на сімейні відносини та наслідках для дітей у постраждалих родинах. Спираючись на це, науковці підсумовують, що війна зазвичай прискорює зміни в сімейному житті, які раніше могли бути непомітними [59].

Українські науковці досліджували вплив першого етапу сучасної російсько-української війни, що зосереджувалась в Донецькій та Луганській областях, на соціально-демографічну ситуацію в країні, зокрема на сім'ю. У роботі «Державна доповідь про стан сімей та шляхи реалізації державної політики з питань сім'ї за підсумками 2014-2015 років», створеній фахівцями ІДСД ім. М. В. Птухи НАН України, детально проаналізовано стан української сім'ї у цей період: зміни функцій сім'ї, проблеми та ризики її розвитку в сучасних умовах, соціально-демографічні характеристики, матеріальне положення та умови проживання сімей в Україні, а також стан та перспективи державної сімейної політики [10].

Проблема руйнування родинних зв'язків внаслідок військові дії на Донбасі висвітлюється у національній доповіді «Політика інтеграції українського суспільства в контексті викликів та загроз подій на Донбасі» [29, с. 78-81].

Отже, нині українські сім'ї перебувають в надзвичайно екстремальних умовах. Постійні обстріли країною-агресором, через які багато хто втратив житло, розлука з членами родин через переїзди, втрата близьких: через ці та інші біди, пов'язані з війною головним завданням українських родин стає саме виживання. Як влучно зазначає Слюсар Людмила: основним завданням сім'ї часто стає не народження і виховання наступних поколінь, а елементарне виживання членів родини, фізичний захист дітей від небезпеки [49, с. 7]. Саме на фоні зазначених чинників у всіх членів родини, зокрема й батьків, виникають ненормативні кризи.

Почати варто з розгляду поняття «стрес». «Стрес (англ. stress – напруження) – сукупність захисних фізіологічних реакцій, що настають в організмі тварин і людини у відповідь на вплив різних несприятливих факторів (стресорів) – холоду, голодування, психічних і фізичних травм, опромінення, крововтрати, інфекції тощо» [54, с. 511].

Згідно визначення Всесвітньої організації охорони здоров'я, «стрес – це неспецифічна реакція організму на будь-яку висунуту до нього вимогу».

Одним з перших науковців хто детально дослідив стрес був канадський лікар австро-угорського походження Ганс Сельє (Hans Selye). У своїх дослідженнях Сельє приділяв увагу саме фізіологічним проявам організму на стрес. Вчений запропонував поняття «стрес» в 1950 році і визначав його як стан напруги, що зумовлений різними чинниками, які спрямовані на порушення функцій організму та яких організм намагається уникнути. Крім того, Ганс Сельє, згідно своїх теорій та досліджень, виділяв два види стресу – еустес та дистрес – хороший та поганий стрес відповідно [45].

Спираючись на теорію Г. Сальє, професор Колумбійського університету Брюс Філіп Доренвенд (Bruce Philip Dohrenwend) визначив стрес як стан організму, в основі якого лежать адаптивні та неадаптивні реакції. Ключовими стрес-факторами науковець вважає саме соціальні фактори, інакше кажучи

об'єктивні події, що порушують звичне життя людини. До таких соціальних факторів можна віднести, наприклад, економічні та сімейні негаразди [58].

Значний внесок в дослідження стресу зробив американський психолог Річард Лазарус (Richard Lazarus). У 1984 році Лазарус, спільно зі своєю колегою С'юзен Фолкман (Susan Folkman), розробили транзакційну теорію стресу та копіngu (Transactional Model of Stress and Coping). Відповідно до цієї теорії, науковці визначили стрес як дисбаланс між потребами та ресурсами особистості. Крім того, Лазарус один з перших хто розділив стрес на два види: фізіологічний та психологічний. До фізіологічного стресу науковець відніс те, що пов'язано з реальними подразниками, а до психологічного – те, що людина сприймає як загрозу [62].

Отже, проаналізувавши погляди деяких дослідників, можна узагальнити, що стрес класифікують в залежності від виду стресора та характеру його впливу. У найбільш загальній класифікації стрес поділяють на фізіологічний та психологічний. Останній підрозділяється на стрес інформаційний і стрес емоційний [54, с. 511].

Згідно наукової літератури: «інформаційний стрес з'являється у ситуаціях інформаційних перевантажень, коли суб'єкт не може впоратися з завданням, не встигає приймати правильні рішення в необхідному темпі при високій відповідальності за наслідки рішень» [54, с. 511].

В свою чергу, емоційний стрес виникає в ситуаціях загрози, небезпеки, образи тощо. Різні форми емоційного стресу (імпульсивний, гальмовий, генералізований) призводять до змін у перебігу психічних процесів, емоційних зрушень, трансформації мотиваційної структури діяльності, а також можуть спричиняти порушення рухової та мовної поведінки [54, с. 511].

Окресливши поняття стресу, варто розглянути поняття травматичного стресу. Отже, стрес стає травматичним, коли результатом впливу стресора є



порушення в психічній сфері аналогічно з фізичними порушеннями [26, с. 182].

Травматичний стрес – це стан, який виникає у людини, що пережила деяку подію або ряд подій, що виходить за рамки звичайного людського досвіду. Перелік явищ, які можуть викликати травматичні стресові порушення, досить широкий й охоплює безліч ситуацій, коли виникає загроза власному життю або життю близької людини, фізичному та/або психологічному здоров'ю [41].

До травмуючих подій відносять: природні та техногенні катастрофи, терористичні акти, бойові дії, зґвалтування тощо. Через подібні стресові ситуації можуть виникати комплексні зміни в психо-емоційній сфері та поведінці особистості. Наявність таких змін свідчить про психічну травмованість особистості.

Психічна травма – це результат травматичного стресового впливу, який характеризується крайнім (екстремальним) ступенем стресогенності фактора, що в свою чергу руйнує систему індивідуальних захисних механізмів особистості, що призводить до серйозних порушень, від психологічних до біологічних, в цілісній системі функціонування особистості [41].

Окрім травматичного стресу виділяють й інші форми постстресових порушень. Їх розділяють за хронологією виникнення та тривалістю, а саме:

Травматичний стрес – виникає в момент або одразу після критичної ситуації; триває до 2 діб.

Гострий стресовий розлад – формується впродовж місяця після критичної ситуації; триває близько декількох тижнів-місяців.

Посттравматичний стресовий розлад – розвивається впродовж декількох місяців після переживання критичної ситуації.

Посттравматичний розлад особистості – може тривати протягом подальшого життя людини.

Інколи, люди, що пережили травматичний стрес, в майбутньому можуть переживати посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це комплексний стан, який впливає на соматичний, когнітивний, афективний та поведінковий компоненти психологічної травми [33].

Відповідно до міжнародної класифікації хвороб (МКХ-11) ПТСР характеризується наступними ознаками:

- Наявність травматичної стресової події
- Повторне переживання симптомів події, що включають нічні кошмари та/або флешбеки.
- Уникнення ситуацій, місць та людей, які нагадують про травматичну подію.
- Стійке відчуття підвищеної поточної загрози, наприклад надмірна пильність або посилена реакція на такі подразники, як несподівані шуми.

Дослідники відзначають, що подальший розвиток ПТСР відслідковується у 18% людей, які пережили травматичну подію. Тобто далеко не кожен, хто пережив травматичний досвід, буде страждати від ПТСР. Це пояснюється генетичними та психологічними детермінантами особистості, а також впливом соціуму. Зокрема, предикторами розвитку ПТСР є стать, рівень освіти, соціально-економічний рівень життя, обмежена соціальна підтримка, кількість пережитих травматичних ситуацій у минулому, психіатричний анамнез, ефективні копінг-стратегії тощо [33].

## **2. Емоційні стани батьків дітей з ОП в умовах воєнного стану**

### **2.1. Феномен тривоги. Реактивна та ситуативна тривожність.**

В реаліях сьогодення всі українці мають безліч причин, що можуть викликати тривогу. Особливо це стосується батьків, що виховують дітей з особливими потребами. В умовах воєнного стану, які і будь-які інші батьки, вони турбуються про захист своїх дітей, забезпечення їм найкращих умов для життя. Однак, це все ускладнюється не тільки наявними у дітей особливостями, а й психо-емоційним станом як дітей, так і їх батьків. Саме тому, в контексті цієї роботи, важливо розглянути поняття тривога та тривожність.

Перш за все, необхідно підкреслити, що зазначені поняття (тривога та тривожність) не мають узагальненого визначення. Це пояснюється тим, що, як і попередні поняття, описані в цій роботі, кожен вчений та вчена, відповідно до своїх поглядів та проведених досліджень дають власні визначення тривозі та тривожності. Відповідно, далі, ці поняття будуть розкриті за різними авторами.

Одним з перших дослідників, хто намагався пояснити суть та природу тривоги був Зігмунд Фройд. У своїх більш пізніх роботах він розглядав тривогу як специфічну відповідь на індивідуально важливу загрозу, як страх будь-якої втрати. Також, науковець вважав, що тривога є одним з необхідних компонентів особистісної структури [15].

Крім того, Фройд одним з перших почав розділяти поняття «страх» та «тривога». На думку вченого, страх формується під впливом зовнішньої небезпеки, а тривога (зокрема невротична) формується через внутрішні переживання особистості. Тобто, він розглядав тривогу як біологічне явище.

Засновник індивідуальної психології Альфред Адлер в рамках власної концепції розглядав тривогу як один з симптомів неврозу. В цьому контексті,

він вважав, що тривога – це одна з ознак невротичного розвитку, яка полягає у постійному переживанні почуття загрози самооцінці, відчутті невпевненості та підвищеній чутливості до різного рівню небезпек.

Карен Горні у своїй роботі «Невротична особистість нашого часу» (The Neurotic Personality of Our Time) 1937 року розмежовує поняття «страх» та «тривога». На думку науковиці, страх – це реакція, що є адекватною відносно реальної небезпеки, яка є очевидною та об'єктивною. В той час, тривога – це реакція на уявну (приховану та суб'єктивну) небезпеку. Таким чином, за Горні і страх, і тривога є адекватними реакціями на небезпеку, при цьому інтенсивність тривоги пропорційна тому змісту, який для даної людини має конкретна ситуація [60]. Крім того, на відміну від З. Фрейда, Карен Горні була переконана, що тривога виникає через відсутність почуття безпеки в міжособистісних стосунках. Також, вона розглядала тривогу та тривожність як соціальне явище.

Узагальнюючи погляди Фрейда, Адлера та Горні можна ствердити, що тривога – це емоційний стан, що виникає в ситуаціях невизначеної небезпеки та проявляється в очікуванні неблагополучного розвитку подій. На відміну від страху як реакції на конкретну загрозу, являє собою генералізований, дифузійний або безпредметний страх. Як правило, пов'язана з очікуванням невдач у соціальній взаємодії і часто обумовлена неусвідомленістю джерела небезпеки [54].

Отже, визначивши, що таке тривога, можна перейти до поняття тривожність. Хоча, подекуди, у психології тривогу та тривожність вживають як синоніми, однак це два окремі поняття, саме тому, варто розглянути, в чому полягає різниця між ними.

Тут буде доречним розглянути погляди деяких вітчизняних вчених, які займалися питаннями, що пов'язані з тривожністю.

Тож, Калюжна Є. М визначає тривожність як «багатопланове системне явище, що проявляється на всіх рівнях психічної активності особистості і може бути охарактеризовано кількісно, якісно і змістовно» [16, с. 10].

Ставицька С. О. розглядає особистісну тривожність як інтегративне особистісне явище, стає особистісне утворення, пов'язане з переживаннями негативної модальності [50].

На думку Халік О. О. особистісна тривожність – це «стійка властивість особистості, що характеризується підвищеною схильністю відчувати тривогу через реальні чи уявні небезпеки. Тривожність визначається фізіологічними, когнітивними, емоційними й поведінковими аспектами та відіграє переважно негативну функцію» [52].

У своїй статті Волошок О. В. влучно узагальнює, що Титаренко Т. М. та Горностаєв П. П., визначають тривожність як «психічний стан емоційної напруги, настороженості, хвилювання, душевного дискомфорту, підвищеної вразливості при ускладненнях, загостреного почуття провини і недооцінювання себе у ситуаціях очікування, невизначеності або передчуття неясної загрози значущій рівновазі особистості» [5, с. 480].

Загалом, тривожність можна визначити як стан доцільного підготовчого підвищення сенсорної уваги і моторного напруження в ситуації можливої небезпеки, що зумовлює відповідну реакцію на страх. Схильність індивіда до переживання тривоги, що характеризується низьким порогом її виникнення; один з основних параметрів індивідуальних розходжень [54].

Крім того, розрізняють два види тривожності – ситуативну та особистісну. Основна відмінність між цими поняттями полягає в тому, що ситуативна тривожність – це стан, а особистісна – це безпосередньо властивість особистості.

Величезний внесок в дослідження та діагностування ситуативної та особистісної тривожності зробив Чарльз Дональд Спілбергер. Вчений дає наступні визначення згаданим вище видам тривожності:

Особистісна тривожність – це базова риса особистості, яка формується та закріплюється в ранньому дитинстві. Проявляється вона в типовій, ситуаційно стійкій реакції підвищеного неспокою щодо загрозливих загрозливих обставин (або таких, що тільки здаються загрозливими).

Ситуативна (реактивна) тривожність – це стан суб'єкта в даний момент часу, який характеризується емоціями, які суб'єктивно переживаються особою: напругою, занепокоєнням, заклопотаністю, нервозністю у цій конкретній ситуації. Цей стан виникає як емоційна реакція на екстремальну або стресову ситуацію і може бути різним за інтенсивністю та динамікою у часі.

Власне, на основі своїх поглядів та теоретичних досліджень Спілбергер, спільно з Р. Горсачем (R.L. Gorsuch) та Р. Лушеном (R.E. Lushene) у 1983 році розробив методика, призначену для дослідження психологічного феномену тривожності, а саме визначення рівню ситуативної та особистісної тривожності (Шкала тривоги Спілбергера (State-Trait Anxiety Inventory, STAI)). Ця методика буде детальніше описана у наступному розділі цієї роботи.

Якщо казати про тривожність батьків, то зрозуміло, що поява в родині дитини змінює плин життя батьків, з'являються нові обов'язки та обмеження, що в свою чергу викликають стрес. Для молодих батьків, а особливо для матерів, це складний період, що часто супроводжується психологічними труднощами та емоційним виснаженням. Згідно досліджень вітчизняних науковиць Петряк Олени та Руденок Алли, для адаптації до ролі матері жінкам в середньому необхідно 8-9 місяців, а високий рівень ригідності лише посилює тривожність [28].

Руденок Алла та Ільницька Ірина, аналізуючи проблему дитячо-батьківських відноси, виділили декілька специфічних для батьків проявів тривожності, а саме:

- Геперопіка дитини (що зазвичай призводить до емоційного пригнічення дитини та обмеження її самостійності);
- Надвимогливість (перебільшені вимоги та очікування батьків відносно дитини, створюють для останньої ситуацію стресу та перманентне відчуття тиску) [43].

Крім того, почуття тривожності може посилювати психологічний стрес, що пов'язаний з народженням та вихованням дитини, а також ізольованість (відчуття, що часто виникає у матерів через відсутність часу та можливостей для спілкування з людьми поза родинним колом).

Подальша тривожність батьків пов'язується з віковим розвитком дитини та проходження нею відповідних вікових криз. Крім того, дитячі та батьківські кризи можуть проходити паралельно, що може тільки посилювати тривожні стани як дітей, так і батьків.

Поява в родині дитини з особливими потребами безумовно супроводжується тривожністю, що пов'язано з процесом прийняття батьками такої дитини. Процес прийняття дитини з особливими потребами досліджувала німецька науковиця Еріка Шуххард (Erika Schuchardt), на основі чого створила власну модель, що часто зображується у вигляді спіралі та складається з 8 ступенів:

- 1) Шок. Поява в родині дитини з особливими потребами – це потрясіння, до якого неможливо підготуватися. Батьки не можуть одразу зрозуміти ситуацію, через що часто піддаються впливу інших.

- 2) Заперечення. Спочатку батьки сумніваються у медичних висновках фахівців та починають шукати інші можливі діагнози (не такі важкі), що забирає їх час та ресурси.
- 3) Пошук. Батьки активно намагаються знайти шляхи для покращення стану дитини, але при цьому можуть забувати про важливість безумовної любові, яка часто поєднується з тривогою та розчаруванням.
- 4) Агресія. Цей ступінь характеризується для батьків відчуттям гніву на лікарів, себе та оточення, що може погіршити стосунки в родині, спричиняючи соціальну ізоляцію та збільшуючи рівень тривожності.
- 5) Депресія. Після численних невдалих спроб допомогти дитині, батьки можуть відчувати відчай, при цьому починають нехтувати власними потребами і перебувати в стані тривалої жалоби.
- 6) Примирення. Батьки починають поступово приймати ситуацію, хоча ще не повністю приймають дитину такою, якою вона є, залишаючись під тиском соціуму.
- 7) Прийняття. Батьки починають любити дитину безумовно, діагноз перестає бути визначальним, і вони знаходять радість незважаючи на труднощі.
- 8) Солідарність. Батьки об'єднуються з іншими родинами, для захисту прав своїх дітей, при цьому активно змінюючи суспільні уявлення та сприяючи змінам у соціумі [44].

Таким чином, можна підсумувати, що тривожність – це психологічна особливість особистості, яка полягає у переживанні стану тривоги очікуючи певні несприятливі чи загрозові події. Простими словами, це готовність особистості до страху. Крім того, тривожність виступає властивістю, яка обумовлює поведінку особистості. Також, виділяють особистісну та ситуативну (реактивну) тривожність.



Для будь яких батьків, а особливо для батьків дітей з особливими потребами, тривожність є нормальним явищем, що опосередкована народженням, розвитком та вихованням дитини. Однак, якщо не контролювати власну тривожність, вона може вплинути на психо-емоційний стан родини загалом та призвести до конфліктів, а подекуди, й розпаду родини.

## **2.2. Депресивний синдром**

Як вже зазначалось, українське суспільство перебуває в надзвичайно тяжких реаліях, внаслідок чого довгий час ми всі перебуваємо в стані стресу та психо-емоційного навантаження. Однак, для деяких, а особливо для батьків, перебування в такій ситуації, може бути травмуючою, через що можуть розвиватися різні депресивні стани.

Відповідно до визначень, що подаються в науковій літературі, депресію(від лат. depressio – пригнічення) у психології визначають як «афективний стан, що характеризується негативним емоційним фоном, змінами мотиваційної сфери, когнітивних уявлень і загальною пасивністю поведінки» [54, с. 88-89]. У стані депресії особистість переживає інтенсивні, болісні емоції, такі як пригніченість, тугу та розпач. Потреби, бажання й волюва активність значно знижуються. Притаманні думки про власну провину за негативні події, що сталися в її житті чи житті близьких. Відчуття відповідальності за минулі труднощі поєднується з безпорадністю перед теперішніми проблемами та відчуттям безнадійності. Самооцінка знижується, сприйняття часу змінюється — плин часу здається болісно довгим. У депресивному стані часто спостерігаються сповільненість, відсутність ініціативи, швидка стомлюваність, що призводить до значного зниження продуктивності. Важкі, хронічні депресії можуть супроводжуватися спробами самогубства [54, с. 88-89].

Зазвичай у науковій літературі депресію розділяють на два види:

- 1) функціональні стани депресії, можливі в здорових людей у рамках нормального психічного функціонування;
- 2) депресію патологічну – один з основних психіатричних синдромів [54, с. 89].

Одним з найперших науковців, що досліджували депресію став швейцарський психіатр Пауль Кільхольц (Paul Kielholz). Кільхольц відомий зокрема й тим, що досліджував методи лікування депресії: вивчав методи подолання резистентності до антидепресантів. Свого часу науковець писав про депресію наступне: «Таке збільшення захворюваності, з одного боку, можна пояснити покращенням діагностики й терапії депресивних станів, а з іншого – втратою довірливих взаємин і самотністю людини в нашому світі, що живе під гаслом «спожити – і викинути»» [9, с. 17]. Крім того, спираючись на власні наукові наробітки дослідник виокремив три форми депресії, а саме:

1. психогенні депресії (реактивні депресії, невротичні депресії, депресії виснаження, ендореактивні дистимії, інволюційні депресії);
2. ендогенні депресії (шизофренічні, біполярні та монополярні депресії);
3. соматогенні депресії (органічні та симптоматичні) [4].

Власне визначення депресії давав Аарон Бек (Aaron Beck) – американський психотерапевт та професор психіатрії. Науковець розглядав депресію як певний когнітивний стан, який характеризується активізацією дисфункціональної схеми внаслідок дії психотравмуючих факторів. Крім того, він зробив вагомий внесок в дослідження явища депресії. Спираючись на власні дослідження, Бек дійшов висновку, що негативний вплив депресії як психологічного стану охоплює внутрішні комунікативні процеси пацієнтів, зокрема такі як самоаналіз, атрибуції, висновки та пригадування. Це

проявляється у низькій самооцінці, схильності до самозвинувачень та самокритики, негативних прогнозах на майбутнє, песимістичних інтерпретаціях власних переживань та неприємних спогадах [3]. Також, виявивши основні симптоми депресії науковець розробив власну методіку для визначення депресії, детальний опис якої буде представлений у наступних розділах цієї роботи.

Швейцарський психіатр та доктор медичних наук Даніель Хелл (Daniel Hell) розглядає депресію як певний захисний механізм, що виконує функцію внутрішньої інтеграції а також забезпечує виживання у кризових ситуаціях [39].

Американський психолог Артур Ребер розглядає поняття «депресія» та «депресивний розлад» як синонімічні і подає власне визначення: депресивний розлад – це клас порушення настрою, який проявляється в одичних або повторних депресивних епізодах без манії [4].

Вітчизняна науковиця Радул Ірина Геннадіївна, узагальнюючи погляди різних вчених на явище депресії, підсумовує що депресія – це «психічний афективний стан, що характеризується зниженим настроєм, негативним емоційним фоном, змінами мотиваційної сфери, когнітивних уявлень і загальною пасивністю поведінки. В особливо складних випадках, при тривалій протяжності такого стану говорять про депресивне захворювання, яке потребує не тільки психологічного, а й медикаментозного лікування» [39].

Нині дослідженням депресії займаються багато науковців, серед них: Альберт Елліс (Albert Ellis), Керролл Ізард (Carroll Izard), Беррес Фредерік Скіннер (Burrhus Frederic Skinner) та інші.

Згідно статистики, оприлюдненою Всесвітньою організацією охорони здоров'я (World Health Organization) у 2023 році:

- Близько 3,8% людей в світі відчувають депресію, у тому числі 5% дорослих (4% серед чоловіків та 6% серед жінок) й 5,7% дорослих старше 60 років.
- Приблизно 280 мільйонів людей у світі страждають на депресію.
- Депресія приблизно на 50% частіше зустрічається серед жінок, ніж серед чоловіків.
- У всьому світі більше 10% вагітних жінок та жінок, які нещодавно народили, відчувають депресію.
- Понад 700 000 людей щорічно помирають через самогубство. Суїцид є четвертою основною причиною смерті серед молодих людей (15-29 років) [57].

Схожі данні були опубліковані проектом «Психічне здоров'я для України» (MENTAL HEALTH FOR UKRAINE – MH4U). Згідно них, принаймні один депресивний епізод мали близько 7% дорослих (частіше спостерігається у жінок). Найвища поширеність у підлітків та молодих людей 18-25 років (13%) [11].

Згідно з результатами дослідження «Прислухаючись до голосів батьків», в 2015 році в Дніпропетровській області 56% батьків дітей з ОП демонстрували ознаки депресії (оцінка проводилась за допомогою Шкали депресії Бека), причому 29% мали виражену або тяжку депресію [12, с. 26].

ВООЗ також оприлюднило данні, що станом на 2024 рік Україна займає перше місце за поширеністю депресії серед населення: показник поширеності становить 6,3%. В той же час показник поширеності депресії серед населення в США, Австралії та Естонії становить 5,9%, ці країни в рейтингу займають 2ге, 3те та 4те місця відповідно.

### 2.3. Концепція життєстійкості особистості

Поняття життєстійкості в сучасну психологію ввів американський професор психологічних наук Сальваторе Ігнаціо Мадді (Salvatore Ignazio Maddi). Значну частину своєї діяльності науковець присвятив дослідженню стресу та його впливу на людину. Під час цих досліджень, закономірно виникло питання «що за чинники сприяють успішному подоланню стресу та зниженню внутрішньої напруги?» і тоді ж з'явилася теорія життєстійкості.

Отже, згідно концепції С. Мадді, життєстійкість – це багатогранна категорія психології особистості, яка включає в себе процеси формування та становлення особистості загалом, а також її основних життєвих установок. Крім того, життєстійкість охоплює здатність особистості до адаптації, а також стратегії поведінки для подолання стресових ситуацій та екзистенційної тривоги [53]. Життєстійкість формується в дитячому та підлітковому віці, хоча теоретично її розвиток може тривати і в більш пізньому віці.

Крім того, Мадді з колегами (Kobasa S.C., Kahn S.) зазначали, що життєстійкість має три складові [61]:

- Залученість (commitment);
- Контроль (control);
- Прийняття ризику (challenge).

Залученість (commitment) – це важлива характеристика ставлення особистості до себе, навколишнього світу та характеру взаємодії з ним. Залученість дає сили і мотивує до самореалізації, лідерства, здорового способу мислення та поведінки. Ця складова життєстійкості дозволяє особистості відчувати значущість та цінність, що дає можливість повноцінно включитися в розв'язання життєвих завдань, незважаючи на стресові фактори та загальні зміни [53].

Контроль (control). Цей компонент передбачає вміння контролювати обставини, що власне допомагає особистості організувати пошук способів впливу на результати стресогенних змін, замість того, щоб впасти в стан безпорадності та пасивності [53].

Прийняття ризику (challenge) – це характеристика, що сприяє відкритості особистості до навколишнього світу, інших людей та суспільства загалом. Прийняття ризику полягає в тому, щоб особистість сприймала життєві події та проблеми як виклик/випробування особисто для себе [53].

Також, на основі зазначеної концепції Мадді у 1984 році розробив тест життєстійкості (Hardiness Survey), який буде описано в емпіричній частині цієї роботи.

Спираючись на класичну теорію життєстійкості Мадді та виклики, з якими стикається українське суспільство, вітчизняні науковці переосмислювали та доповнювали це поняття.

Так, Олена Чиханцова розглядає життєстійкість як «адаптаційний механізм особистості, що дає змогу моделювати життєві цілі та смисли, а також бачити майбутні перспективи. Життєві домагання, вимоги, очікування, бажання та надії щодо свого життя і майбутнього на шляху самореалізації та самоздійснення особистості вимагають від людини використання усіх особистісних ресурсів й адаптаційних механізмів» [53]. Крім того, науковиця досліджувала взаємозв'язок життєстійкості з цінностями особистості. Згідно одержаних результатів було доведено цей взаємозв'язок, що виявляється як «особливе ставлення людини до себе й оточуючого світу, щоб повністю включитися в розв'язання життєвих завдань, не звертаючи увагу на наявність стресогенних чинників і змін» [53].

Іван Данилюк та Вікторія Предко зазначають, що життєстійкість є комплексним психічним утворенням, яке системно впливає на поведінку і

життєдіяльність особистості, може бути ресурсом і особливо яскраво виявляється в кризових ситуаціях [7].

Вікторія Предко підкреслює, що переживаючи складні життєві ситуації, зокрема ті, що пов'язані з війною, особистість здатна, через біль та страждання, зцілитися та сформувати життєстійкість. Ця життєстійкість, в свою чергу, допомагає долати перешкоди, знаходити переваги в будь-яких ситуаціях, отримувати задоволення та ефективно організовувати своє життя. Вона надає відчуття внутрішньої рівноваги, загального психологічного благополуччя, сприяє розвитку креативності та відповідального ставлення до життєвого процесу [11, с. 89].

Світлана Миколаївна Кондратюк наголошує, в умовах надзвичайних ситуацій наявність і активізація ресурсів життєстійкості можуть допомогти запобігти розвитку наслідків травматичного стресу. Висока інтенсивність переживання стресових подій під час війни, додаткові стресові чинники та виснаження копінг-ресурсів призводять до значного зниження життєстійкості та погіршення психічного здоров'я особистості [19, с. 80].

Отже, підсумовуючи, можна ствердити, що життєстійкість є надзвичайно важливою особистісною характеристикою, що складається з трьох компонентів (залученості, контролю, прийняття ризику) та стає на заваді виникненню внутрішній напрузі в різних стресових ситуаціях, за рахунок вміння впоратися з ними (стресами) та сприйняття їх менш значущими.

## Висновки до розділу 1

Батьківство – це інтегральна категорія, якою позначають залучення матері та батька до процесу виховання дитини, реалізацію ними батьківських функцій: виховної, соціально-економічної, доглядової, комунікативної, рекреативної, психологічного захисту тощо [1]. Як і будь-який інший етап в житті людини, батьківство супроводжується певними кризовими станами.

Криза – це період, коли людина переживає стресові ситуації та/або певні важкі життєві події, що супроводжується відповідними емоційними, когнітивними та поведінковими реакціями. Кризи відрізняються за різними параметрами, як то за змістом психологічної проблеми, тривалістю, результативністю тощо. Найчастіше кризи поділяють на нормативні та ненормативні.

Сімейні кризи це такий собі перехідний період, що виводить членів родини з їх зони комфорту та провокує вирішення певних проблем абсолютно новим чином, що стимулює перехід сім'ї на наступний етап розвитку. Їх поділяють на нормативні та ненормативні та пов'язують з певними кризовими подіями, викликами та проблемами.

Що стосується кризи, що пов'язана з народженням та вихованням дитини з особливими потребами, то, враховуючи те, що поява в родині такої дитини сприймається батьками як несподівана подія, ця криза характеризується низкою емоційних реакцій, таких як: заперечення, гнів, почуття провини та емоційна адаптація. Особливо виділяють реакцію заперечення, оскільки часто в подібних ситуаціях вона набуває патологічного характеру.

Виділено вісім кризових станів в сім'ях, в яких виховуються діти з особливими потребами, а саме:

- 1) народження дитини (до 3 років);



- 2) період постановки її діагнозу (3-5 років);
- 3) період підтвердження попереднього діагнозу, підбір програми навчання (7-9 років);
- 4) перший рік навчання в школі;
- 5) перехід у старші класи;
- 6) пубертатний період;
- 7) період професійної орієнтації;
- 8) розв'язання проблем особистого життя

Крім зазначених ненормативних криз, також виділяють стрес, травматичний стрес та ПТСР. Стрес – це сукупність захисних фізіологічних реакцій, що настають в організмі тварин і людини у відповідь на вплив різних несприятливих факторів (стресорів) – холоду, голодування, психічних і фізичних травм, опромінення, крововтрати, інфекції тощо [54, с. 511].

Стрес класифікують в залежності від виду стресора та характеру його впливу. У найбільш загальній класифікації стрес поділяють на фізіологічний та психологічний. Останній підрозділяється на стрес інформаційний і стрес емоційний [54, с. 511].

Інформаційний стрес виникає у ситуаціях інформаційних перевантажень, коли суб'єкт не може впоратися з завданням, не встигає приймати правильні рішення в необхідному темпі при високій відповідальності за наслідки рішень [54, с. 511].

Емоційний стрес, як вид психологічного стресу, виникає в ситуаціях загрози, небезпеки, образи тощо. Різні форми емоційного стресу (імпульсивний, гальмовий, генералізований) призводять до змін у перебігу психічних процесів, емоційних зрушень, трансформації мотиваційної структури діяльності, а також можуть спричиняти порушення рухової та мовної поведінки [54, с. 511].

До травмуючих подій відносять: природні та техногенні катастрофи, терористичні акти, бойові дії, зґвалтування тощо. Через подібні стресові ситуації можуть виникати комплексні зміни в психо-емоційній сфері та поведінці особистості. Наявність таких змін свідчить про психічну травмованість особистості.

Психічна травма – це результат травматичного стресового впливу, який характеризується крайнім (екстремальним) ступенем стресогенності фактора, що в свою чергу руйнує систему індивідуальних захисних механізмів особистості, що призводить до серйозних порушень, від психологічних до біологічних, в цілісній системі функціонування особистості [41].

Виділено специфічні для батьків, які виховують дітей з особливими потребами, стресори:

- суб'єктивні (біологічні фактори, наприклад: фізіологічний та психічний стан дитини, в тому числі її медичний діагноз, стан здоров'я батьків, їх спосіб життя тощо);
- об'єктивні: (медикосоціальні, фінансові/матеріальні, світоглядні, правові, інформаційні, професійні, освітні).

Подоланню стресу та зниженню внутрішньої напруги сприяє така особистісна характеристика як життестійкість. Життестійкість – це багатогранна категорія психології особистості, яка включає в себе процеси формування та становлення особистості загалом, а також її основних життєвих установок. Крім того, життестійкість охоплює здатність особистості до адаптації, а також стратегії поведінки для подолання стресових ситуацій та екзистенційної тривоги [53]. Власне життестійкість складається з трьох компонентів залученості, контролю та прийняття ризику.

Враховуючи реалії сьогодення, тривожність – це психологічна особливість особистості, яка полягає у переживанні стану тривоги очікуючи певні несприятливі чи загрозливі події. Простими словами, це готовність особистості до страху. Крім того, тривожність виступає властивістю, яка

обумовлює поведінку особистості. Також, виділяють особистісну та ситуативну (реактивну) тривожність.

Депресія у психології найчастіше визначається як афективний стан, який супроводжується негативним емоційним фоном, видозмінами в емоційній та когнітивній сферах а також пасивністю поведінки загалом. Дослідження вітчизняних науковців зазначають, що для батьків дітей з ОП частіше, ніж в цілому в популяції, характерні прояви депресії [12].

## **РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЖИВАННЯ КРИЗИ БАТЬКАМИ, ЩО ВИХОВУЮТЬ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ**

### **2.1. Методологічне обґрунтування гіпотези дослідження особливостей проживання кризи батьками, що виховують дітей з особливими потребами**

Теоретичний аналіз наукової літератури дозволив нам визначити що явище батьківства як таке для особистості матері/батька супроводжується різними переживаннями, турботами та стресорами, що в свою чергу можуть призводити до кризових станів. Особливо це стосується батьків, які виховують дітей з особливими потребами. Саме тому, метою дослідження став аналіз особливостей проживання кризи батьками, що виховують дітей з ОП.

Народження дитини в родині є нормативною кризою сімейної системи. Водночас народження дитини з особливими потребами ставить перед родиною ряд додаткових завдань та вимагає залучення додаткових ресурсів. Відповідно до цього, можна припустити, що батьки дітей з особливими потребами переживають психологічну кризу. Варто зауважити, що переживання, характерні для кризи, загострюються у батьків дітей з особливими потребами під час визначних віх розвитку дитини: один рік, три роки, шість років, завершення початкової школи, закінчення середньої освіти тощо.

Також в дослідженнях сімей, що виховують дітей з особливими потребами відзначається, що ці родини мають низку труднощів, пов'язаних із бар'єрами зовнішнього середовища. До них відносяться не тільки малопристосованість інфраструктури до особливих потреб, брак необхідних для дитини фахівців (як медичних, так і педагогічних), а й соціальні бар'єри, такі як, наприклад, низьку обізнаність суспільства в питанні дітей з

особливими потребами, що, на жаль, часто призводить до зневажливого ставлення, засудження як безпосередньо дитини з особливими потребами, так і її батьків. Отже, можна вважати, що для родин дітей з ОП характерним є низька задоволеність життям та низький рівень психологічного благополуччя в цілому.

З огляду на теоретичні положення, викладені в Розділі 1, психологічна криза супроводжується проявами депресивних станів, високим рівнем реактивної та особистісної тривожності та зниженим рівнем життєстійкості особистості.

Крім того, проаналізувавши уявлення науковців про життєстійкість особистості, можна припустити, що властивості емоційної сфери особистості батьків дітей з особливими потребами пов'язані з рівнем життєстійкості особистості. Також висунуто припущення про те, що в умовах повторюваної кризи, яка ускладнюється в умовах війни, життєстійкість батьків дітей з ОП також матиме певну специфіку.

Отже, гіпотезою дослідження висунуто припущення про те, що батьки дітей з особливими потребами переживають психологічну кризу, що супроводжується високим рівнем депресії, підвищеним рівнем реактивної та особистісної тривожності, низьким рівнем задоволеності життям та зниженим рівнем загального психологічного благополуччя, що в свою чергу призводить до зниження життєстійкості.

## **2.2. Обґрунтування вибору психодіагностичного інструментарію для емпіричного дослідження**

Для дослідження особливостей проживання кризи було обрано ряд показників, зокрема показник депресії. Також в ході дослідження проаналізовано показники реактивної та особистісної тривожності. Крім того,

досліджено показники життєстійкості та його складові (залученість, контроль, прийняття ризику), що дають уявлення про навичку протистояння виникненню внутрішньої напруги у різних стресових ситуаціях та вміння подолання стресів. До того ж, проаналізовано показники задоволеності життям та показники загального психологічного благополуччя. Останній з вказаних показників свідчить про рівень дистресу особистості.

Для виконання поставлених завдань та досягнення мети емпіричного дослідження було обрано психодіагностичні методики, що дозволять визначити вираженість ознак психологічної кризи та особливості проживання кризи досліджуваними.

У рамках цієї роботи, в якості ознак психологічної кризи розглядаються задоволеність життям та загальне психологічне благополуччя.

Визначити вираженість цих ознак дозволяє методика «Шкала задоволеності життям» і методика «Індекс загального психологічного благополуччя».

Отже, для дослідження рівня задоволеності життя було використано опитувальник «Шкала задоволеності життям» (Едварда Френсіса Дінера) в адаптації Стадніка Анатолія Володимировича та Мельника Юрія Борисовича. Методика має на меті оцінку та аналіз глобальних когнітивних суджень опитаних відносно задоволеності власним життям.

Для визначення рівня загального психологічного благополуччя застосовано опитувальник «Індекс загального психологічного благополуччя» (Дюпая та Вейера) в адаптації Мельника Юрія Борисовича та Стадніка Анатолія Володимировича. Згідно цієї методики рівень психологічного благополуччя визначається як відсутність дистресу, тобто, опитувальник в першу чергу спрямований на виявлення дистресу.

Особливості проживання кризи, на нашу думку, виражаються у проявах депресії та тривожності. Для визначення вираженості цих ознак було обрано методики «Шкала депресії» та «Шкала реактивної та особистісної тривоги».

Тож, для визначення рівня депресивності досліджуваних використовувався опитувальник «Шкала депресії» (Аарона Бека). Опитувальник було розроблено на основі клінічних спостережень, що дозволили виявити набір найбільш релевантних і значущих симптомів депресії, а саме когнітивно-афективні та соматичні.

Для визначення рівня реактивної та особистісної тривожності було використано опитувальник «Шкала реактивної та особистісної тривоги» (Чарльза Дональда Спілбергера). Ця методика дозволяє визначити рівень реактивної (як стан) та особистісної (як особистісна риса) тривожності.

Для визначення індивідуальних особливостей життєстійкості особистості використано методику «Тест життєстійкості» (Сальвадоре Мадді). Ця методика дозволяє визначити рівень сформованості таких складових життєстійкості особистості як залученість, контроль та прийняття ризику. Крім того, зазначена методика дає змогу визначити рівень життєстійкості або, інакше кажучи, рівень вміння особистості протистояти виникненню внутрішньої напруги у різних стресових ситуаціях та вміння подолання стресів.

### РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЖИВАННЯ КРИЗИ БАТЬКАМИ, ЩО ВИХОВУЮТЬ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ

#### 3.1. Організація та методи емпіричного дослідження

**Метою** емпіричного дослідження було дослідження особливостей проживання кризи батьками, що виховують дітей з особливими освітніми потребами.

Тож, відповідно до зазначеної мети, було поставлено наступні завдання даного дослідження:

1. Визначити рівень депресивності;
2. Визначити рівень реактивної та особистісної тривожності;
3. Дослідити рівень життєстійкості;
4. Визначити рівень задоволеності життям;
5. Дослідити загальне психологічне благополуччя;
6. Встановити кореляції між досліджуваними явищами.

Відповідно до поставленої мети та завдань, були підібрані відповідні методики:

1. Опитувальник «Шкала задоволеності життям» (Satisfaction with Life Scale, SWLS), адаптація Стаднік А. В., Мельник Ю. Б.;
2. «Індекс загального психологічного благополуччя» (Psychological General Well-Being Index – PGWBI (Dupuy & Ware), адаптація Мельник Ю. Б., Стаднік А. В.;
3. Опитувальник «Шкала депресії» А. Бек;
4. Опитувальник «Шкала реактивної та особистісної тривоги» (State-Trait Anxiety Inventory (STAI)) Спілбергер Ч. Д.;
5. Тест життєстійкості (Hardiness Survey) С. Мадді.



Емпіричне дослідження було проведено під час проходження переддипломної практики з 11.11.2024 по 13.12.2024 на базі КЗО «Дніпропетровський обласний методичний ресурсний центр» ДОР». У цьому дослідженні взяли участь 52 особи – батьки дітей з особливими потребами, віком від 23 до 46 років. Серед них 30 жінок (58%) та 22 чоловіки (42%).

Вибірка була сформована за допомогою процедури підбору за наявності у дорослих дитини з особливими потребами, в тому числі з інвалідністю. Наявність особливих потреб у дітей засвідчено висновками про комплексну оцінку розвитку дитини або довідками лікарсько-консультативної комісії про інвалідність. Детальніше характеристики вибірки дослідження представлені на рис. 3.1. Також, варто зазначити, що всі учасники добровільно взяли участь у дослідженні, вони були ознайомлені з метою дослідження та інструкціями до наданих методик.

	A	B	C	D	E	F
1	Стать	Вік	Стать дитини	Вік дитини	Брати/сестри	Повна/неповна родина
2	ж	25	ч	3	є	неповна
3	ж	44	ж	5	немає	повна
4	ж	32	ж	9	немає	неповна
5	ч	35	ч	8	немає	повна
6	ж	44	ч	15	є	повна
7	ч	46	ч	15	є	повна
8	ч	23	ж	3	немає	повна
9	ч	35	ч	7	немає	повна
10	ж	42	ч	8	є	повна
11	ж	45	ж	16	немає	повна
12	ж	43	ж	15	є	неповна
13	ж	39	ж	8	є	неповна
14	ж	42	ч	7	немає	повна
15	ж	36	ж	11	немає	повна
16	ж	30	ж	9	немає	неповна
17	ч	43	ч	3	є	повна
18	ж	36	ч	3	є	повна
19	ч	31	ч	3	є	повна
20	ж	34	ч	3	є	повна
21	ч	45	ж	12	є	повна
22	ж	42	ж	12	є	повна
23	ч	31	ч	2	є	повна
24	ж	35	ч	2	є	повна
25	ж	41	ч	3	немає	повна
26	ч	40	ч	3	немає	повна
27	ж	38	ж	7	є	повна
28	ч	44	ж	7	є	повна
29	ж	35	ж	3	немає	повна
30	ч	40	ж	3	немає	повна
31	ч	31	ж	1	немає	повна
32	ж	29	ж	1	немає	повна
33	ж	27	ч	3	є	повна
34	ч	30	ч	3	є	повна
35	ж	37	ч	8	є	повна
36	ч	39	ч	8	є	повна
37	ч	25	ж	2	немає	повна
38	ж	26	ж	2	немає	повна
39	ж	45	ч	11	немає	неповна
40	ч	43	ч	9	немає	неповна
41	ч	33	ж	5	є	повна
42	ж	37	ж	5	є	повна
43	ж	46	ж	7	немає	неповна
44	ж	43	ж	4	немає	неповна
45	ч	31	ч	6	є	повна
46	ж	32	ч	6	є	повна
47	ч	29	ж	1	немає	повна
48	ж	34	ж	10	є	повна
49	ч	40	ж	12	немає	повна
50	ж	40	ж	12	немає	повна
51	ч	25	ч	2	немає	неповна
52	ч	39	ж	5	є	повна
53	ж	29	ж	5	є	повна

Рис. 3.1. Характеристика досліджуваної вибірки.

## **Визначення рівня задоволеності життям**

Для дослідження рівня задоволеності життя було використано опитувальник «Шкала задоволеності життям» (Satisfaction with Life Scale, SWLS), адаптація Стаднік А. В., Мельник Ю. Б. Оригінальна методика була розроблена американським психологом Едвардом Френсісом Дінером (Edward Francis Diener) спільно з колегами (Emmons R. A., Larsen R.J., Griffin S.) у 1985 році і призначена для оцінювання глобальних когнітивних суджень відносно задоволеності власним життям.

Цей опитувальник складається з 5 пунктів, кожен з яких оцінюється від 1 до 7 балів. Результатом є сума балів за кожним з представлених пунктів. Числовим показникам відповідають наступні рівні задоволеності життям:

30-35 – дуже задоволений;

25-29 – задоволений;

20-24 – дещо задоволений;

15-19 – дещо незадоволений;

10-14 – не задоволений;

5-9 – вкрай незадоволений.

## **Дослідження загального психологічного благополуччя**

Останнім досліджуваним, в рамках цієї роботи, явищем стало загальне психологічне благополуччя, яке вимірювалось за допомогою опитувальника «Індекс загального психологічного благополуччя» (Psychological General Well-Being Index – PGWBI), адаптація Мельник Ю. Б., Стаднік А. В.. Авторами оригінальної методики є Дюпай (Duryu) та Вейр (Ware), які розробили та оприлюднили її у 1984 році.

Опитувальник складається з 22 пунктів, на кожен з яких передбачено 6 варіантів відповіді, що оцінюються від 0 до 5 балів. Результатом є сума балів

за всіма пунктами відповідно до ключа. Отримані результати передбачають наступну інтерпретацію:

0-55 балів – сильний дистрес;

56-65 балів – помірний дистрес;

66-110 балів – відсутність дистресу або стан психологічного благополуччя.

### **Визначення рівня депресивності**

Для визначення рівня депресивності досліджуваних використовувався опитувальник «Шкала депресії» автором якого є Аарон Бек.

Опитувальник розроблений у 1961 році американським психотерапевтом Аароном Беком, на основі клінічних спостережень, що дозволили виявити набір найбільш релевантних і значущих симптомів депресії. Ця методика складається з 21 питання на кожне з яких передбачено 4 варіанти відповіді. За відповіді нараховується:

«а» – 0 балів;

«б» – 1 бал;

«в» – 2 бали;

«г» – 3 бали.

Результати за цим опитувальником обробляються за відповідним ключем, згідно з яким, результатом є сума балів за всіма пунктами. У тому випадку, якщо в окремих позиціях респондент обирає не одне а кілька тверджень, рахують їх також [33].

За цією методикою числові показники результатів свідчать про:

0-9 – відсутність депресивних симптомів;

10-15 – легку депресію (субдепресію);

16-19 – помірну депресію;

20-29 – виражену депресію (середньої тяжкості);

30-63 – важку депресію.

### **Визначення рівня реактивної та особистісної тривожності досліджуваних**

Рівень реактивної та особистісної тривожності досліджувався за допомогою опитувальника «Шкала реактивної та особистісної тривоги» (State-Trait Anxiety Inventory (STAI)) автором якого є Чарльз Дональд Спілбергер. Цей тест належить до методик, за допомогою яких досліджують психологічний феномен тривожності. Цей опитувальник складається з 40 питань, у тому числі з 20 питань, які характеризують реактивну тривожність (опитувальник А) та ще 20 питань, які характеризують особистісну тривогу (опитувальник Б) [33].

Тож, для визначення рівня реактивної та особистісної тривожності досліджуваним було запропоновано два бланки питань, по 20 питань кожен, які вони повинні були оцінити за шкалою:

Зовсім ні (1 бал);

Мабуть, так (2 бали);

Так (3 бали);

Абсолютно так (4 бали).

Рівень реактивної тривожності обчислюється за формулою:

$$Tr = EP - Ep + 50$$

Де:

Tr – показник реактивної тривожності;

EP – сума балів за прямими питаннями (3, 4, 6, 7, 9, 12, 14, 15, 17, 18);

Еро – сума балів за зворотними питаннями (1, 2, 5, 8, 10, 11, 13, 16, 19, 20).

Рівень особистісної тривожності обчислюється за формулою:

$$Тл = ЕЛП - Ело + 35$$

Де:

Тл – показник особистісної тривожності;

ЕЛП – сума балів за прямими питаннями (22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40);

Ело – сума балів за зворотними питаннями (21, 26, 27, 30, 33, 36, 39).

Якщо числовий показник реактивної тривожності не перевищує 30, то, особа, яку опитували, не відчуває особливої тривоги, тобто у неї в даний момент виявляється низька тривожність. Якщо сума знаходиться в інтервалі 31-45, то це свідчить про помірну тривожність. При 46 і більше – тривожність висока.

Дуже висока тривожність (>46) прямо корелює з наявністю невротичного конфлікту, з емоційними й невротичними зривами та з психосоматичними захворюваннями.

Низька тривожність (<12), навпаки, характеризує стан як депресивний, ареаактивний, з низьким рівнем мотивацій. Але іноді дуже низька тривожність у показниках тесту є результатом активного витіснення особою високої тривоги з метою показати себе в "кращому світлі" [27].

### **Дослідження рівня життєстійкості**

Тест життєстійкості (Hardiness Survey) це опитувальник розроблений у 1984 році американським психологом Сальваторе Мадді.

Згідно концепції Мадді, життєстійкість (hardiness) є системою переконань про себе, навколишній світ і взаємодію з ним. Це особистісна риса,

що включає три відносно автономні компоненти: залученість, контроль та прийняття ризику. Виразність цих компонентів і життєстійкості в цілому допомагає уникати внутрішньої напруги в стресових ситуаціях, завдяки стійким умінням подолання труднощів і сприйняттю цих труднощів як менш значущих [33].

Результатом, згідно ключа цієї методики, є сума балів за всіма пунктами. Отримані результати порівнюються із нормативними.

*Таблиця 3.1.*

### **Нормативні значення за тестом життєстійкості**

Норми	Життєстійкість	Залученість	Контроль	Прийняття ризику
Середнє значення	80,72	37,64	29,17	13,91
Стандартне відхилення	18,53	8,08	8,43	4,39

### **3.2. Результати дослідження та їх інтерпретація**

Переходячи безпосередньо до результатів емпіричного дослідження, варто почати з огляду отриманих результатів за методикою «**Шкала задоволеності життям**». Детальні результати представлені у Додатку Б.

Відповідно до отриманих даних можна дійти висновку, що досліджувані мають наступні рівні задоволеності життям:

- Дуже задоволений/задоволена – 10 осіб (з яких 5 жінок та 5 чоловіків) – 19% вибірки;
- Задоволений/задоволена – 17 осіб (з яких 9 жінок та 8 чоловіків) – 33% вибірки;

- Дещо задоволений/ задоволена – 11 осіб (з яких 6 жінок та 5 чоловіків) – 21% вибірки;
- Дещо незадоволений/незадоволена – 14 осіб (з яких 10 жінок та 4 чоловіка) – 27% вибірки;
- Незадоволений/незадоволена – не виявлено;
- Вкрай незадоволений/незадоволена – не виявлено.

Отже, серед досліджуваних переважають особи, які задоволені (33%) та дещо незадоволені (27%) власним життям. Детальніше ці результати представлені на рисунку 3.2.

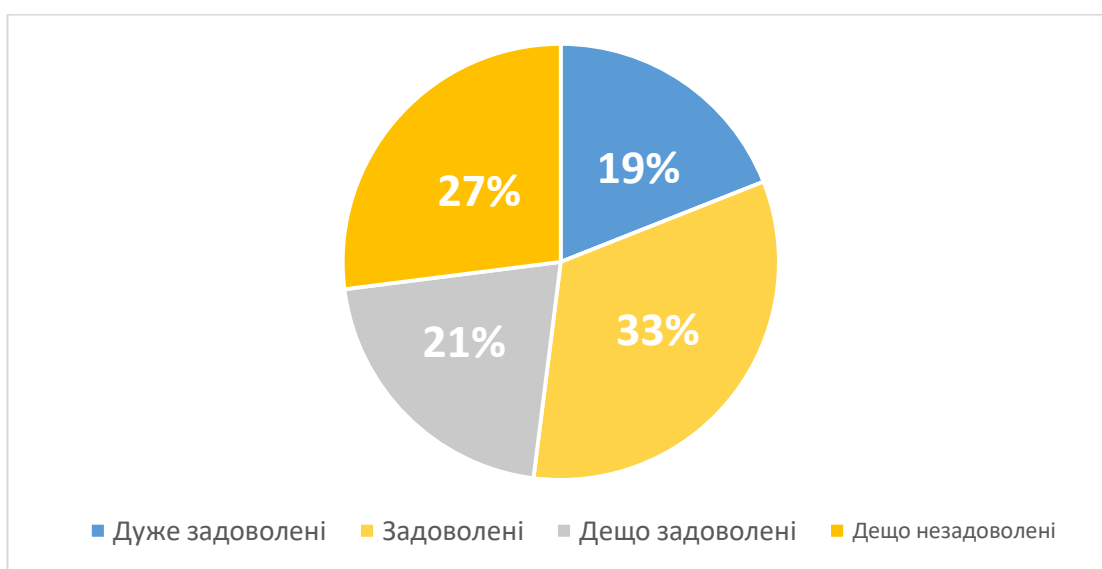


Рис.3.2. Відсоткове відношення опитаних з різним рівнем задоволеності життям.

Що стосується середнього загального числового показника, то за цією методикою він склав 24,5, що відповідає шкалі «задоволений/задоволена» життям.

Емпіричне дослідження рівня загального психологічного благополуччя, дозволило з'ясувати, що досліджувані мають наступні прояви дистресу (детальніше про результати опитування у Додатку В):

- Сильний дистрес – 2 особи (жінки) – 4% вибірки;
- Помірний дистрес – 19 осіб (з яких 13 жінок та 6 чоловіків) – 36% вибірки;
- Відсутність дистресу – 31 особа (з яких 15 жінок та 16 чоловіків) – 60% вибірки.

Отже, як стає зрозуміло з отриманих результатів, у більшості досліджуваних відсутній дистрес, або, інакше кажучи, вони перебувають в стані психологічного благополуччя.

Наочніше отримані дані представлено на рисунку 3.3.

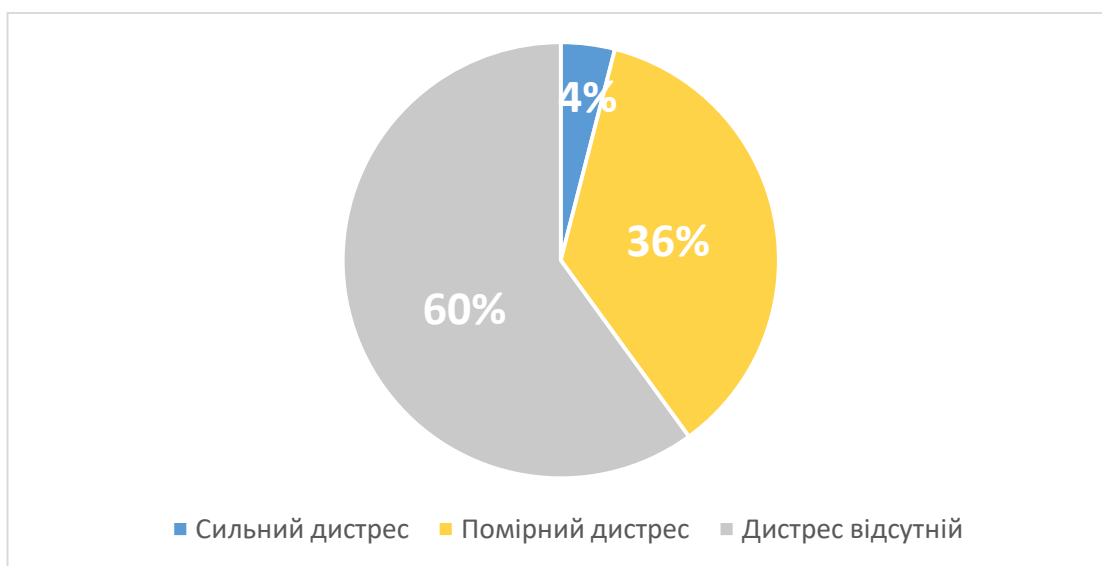


Рис.3.3. Відсоткове відношення опитаних з різним рівнем загального психологічного благополуччя.

Крім того, середній загальний числовий показник за цією методикою склав 73,92, що відповідає відсутності дистресу або стану психологічного благополуччя.

Результати за методикою «Шкала депресії» (А. Бек), дозволили дослідити рівень депресивних симптомів. Детальні результати опитування представлені у Додатку Г.



За допомогою шкали депресії було з'ясовано, що досліджувані мають наступні рівні депресії:

- Важка депресія – 1 особа (жінка) – 2% вибірки;
- Виражена депресія (середньої тяжкості) – 5 осіб (з них 4 жінки та 1 чоловік) – 10% вибірки;
- Помірна депресія – 8 осіб (з них 5 жінок та 3 чоловіки) – 15% вибірки;
- Легка депресія (субдепресія) – 17 осіб (з них 10 жінок та 7 чоловіків) – 33% вибірки;
- Відсутні депресивні симптоми – 21 особа (з них 10 жінок та 11 чоловіків) – 40% вибірки.

Більш наочно отримані результати представлені на рисунку 3.4.

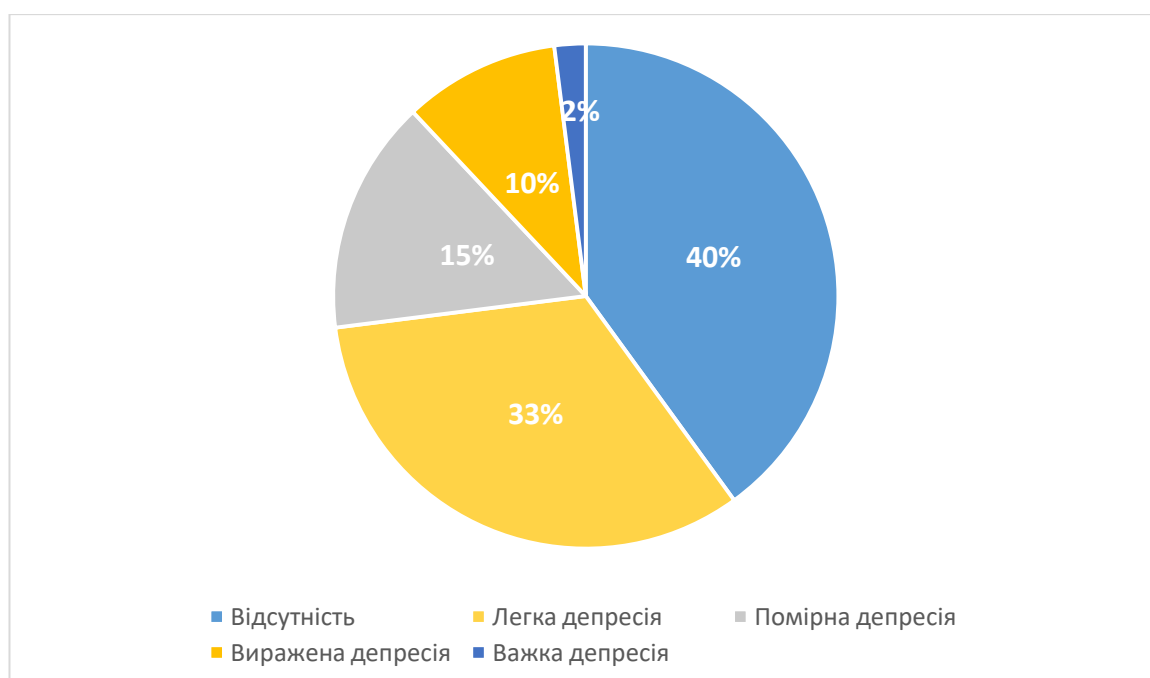


Рис. 3.4. Відсоткове відношення досліджуваних з різним рівнем депресивності.

Середній загальний числовий показник за цією методикою склав 11, 7, що відповідає легкій депресії (субдепресії).

За допомогою методики «Шкала реактивної та особистісної тривоги» (Спілбергера Ч. Д.) було визначено рівень реактивної та особистісної тривожності досліджуваних. Детальні результати за цим тестом представлені у Додатку Д.

Відповідно до отриманих даних можна дійти висновку, що досліджувані мають наступні рівні *реактивної тривожності*:

- Високий рівень – 19 осіб (з них 11 жінок та 8 чоловіків) – 36% вибірки;
- Помірний рівень – 29 осіб (з них 18 жінок та 11 чоловіків) – 56% вибірки;
- Низький рівень – 4 особи (з них 1 жінка та 3 чоловіки) – 8% вибірки.

Наочніше ці дані представлені на рисунку 3.5.

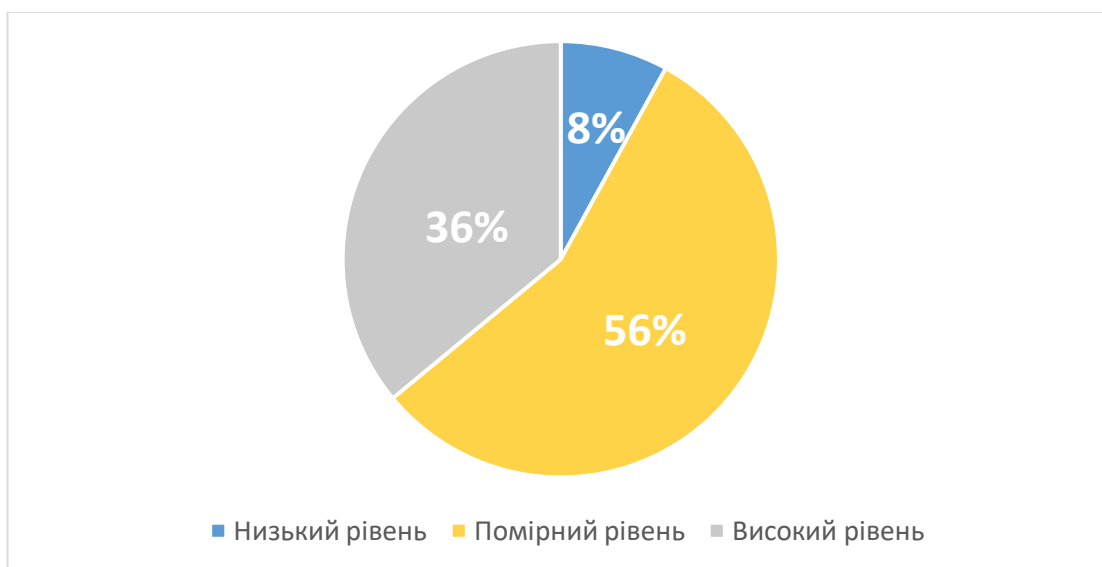


Рис.3.5. Відсоткове відношення опитаних з різним рівнем реактивної тривожності.

Також, було з'ясовано, що досліджувані мають такі *рівні особистісної тривожності*:

- Високий рівень – 20 осіб (з них 13 жінок та 7 чоловіків) – 39% вибірки;
- Помірний рівень – 22 осіб (з них 12 жінок та 10 чоловіків) – 42% вибірки;
- Низький рівень – 10 особи (з них 5 жінок та 5 чоловіків) – 19% вибірки.

Для наочності ці дані подані на рисунку 3.6.

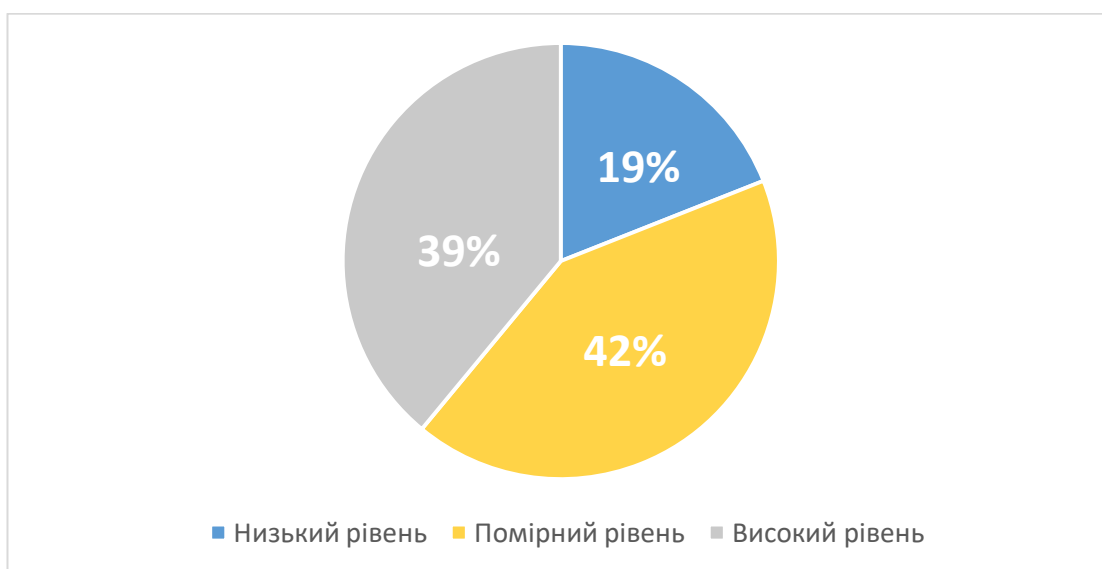


Рис.3.6. Відсоткове відношення опитаних з різним рівнем особистісної тривожності.

Загальний середній показник реактивної тривожності серед досліджуваних склав 43,23 бала, особистісної – 41,88 бала, що в обох випадках свідчить про помірну тривожність.

Емпіричне дослідження рівня життєстійкості, за допомогою тесту Сальваторе Мадді, дозволило з'ясувати рівень таких складових, як: залученість, контроль, прийняття ризику (розгорнуті результати опитування представлені у Додатку Е).

Відповідно до отриманих даних за зазначеною методикою, можна підсумувати, що складові життестійкості досліджуваних розвинені на нормальному та рівні вище норми. Загальні середні показники за усіма шкалами:

Залученість:  $\bar{X} = 37,07$  (норма);

Контроль:  $\bar{X} = 31,3$  (норма);

Прийняття ризику:  $\bar{X} = 16,5$  (норма).

Наочніше отримані результати представлені на рисунку 3.7.

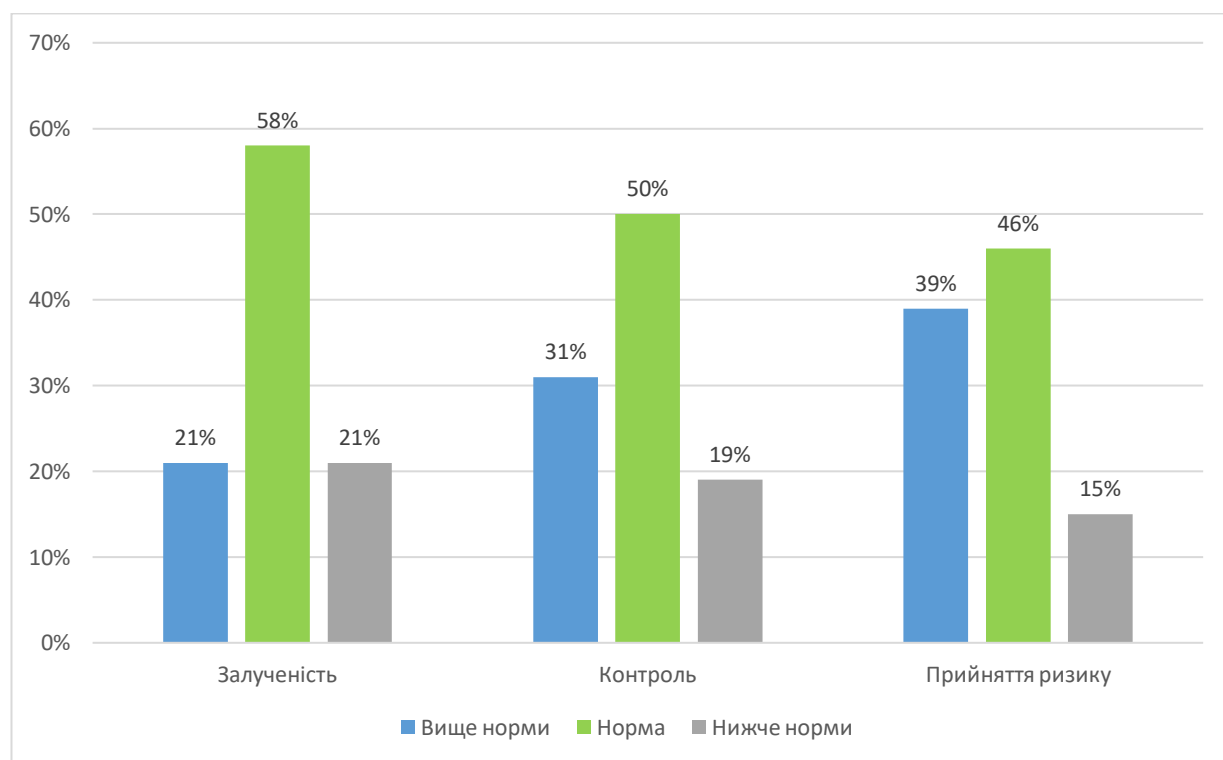


Рис. 3.7. Представленість у вибірці дослідження складових життестійкості різного рівня сформованості.

Що стосується загального рівня життестійкості, то майже у половини досліджуваних показник рівня життестійкості знаходиться у межах норми або вище норми. Це свідчить про те, що досліджувані мають стійко сформоване

вміння боротьби з різного роду стресами і, відповідно, сприймають стресори менш значущими.

Для більшої наочності отримані дані представлені на рисунку 3.8.

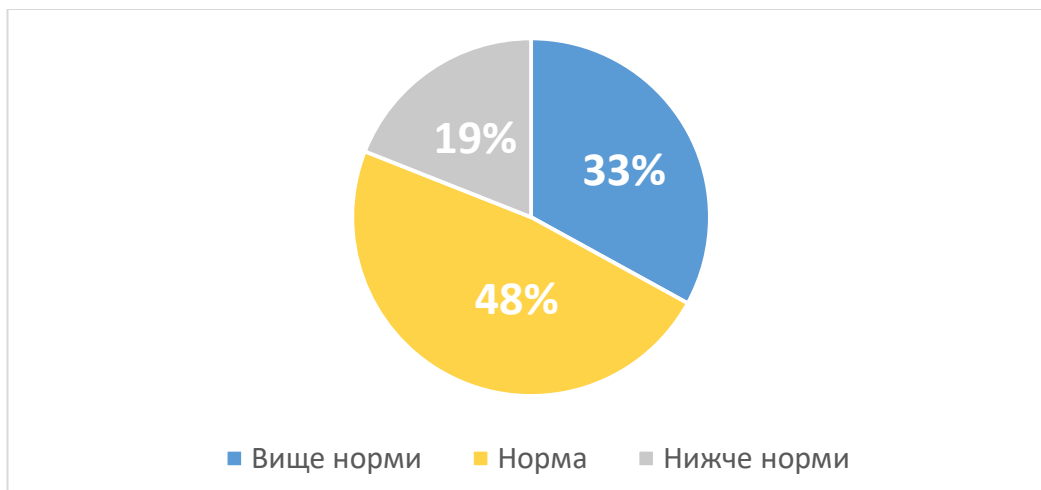


Рис.3.8. Відсоткове відношення опитаних з різним рівнем життєстійкості.

Середній загальний числовий показник життєстійкості склав 84,94 що відповідає нормативним показникам.

### Результати кореляційного аналізу

Для кореляційного аналізу отриманих даних застосовано коефіцієнт кореляції Пірсона. Коефіцієнт кореляції Пірсона – це показник кореляції (лінійної залежності) між двома змінними X та Y, який набуває значень від -1 до +1 включно.

Коефіцієнт кореляції Пірсона за властивостями аналогічний коваріації, але завдяки нормуванню (у знаменнику – добуток стандартних відхилень обох величин) є безрозмірною величиною [18]:

$$R_{xy} = \frac{M[(X - M_x)(Y - M_y)]}{\sigma_x \sigma_y}$$

Передумовами використання коефіцієнта кореляції Пірсона є те, що:

усі спостереження взаємно незалежні;

спостереження мають нормальний закон розподілу.

На відміну від функціональної залежності, наприклад функції логарифму або синусу, коли кожному значенню однієї величини відповідає точно відоме значення другої, імовірнісний зв'язок характеризується тим, що кожному значенню однієї змінної відповідає множина значень другої змінної. Сила зв'язку характеризується також і абсолютною величиною коефіцієнта кореляції. Чим ближче до 1 або -1 значення кореляції, тим сильніший зв'язок. Якщо значення знаходиться ближче до 0, то це означає слабкий зв'язок [18].

За результатами кореляційного аналізу було виявлено ряд значущих показників коефіцієнта кореляції Пірсона, які свідчать про наявність зв'язків між досліджуваними явищами. Зокрема:

– Виявлена пряма кореляція між реактивною (0,655) і особистісною (0,786) тривожністю та депресивністю. Тобто, чим більший рівень тривожності, тим більше особистість схильна до депресивних станів та депресії в цілому.

– Виявлена зворотна кореляція між реактивною (-0,584) і особистісною (-0,720) тривожністю та життєстійкістю особистості. Інакше кажучи, чим більший рівень тривожності, тим менший рівень життєстійкості. Власне, низький рівень життєстійкості свідчить про низьку опірність особистості до виникнення внутрішньої напруги в умовах стресових ситуацій.

– Існує зворотна кореляція між реактивною (-0,704) і особистісною (-0,627) тривожністю та рівнем задоволеності життям. Тобто, чим більше рівень тривожності особистості, тим менше вона буде задоволена власним життям. Це можна пояснити тим, що підвищений рівень тривожності безпосередньо має вплив на якість життя особистості: особистість, яка перебуває в несприятливих обставинах (наприклад, хвилюється за власну безпеку та безпеку своєї родини в умовах воєнного стану), схильна до

виникнення тривожних станів, через що може бути незадоволенна власним життям.

Крім того, було виявлено зворотну кореляцію між реактивною (-0,758) і особистісною (-0,729) тривожністю та рівнем психологічного благополуччя. Це свідчить про те, що чим більший у особистості рівень тривожності, тим менше буде рівень її загального психологічного благополуччя. В свою чергу низький рівень психологічного благополуччя вказує на наявний дистрес, тобто стан, при якому особистість не може адаптуватися до стресових ситуацій, через що проявляється дезадаптивна поведінка (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

**Результати кореляційного аналізу між реактивною та особистісною тривожністю та іншими досліджуваними явищами**

Рівень тривожності	Депресія	Життєстійкість	Задоволеність життям	Психологічне благополуччя
Реактивна тривожність	<b>0,655</b>	<b>-0,584</b>	<b>-0,704</b>	<b>-0,758</b>
Особистісна тривожність	<b>0,786</b>	<b>-0,720</b>	<b>-0,627</b>	<b>-0,729</b>

Кореляційний аналіз показників досліджуваних явищ (депресії, реактивної та особистісної тривожності, задоволеності життям, психологічного благополуччя) з показниками окремих складових життєстійкості особистості дозволив з'ясувати, що:

– Існує зворотна кореляція між залученістю (-0,750), контролем (-0,750) і прийняттям ризику (-0,741) та показником депресії. Тобто, чим більше у особистості виражені депресивні стани, тим менше у неї проявляються складові життєстійкості. Інакше кажучи, особистість, що має депресію не отримує задоволення від своєї діяльності (низький рівень залученості), відчуває власну безпорадність (низький рівень контролю) та не йде на ризики, зокрема заради особистісного розвитку (низький рівень прийняття ризику).

– Наявна зворотна кореляція між контролем (-0,588) і прийняттям ризику (-0,657) та реактивною тривожністю. Тобто, чим вищий рівень реактивної тривожності, тим меншими будуть контроль та прийняття ризику. Це можна пояснити тим, що реактивна тривожність, це стан, який виникає як емоційна реакція (напруга, занепокоєння, заклопотаність, неврозність) у відповідь на стресову ситуацію і в такому стані особистість може відчувати безпорадність (низький рівень контролю) й не йти на додаткові ризики та/чи прагнути простого комфорту та безпеки (низький рівень прийняття ризику).

– Також наявна зворотна кореляція між залученістю (-0,648), контролем (-0,675) і прийняттям ризику (-0,754) та особистісною тривожністю. Інакше кажучи, чим вищий рівень особистісної тривожності, тим меншими будуть показники складових життєстійкості. Оскільки особистісна тривожність це риса особистості, яка виявляється в стійкій реакції підвищеного неспокою відносно загрозливих обставин (або таких, що здаються загрозливими), то, відповідно, особистості з такою рисою будуть притаманні відчуття себе «поза» життям (низький рівень залученості), відчуття власної безпорадності (низький рівень контролю) та уникання ризиків й перебування у власній зоні комфорту (низький рівень прийняття ризику).

– Наявна пряма кореляція між контролем (0,670) і прийняттям ризику (0,734) та задоволеністю життям. Тобто, це свідчить про те, що чим більший рівень контролю та прийняття ризику, тим більше особистість задоволена своїм життям. Іншими словами, задоволена своїм життям особистість:



впевнена у тому, що боротьба дозволяє вплинути на результат того, що відбувається; відчуває що самостійно обирає свою діяльність та життєвий шлях загалом (високий рівень контролю); переконана в тому, що все те, що з нею трапляється, сприяє її розвитку за рахунок набуття знань та досвіду; готова йти на ризики та виходити з зони комфорту (високий рівень прийняття ризику).

– Існує пряма кореляція між залученістю (0,695), контролем (0,762) і прийняттям ризику (0,813) та психологічним благополуччям. Тобто, чим вищий рівень показників життєстійкості (залученості, контролю та прийняття ризику), тим вищий рівень психологічного благополуччя. Власне, високий рівень психологічного благополуччя свідчить про відсутність дистресу, тобто особистість здатна адаптуватися до стресових ситуацій і, відповідно вона є впевненою у собі, отримує задоволення від того, що робить (високий рівень залученості), бориться за успіх у різних ситуаціях (високий рівень контролю) а також здатна до виходу з зони комфорту та готова йти на ризики заради досягнення успіху (високий рівень прийняття ризику).

Отже, описані кореляції наочно викладені у таблицях 3.3 та 3.4.

*Таблиця 3.3.*

**Взаємозв'язок депресії та тривожності із показниками складових життєстійкості особистості**

Емоційні прояви	Складові компоненти життєстійкості		
	Залученість	Контроль	Прийняття ризику
Депресія	<b>-0,750</b>	<b>-0,750</b>	<b>-0,741</b>
Реактивна тривожність	-0,458	<b>-0,588</b>	<b>-0,657</b>
Особистісна тривожність	<b>-0,648</b>	<b>-0,675</b>	<b>-0,754</b>

Таблиця 3.4.

**Взаємозв'язок показників задоволеності життям і загального благополуччя із показниками складових життєстійкості особистості**

Показники якості життя	Складові компоненти життєстійкості		
	Залученість	Контроль	Прийняття ризику
Задоволеність життям	0,487	<b>0,670</b>	<b>0,734</b>
Загальне психологічне благополуччя	<b>0,695</b>	<b>0,762</b>	<b>0,813</b>

Після опису кореляційного аналізу показників компонентів життєстійкості, варто перейти безпосередньо до аналізу життєстійкості. Отже, в результаті кореляційного аналізу, було виявлено зв'язки між життєстійкістю та іншими досліджуваними явищами, а саме:

– Виявлено зворотну кореляцію між рівнем життєстійкості та рівнем депресії (-0,799). Тобто, чим вищий рівень життєстійкості, тим менший рівень депресії. З цього випливає те, що особистість, яка має навичку переборювати різні стресові ситуації та сприймати їх менш значущими, менш схильна до депресивних станів.

– Існує зворотна кореляція між життєстійкістю та реактивною (-0,584) і особистісною (-0,720) тривожністю. Це свідчить про те, що чим вища життєстійкість, тим менша тривожність.

– Виявлено пряму кореляцію між життєстійкістю та задоволеністю життям (0,647). Тобто, чим більша життєстійкість, тим більша в особистості задоволеність власним життям.

– Також існує пряма кореляція між життєстійкістю та психологічним благополуччям (0,789). Інакше кажучи, чим більша життєстійкість особистості, тим більший рівень її психологічного благополуччя. Тобто,

можна припустити, що життєстійкість особистості прямо пов'язана з відсутністю дистресу в її житті (що є свідченням загального психологічного благополуччя цієї особистості) (табл. 3.5).

Таблиця 3.5.

**Результати кореляційного аналізу між життєстійкістю та іншими досліджуваними явищами**

	Депресія	Реактивна тривожність	Особистісна тривожність	Задоволеність життям	Психологічне благополуччя
Життєстійкість	<b>-0,799</b>	<b>-0,584</b>	<b>-0,720</b>	<b>0,647</b>	<b>0,789</b>

Крім того, також були виявлені зворотні кореляції між:

– Депресією та задоволеністю життям (-0,685). Тобто, чим вищий рівень депресії, тим менше особистість задоволена власним життям. На основі даної кореляції можна стверджувати, що особистість, яка не задоволена власним життям, з високою ймовірністю може перебувати в депресивному стані.

– Депресією та психологічним благополуччям (-0,814). Тобто, чим вищий рівень депресії, тим менший рівень психологічного благополуччя. Це свідчить про наявність стану, через який особистість не може пристосуватись до стресових умов, на основі чого можуть виникати, зокрема і, депресивні стани.

### Висновки до розділу 3

Метою емпіричного дослідження було дослідження особливостей проживання кризи батьками, що виховують дітей з особливими освітніми потребами.

Емпіричне дослідження було проведено під час проходження переддипломної практики (з 11.11.2024 по 13.12.2024). У дослідженні взяли участь 52 особи – батьки дітей з особливими потребами, віком від 23 до 46 років. Серед них 30 жінок (58%) та 22 чоловіки (42%).

Для здійснення безпосереднього дослідження, було використано наступні методики:

- 1) Опитувальник «Шкала задоволеності життям» (Satisfaction with Life Scale, SWLS), адаптація Стаднік А. В., Мельник Ю. Б.;
- 2) «Індекс загального психологічного благополуччя» (Psychological General Well-Being Index – PGWBI (Dupuy & Ware), адаптація Мельник Ю. Б., Стаднік А. В.;
- 3) Опитувальник «Шкала депресії» А. Бек;
- 4) Опитувальник «Шкала реактивної та особистісної тривоги» (State-Trait Anxiety Inventory (STAI)) Спілбергер Ч. Д.;
- 5) Тест життєстійкості (Hardiness Survey) С. Мадді.

Відповідно до зазначених методик, було виявлено, що у 60% досліджуваних наявні депресивні симптоми різного ступеню вираженості, у 56% досліджуваних помірний рівень реактивної тривожності, у 42% помірний рівень особистісної тривожності, а також 33% досліджуваних задоволені власним життям. Крім цього, у більшості досліджуваних (60%) відсутній дистрес, що свідчить про загальне психологічне благополуччя.

Що стосується тесту життєстійкості С. Мадді, то за цією методикою були отримані наступні середні показники за шкалами цієї методики:

Залученість:  $\bar{X} = 37,07$  (норма);

Контроль:  $\bar{X} = 31,3$  (норма);

Прийняття ризику:  $\bar{X} = 16,5$  (норма).

Крім того, середній загальний числовий показник життєстійкості склав 84,94 що відповідає нормативним показникам.

За результатами кореляційного аналізу було виявлено ряд значущих показників коефіцієнта кореляції Пірсона, які свідчать про наявність зв'язків між досліджуваними явищами. Проаналізувавши виявлені кореляційні зв'язки, можна дійти наступних висновків, а саме, що наявність прямої кореляції між реактивною (0,655) і особистісною (0,786) тривожністю та депресивністю, свідчить про те, що високі показники реактивної тривожності сприяють підвищенню показників депресивності. Тобто, чим більше особистість схильна до емоційної реакції на стрес, яка проявляється напруженістю, занепокоєнням та заклопотанням, тим більша ймовірність розвитку депресивних симптомів як апатія, смуток, занепокоєність або роздратування, андегонія та наявний низький рівень активності.

Зворотна кореляція між реактивною (-0,584) і особистісною (-0,720) тривожністю та життєстійкістю особистості свідчить, що підвищенні показники реактивної тривожності сприяють зменшенню показників життєстійкості особистості. Тобто, в ситуаціях стресу особам властива емоційна реакція як то занепокоєння, нервозність, через що людина не має можливості аналізувати ситуацію та знаходити варіанти вирішення проблем. Високий рівень особистісної тривожності сприяє низькому прояву життєстійкості. Тобто, батькам властива низька здатність справлятися з життєвими складнощами та стресовими ситуаціями.

Виявлена зворотна кореляція між реактивною (-0,704) і особистісною (-0,627) тривожністю та рівнем задоволеності життям свідчить про те, що підвищений рівень тривожності зменшує рівень задоволеності життям. Тобто,

чим сильніше особистість переживає стресові ситуації та схильна до тривоги, тим менше вона відчуває задоволеність від життя та переживає менше позитивних емоцій. Високий рівень особистої тривожності сприяє зниженню рівня задоволеності життям. Тобто, батькам, що схильні до тривожних думок та постійних переживань, не властива здатність насолоджувати життям, на фоні чого їх сприйняття набуває негативного спрямування.

Зворотна кореляція між реактивною (-0,758) і особистісною (-0,729) тривожністю та рівнем психологічного благополуччя висвітлює наступне: високий рівень реактивної тривожності значно знижує рівень психологічного благополуччя. Це свідчить про те, що досліджувані схильні до постійного переживання емоційного дискомфорту у відповідь на різноманітні стресори, що спричиняє виникнення тривоги, напруги та зниження здатності до адаптації та емоційної стабільності. Високі показники особистісної тривожності знижують рівень психологічного благополуччя. Люди, які мають особистісну тривожність схильні переживати постійну напругу та неврівноваженість, що знижує здатність особистості відчувати внутрішній спокій та емоційну стабільність.

Наявна зворотна кореляція між залученістю (-0,750), контролем (-0,750) і прийняттям ризику (-0,741) та показником депресії, пояснюється тим, що збільшення рівня залученості, контролю та прийняттям ризику сприяють зниженню рівня депресії. Тобто, досліджувані які активно залучаються до різного роду діяльності, мають контроль над своєю поведінкою та емоціями, приймають та йдуть на ризик, менш схильні до відчуття безпорадності, тривоги та пасивності.

Зворотна кореляція між контролем (-0,588) і прийняттям ризику (-0,657) та реактивною тривожністю свідчить про наступне: чим більше людина прагне боротися за результат власної діяльності та готова ризикувати, тим менше є її реактивна тривожність. Батьки, які певнено й самостійно обирають власний

шлях та готові приймати ризики менш схильні до тривоги, переживань через можливі стресові ситуації, оскільки вірять, що здатні впоратися з труднощами.

Зворотна кореляція між залученістю (-0,648), контролем (-0,675) і прийняттям ризику (-0,754) та особистісною тривожністю виражається в наступному: високий рівень залученості, контролю та прийняття ризику зменшують рівень особистісної тривожності. Тобто, чим більше людина залучена в різного роду діяльність, має здатність контролювати свою поведінку та емоції в різних обставинах та здатна йти на ризики, тим менш їй властиво відчувати тривожність у відповідь на різні стресові ситуації.

Пряму кореляція між контролем (0,670) і прийняттям ризику (0,734) та задоволеністю життям можна пояснити таким чином: чим вищі прояви контролю та прийняття ризику, тим вищий рівень задоволеності життям. Батькам, що вміють приймати свідомі рішення, здатні управляти власною поведінкою та відкриті до нових можливостей й досвіду, притаманні впевненості у собі да власних діях, активна життєва позиція та готовність до нового досвіду. Відповідно тому, вони задоволені власним життям.

Виявлена пряма кореляція між залученістю (0,695), контролем (0,762) і прийняттям ризику (0,813) та психологічним благополуччям є свідченням того, що високі показники залученості, контролю та прийняття ризику сприяють підвищенню психологічного благополуччя. Батьки, які активно залучені в свою діяльність, мають здатність контролювати свою поведінку й діяльність, відкриті до нових можливостей та життєвих викликів, мають активну життєву позицію, впевнені в собі та здатні долати труднощі.

Зворотну кореляцію між рівнем життєстійкості та рівнем депресії (-0,799) можна обґрунтувати тим, що високий рівень життєстійкості сприяє зменшенню, а подекуди й попереджає появу депресивних симптомів. Це можна пояснити тим, що батькам з високим рівнем життєстійкості властива

здатність адаптуватися до стресових ситуацій та вміння долати різні життєві труднощі.

Наявну пряму кореляцію між життєстійкістю та задоволеністю життям (0,647) можна пояснити так: підвищений рівень життєстійкості сприяє збільшенню рівня задоволеності життям. Тобто, батьки, які здатні адаптуватися до різних життєвих труднощів та при цьому зберігають оптимізм а також відкриті новому досвіду, відчувають загальну задоволеність власним життям.

Пряма кореляція між життєстійкістю та психологічним благополуччям (0,789) пояснюється тим, що чим вищим є рівень життєстійкості, тим вищим є й рівень психологічного благополуччя. Батьки, що здатні долати різні труднощі, підтримувати емоційну стабільність та вміють підлаштовуватися до змін, мають кращий загальний психологічний стан, позитивне сприйняття себе та життя загалом.

Зворотна кореляція між депресією та задоволеністю життям (-0,685), обумовлена тим, що чим вищим є рівень депресії, тим нижче, відповідно, є рівень задоволеності життям. Батьки, що мають депресію майже не відчувають задоволеність власним життям, при цьому їм притаманне почуття безнадії, безпорадності, тривоги та постійного невдоволення.

І на сам кінець, зворотну кореляцію між депресією та психологічним благополуччям (-0,814), можна пояснити так: високий рівень депресії сприяє зменшенню психологічного благополуччя. Це можна пояснити тим, що батьки з високим рівнем депресії можуть мати емоційну нестабільність, негативне сприйняття себе та навколишнього світу й пасивну життєву позицію, що негативно впливає на загальне психологічне благополуччя.



## ВИСНОВКИ

В ході теоретичного аналізу розглянуто проблеми батьківства в умовах кризи. Досліджено поняття батьківства, яке можна трактувати наступним чином: батьківство – це інтегральна категорія, якою позначають залучення матері та батька до процесу виховання дитини, реалізацію ними батьківських функцій: виховної, соціально-економічної, доглядової, комунікативної, рекреативної, психологічного захисту тощо.

Розглянуто та проаналізовано поняття про кризу. Проаналізовано літературу та визначено поняття сімейних криз. При теоретичному розгляді явища кризи спиралися на погляди Титаренко Т., Саннікової О., Мироненко О., Рослюка С. та інших. Підсумувавши, можна окреслити сімейну кризу як своєрідний етап переходу, що виводить членів родини з їх зони комфорту та провокує вирішення певних проблем абсолютно новим чином, що стимулює перехід сім'ї (в разі успішного вирішення нових проблем) на наступний етап розвитку.

Проаналізовано літературу про кризи, що пов'язанні з народженням та вихованням дитини з особливими потребами. Розкрито поняття нормативних та ненормативних криз. Виділено вісім кризових станів в сім'ях, в яких виховуються діти з особливими потребами, а саме:

- 1) народження дитини (до 3 років);
- 2) період постановки її діагнозу (3-5 років);
- 3) період підтвердження попереднього діагнозу, підбір програми навчання (7-9 років);
- 4) перший рік навчання в школі;
- 5) перехід у старші класи;
- 6) пубертатний період;
- 7) період професійної орієнтації;

## 8) розв'язання проблем особистого життя

Визначено феномен тривоги та розкрито поняття реактивної та ситуативної тривожності. Проаналізовано літературу та розкрито поняття депресивного синдрому. Розглянуто погляди та концепції щодо явища депресії Кільхольца П., Бека А., Хелла Д., Ребера А., Радул І. Г. Проаналізовано погляди Фрейда З., Горні К., Спілбергера Ч., Калюжної Є., Ставицької С., Халік О., Титаренко Т., Горностая П., на явище тривожності.

Проаналізовано матеріали про емоційні стани батьків дітей з ОП в умовах воєнного стану. З чого можна виділити, що для батьків, що виховують дітей з особливими потребами часто притаманні різні емоційні реакції на труднощі, що пов'язані з народженням та вихованням дитини з особливими потребами, особливо в умовах воєнного стану, а саме: заперечення, гнів, почуття провини та емоційна адаптація. Особливо виділяють реакцію заперечення, оскільки часто в подібних ситуаціях вона може набувати патологічного характеру. Крім того, на фоні описаних переживань, турбот емоційних реакцій на стресові події, тощо, у батьків можуть виникати стресові та, подекуди, депресивні стани. Дослідження вітчизняних науковців зазначають, що для батьків дітей з ОП частіше, ніж в цілому в популяції, характерні прояви депресії.

Крім того, було переглянуто концепції життестійкості особистості. Проведено аналіз поглядів Мадді С., Чиханцової О., Данилюка І., Предко В., Кондратюк С. на явище життестійкості.

Крім того, було розглянуто погляди Дінера Е., Еммонса Р., Гріфіна С., Дюпая П., Вейера А., Стадніка А. В. та Мельника Ю. Б. на явище задоволеності життям та феномен психологічного благополуччя особистості.

Отже, при проведенні емпіричного дослідження поставлена мета дослідити особливості переживання кризи батьків, що виховують дітей з ОП.

Відповідно до поставленої мети та завдань, були підібрані відповідні методики, а саме:

1. Опитувальник «Шкала задоволеності життям» (Satisfaction with Life Scale, SWLS), адаптація Стаднік А. В., Мельник Ю. Б.;
2. «Індекс загального психологічного благополуччя» (Psychological General Well-Being Index – PGWBI (Dupuy & Ware), адаптація Мельник Ю. Б., Стаднік А. В.;
3. Опитувальник «Шкала депресії» А. Бек;
4. Опитувальник «Шкала реактивної та особистісної тривоги» (State-Trait Anxiety Inventory (STAI)) Спілбергер Ч. Д.;
5. Тест життєстійкості (Hardiness Survey) С. Мадді.

У цьому дослідженні взяли участь 52 особи – батьки дітей з особливими потребами, віком від 23 до 46 років. Серед них 30 жінок (58%) та 22 чоловіки (42%).

В ході емпіричного дослідження було виявлено, що у 60% (31 особа) батьків наявні депресивні симптоми різного ступеню вираженості: у 33% (17 осіб) – легка депресія, у 15% (8 осіб) – помірна депресія, у 10% (5 осіб) – виражена депресія, а у 2% (1 особа) – важка.

За допомогою методики на визначення рівня тривожності, було досліджено реактивну тривожність та з'ясовано, що: у 8% (4 особи) – низький рівень тривожності, у 56% (29 осіб) – помірний рівень тривожності та у 36% (19 осіб) – високий рівень. Також було досліджено особистісну тривожність та виявлено наступне: у 19% (10 осіб) – низький рівень тривожності, у 42% (22 особи) – помірний рівень тривожності, а у 39% (20 осіб) – високий рівень.

Емпіричне дослідження рівня життєстійкості, дозволило з'ясувати наступне: у 33% (17 осіб) показники життєстійкості вище норми, у 48% (25 осіб) – в межах норми, у 19% (10 осіб) – нижче нормативних показників.

Також, було з'ясовано рівень складових життєстійкості (залученість, контроль, прийняття ризику).

За допомогою методики на визначення рівня задоволеності життям було виявлено, що: 19% (10 осіб) – дуже задоволені власним життям, 33% (17 осіб) – задоволені, 21% (11 осіб) – дещо задоволені, 27% (14 осіб) – дещо незадоволені. В ході дослідження не було виявлено осіб, що незадоволені та вкрай незадоволені життям.

Також в ході дослідження загального психологічного благополуччя встановлено, що: 4% (2 особи) – відчувають сильний дистрес, 36% (19 осіб) – помірний дистрес, а у 60% (31 особа) – відсутній дистрес.

За результатами кореляційного аналізу було виявлено ряд значущих показників коефіцієнта кореляції Пірсона, які свідчать про наявність зв'язків між досліджуваними явищами. Проаналізувавши виявлені кореляційні зв'язки, можна дійти наступних висновків, а саме, що наявність прямої кореляції між реактивною (0,655) і особистісною (0,786) тривожністю та депресивністю, свідчить про те, що високі показники реактивної тривожності сприяють підвищенню показників депресивності.

Зворотна кореляція між реактивною (-0,584) і особистісною (-0,720) тривожністю та життєстійкістю особистості свідчить, що підвищенні показники реактивної тривожності сприяють зменшенню показників життєстійкості особистості.

Виявлена зворотна кореляція між реактивною (-0,704) і особистісною (-0,627) тривожністю та рівнем задоволеності життям свідчить про те, що підвищений рівень тривожності зменшує рівень задоволеності життям.

Зворотна кореляція між реактивною (-0,758) і особистісною (-0,729) тривожністю та рівнем психологічного благополуччя висвітлює наступне: високий рівень реактивної тривожності значно знижує рівень психологічного благополуччя.

Наявна зворотна кореляція між залученістю (-0,750), контролем (-0,750) і прийняттям ризику (-0,741) та показником депресії, пояснюється тим, що збільшення рівня залученості, контролю та прийняттям ризику сприяють зниженню рівня депресії.

Зворотна кореляція між контролем (-0,588) і прийняттям ризику (-0,657) та реактивною тривожністю свідчить про наступне: чим більше людина прагне боротися за результат власної діяльності та готова ризикувати, тим менше є її реактивна тривожність.

Зворотна кореляція між залученістю (-0,648), контролем (-0,675) і прийняттям ризику (-0,754) та особистісною тривожністю виражається в наступному: високий рівень залученості, контролю та прийняття ризику зменшують рівень особистісної тривожності.

Пряму кореляція між контролем (0,670) і прийняттям ризику (0,734) та задоволеністю життям можна пояснити таким чином: чим вищі прояви контролю та прийняття ризику, тим вищий рівень задоволеності життям.

Виявлена пряма кореляція між залученістю (0,695), контролем (0,762) і прийняттям ризику (0,813) та психологічним благополуччям є свідченням того, що високі показники залученості, контролю та прийняття ризику сприяють підвищенню психологічного благополуччя.

Зворотну кореляцію між рівнем життєстійкості та рівнем депресії (-0,799) можна обґрунтувати тим, що високий рівень життєстійкості сприяє зменшенню, а подекуди й попереджає появу депресивних симптомів.

Наявну пряму кореляцію між життєстійкістю та задоволеністю життям (0,647) можна пояснити так: підвищений рівень життєстійкості сприяє збільшенню рівня задоволеності життям.

Пряма кореляція між життєстійкістю та психологічним благополуччям (0,789) пояснюється тим, що чим вищим є рівень життєстійкості, тим вищим є й рівень психологічного благополуччя.

Зворотна кореляція між депресією та задоволеністю життям (-0,685), обумовлена тим, що чим вищим є рівень депресії, тим нижче, відповідно, є рівень задоволеності життям.

І на сам кінець, зворотну кореляцію між депресією та психологічним благополуччям (-0,814), можна пояснити так: високий рівень депресії сприяє зменшенню психологічного благополуччя.

Беручи до уваги результати отримані в ході емпіричного дослідження та виявлені кореляції, стає зрозуміло, що батькам дітей з ОП, що переживають кризу необхідна додаткова підтримка, особливо психологічна, для успішного подолання кризового стану. На основі цього, батьків треба навчати технікам саморегуляції та саморефлексії задля формування або вдосконалення навички регулювання тривожності, проводити просвітницькі бесіди на тему депресивного стану та життєстійкості особистості. Описані рекомендації можна реалізовувати у форматі тренінгових заходів, профілактичних/просвітницьких бесід, сімейних та індивідуальних консультацій тощо. Також, важливим аспектом роботи з батьками є обізнаність фахівців з окреслених питань, тому варто розробити рекомендації, наприклад для фахівців-педагогів, щодо виявлення батьків, що переживають кризу та, безпосередньо, роботи з ними. Тож, з огляду на масштаб, окреслені питання потребують додаткового часу на розробку методичних та практичних рекомендацій батькам та, ймовірно, глибшого дослідження зазначених в цій роботі явищ.

Таким чином, зв'язок досліджуваних явищ (депресія, реактивна та особистісна тривожність, життєстійкість, задоволеність життям, психологічне

благополуччя) підтвердився, що доводять результати емпіричного дослідження.

В свою чергу, гіпотеза дослідження підтвердилась частково, адже у 46% вибірки ознак кризового стану не було виявлено. Відповідно, поставлені завдання були виконані.

Спираючись на це, можна стверджувати, що теоретична значущість роботи полягає у поглибленні знань щодо особливостей проживання кризи батьками, що виховують дітей з особливими потребами.

Що ж стосується практичної значущості роботи, то вона полягає у закладенні основ для розробки методичних та практичних рекомендацій для батьків дітей з особливими потребами, а також для спеціалістів, що працюють з сім'ями, в яких виховують дитину з ОП.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Батьківство. *Велика Українська Енциклопедія*. URL: <https://vue.gov.ua/%D0%91%D0%B0%D1%82%D1%8C%D0%BA%D1%96%D0%B2%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE> (дата звернення 21.10.2024)
2. Безпалько О. В. Системний підхід до організації соціальнопедагогічної роботи з дітьми та учнівською молоддю в територіальній громаді. *Соціальна педагогіка: теорія та практика*. 2006. № 3. С. 46–54.
3. Бек, А. Т. Когнітивна терапія депресії: теоретична рефлексія та особисті роздуми. *Психологія і суспільство*. 2019. № 1. С. 90-100.
4. Бігун Н. І. Психологічні умови особистісного розвитку підлітків з депресивними розладами: Монографія. Кам'янець-Подільський: ПП Медобори. 2006 , 2011. 160 с.
5. Волошок О. В. Особистісні чинники тривожності студентської молоді. *Вісник Одеського національного університету. Психологія*. 2012. Вип. 8. С. 479-484.
6. Гресь Л. О. Наукові підходи до аналізу чинників перебігу кризи середини життя. *Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди (Серія: «Психологія»)*. 2014. Т. 1. № 44. Т. 6. С. 59-65.
7. Данилюк І., Предко В., Трайно Р. Характеристика основних структурних проявів життєстійкості особистості в умовах війни. *Проблеми гуманітарних наук. Психологія*. 2023. № 51 С. 46-51.
8. Дворніченко Л. Л., Горбунова А. В. Стрес в житті людини: проблеми чи можливості. *Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя: матеріали IV Міжнародної науково-практичної конференції (22-23 лютого 2018 року, м. Суми)*. С. 33-35.
9. Депресія: Хвороба сучасності. Д-р Самюель Пфайфер; пер. О. Кушніков. Львів: Свічадо, 2017. 88 с.



10. Державна доповідь про стан сімей та шляхи реалізації державної політики з питань сім'ї за підсумками 2014-2015 років. Міністерство соціальної політики України, ІДСД ім. М. В. Птухи НАН України. Київ, 2016. 135 с.
11. Детально про депресію. *Психічне здоров'я для України (Mental Health For Ukraine — MH4U)*. URL: <https://www.mh4u.in.ua/shukayu-dopomogu/detalno-pro-depresiyu/> (дата звернення 11.11.2024)
12. Дослухаючись до голосів батьків. Аналіз досвіду отримання послуг для дітей із особливими потребами віком від 0 до 4 років, а також інноваційної послуги раннього втручання. Харків, 2015. 82 с.
13. Жихарева Л. В. Дитячо-батьківські стосунки у контексті теорії прихильності. *Вісник Харківського нац. ун-ту імені В. Каразіна. № 1046 Серія: Психологія*. 2013. Випуск 51. С. 234-237.
14. Іванова І. Б. Соціально-психологічні проблеми дітей-інвалідів. Київ: Логос, 2000. 87 с.
15. Іванова Т. Тривога як психологічний феномен. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*. 2020. Випуск 6. С. 72–78.
16. Калюжна Є. М. Психологічні механізми особистісної тривожності у підліткового віці: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. псих. наук: спец. 19.00.07 "Педагогічна та вікова психологія". Київ, 2008. 29 с.
17. Клопота Є. А., Клопота О. А. Соціально-психологічна допомога родині, яка виховує дитину з порушенням зору. *Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя: матеріали IV Міжнародної науково-практичної конференції (22-23 лютого 2018 року, м. Суми)*. 2018. С. 251-253.
18. Коефіцієнт кореляції за Пірсоном URL: <https://lib.chmnu.edu.ua/pdf/posibnuku/210/32.pdf> (дата звернення 16.12.2024)
19. Кондратюк С. М. Життєстійкість як ресурс подолання життєвих труднощів в умовах війни. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*. 2022. №4. С. 78-83.

20. Кризові стани. *Медицина світу*. 2011. №5. URL: <http://msvitu.com/archive/2011/may/article-5.php> (дата звернення 13.11.2024)
21. Кузікова С. Б., Демура Т. М. Психофізіологічні аспекти виникнення і подолання стресу. *Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя: матеріали IV Міжнародної науково-практичної конференції (22-23 лютого 2018 року, м. Суми)*. С. 261-262.
22. Кузнєцова О. В. Спрямованість адаптивності як ресурс подолання життєвої кризи. *Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя: матеріали IV Міжнародної науково-практичної конференції (22-23 лютого 2018 року, м. Суми)*. С. 61-63.
23. Курило І. О. Батьківство у демографічному контексті: методологічні засади дослідження та деякі тенденції розвитку. *Демографія та соціальна економіка*, 2016, № 3 (28): С. 11-25.
24. Лисенко Л. М. Вікові кризи дорослості: причини та шляхи вирішення. *Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя: матеріали IV Міжнародної науково-практичної конференції (22-23 лютого 2018 року, м. Суми)*. С. 164-167.
25. Магдисюк Л. І., Блаватна О. Б. Психологічна допомога сім'ї, яка виховує дитину із затримкою психічного розвитку. *Herald pedagogiki. Nauka i Praktyka*, №52 (02/2020). С. 64-66.
26. Наугольник Л.Б. Психологія стресу: підручник. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.
27. Оцінка рівня ситуативної (реактивної) тривожності. URL: [https://lnu.edu.ua/life-safety/wp-content/uploads/2019/09/OZDSH\\_PR-4-2019.pdf](https://lnu.edu.ua/life-safety/wp-content/uploads/2019/09/OZDSH_PR-4-2019.pdf) (дата звернення 13.11.2024)
28. Петряк О. В., Руденок А. І. Умови успішного освоєння ролі матері та становлення материнства в психологічному консультування жінок. *Науковий журнал «Психологічні травелогі», 2021, № 1*. С. 126-137.

29. Політика інтеграції українського суспільства в контексті викликів та загроз по дій на Донбасі: нац. доповідь / за ред. Е. М. Лібанової. Київ: НАН України, 2015. 363 с.
30. Помилуйко В. Ю. Характеристика вікових стадій дорослості з урахуванням можливостей розвитку ключових компетентностей особистості. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. Випуск 5. Том 2. 2016. С. 50-55.
31. Помилуйко В. Ю. Шлях до зрілості через життєві кризи дорослих. *Наука і освіта*. №9, 2016. С. 117-122.
32. Помиткіна Л. В., Злагодух В. В., Хімченко Н. С., Погорільська Н. І. Психологія сім'ї. Навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. К.: Вид-во Нац. авіац. ун-ту «НАУ-друк», 2010. 270 с.
33. Практична психосоматика: діагностичні шкали. Навчальний посібник. За заг. ред. О. С. Чабана, О. О. Хаустової. 3-тє видання, виправлене і доповнене. К.: Видавничий дім Медкнига, 2021. 200 с.
34. Психологія життєвої кризи / Відп. ред. Т.М.Титаренко. К.: Агропромвидав України, 1998. 348 с.
35. Психологія життєвих криз особистості: навчальний посібник [для студентів вищих навчальних закладів] / І.О. Черезова. Бердянськ, БДПУ, 2016. 193 с.
36. Психологія молодого сім'ї і сімейна криза: Моногр. Луцьк: РВВ "Вежа" Волин. держ. ун-ту ім. Лесі Українки, 2007.– 168 с.
37. Психологія сім'ї: навч. посіб. / Раїса Петрівна Федоренко. Луцьк: Вежа-Друк, 2015. 364 с.
38. Психологія сім'ї та шлюбу: таблиці, схеми, коментарі: навчально-наочний підручник / за заг. ред. О. М. Цільмак. Київ: Видавництво Ліра-К, 2020. 266 с. з іл.
39. Радул І. Г. Депресивність як психологічний феномен. С. 163-172.

40. Ревть А. Б., Гук О. В. Особливості життєдіяльності сім'ї, яка виховує дитину з функціональними обмеженнями. *Молодий вчений*, № 5 (81), 2020 р. С. 410-413.
41. Романовська Д. Д. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти. Навчальний посібник. Чернівці: Технодрук, 2014. 133 с.
42. Руденок А. І., Ільницька І. Є. Особливості стосунків в сім'ях з дітьми з розладами аутичного спектру. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*, (3), 71-75.
43. Руденок А. І., Ільницька І. Є. Проблема дитячо-батьківських відносин у зарубіжній і вітчизняній психології. Proceedings of the 2nd International Scientific and Practical Conference «Scientific Progressive Methods and Tools» (November 6-8, 2022). Riga, Latvia. p. 82-85.
44. Руденок А., Рудик Г. Тривожність та її прояви у батьків дітей з особливими освітніми потребами в умовах війни. *Науковий журнал «Психологічні травелоги»*, 2024, №3. С. 197-209.
45. Сабо Ш., Сабо К., Заячківська О. Стрес: від Ганса Сельє до сьогодні. Львів: Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Наукове Товариство ім. Шевченка, 2019. 120 с.; 57 іл.
46. Саннікова О.П. Переживання кризи: диференціально-психологічний аналіз. *Наука і освіта*, №10, 2015, 16-22.
47. Словник української мови: у 20 т. / НАН України, Укр. мов.-інформ. фонд ; [голов. наук. ред. В. М. Русанівський]. Київ: Наук. думка, 2010. 911 с.
48. Соловей-Лагода О.А., Шель Н.В. Психологічна криза особистості та способи її опанування. *Наукові інновації та передові технології. Серія «Психологія»*. №3(31), 2024. с. 1369-1381.
49. Слюсар Л. Українська сім'я в умовах війни. *Демографія та соціальна економіка*. 2023, № 2 (52). С. 3-20.

50. Ставицька С. О. Психолого-педагогічні умови подолання особистісної тривожності у дітей молодшого шкільного віку: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. псих. наук: спец. 19.00.07 "Педагогічна та вікова психологія". Київ, 1999. 19 с.
51. Статистика розлучень в Україні: дані за останні роки. URL: <https://fakty.com.ua/ua/ukraine/20240830-statystyka-rozluchen-v-ukrayini-dani-za-ostanni-roku/> (дата звернення: 04.12.2024)
52. Халік О. О. Тривожність на початкових етапах професійного становлення особистості. *Проблеми сучасної психології: зб. наук. пр. КІНУ ім. Івана Огієнка, Ін-т психології Г. С. Костюка АПН України*. 2014. Вип. 23. С. 663-676.
53. Чиханцова О. Життєстійкість та її зв'язок із цінностями особистості. *Проблеми сучасної психології*. 2018. Випуск 42. С. 211-231.
54. Шапар В. Б. Сучасний тлумачний психологічний словник. Харків: Прапор, 2007. 640 с.
55. Шевченко Н. Ф. Критерії оцінки важкості депресивного стану. *Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя: матеріали IV Міжнародної науково-практичної конференції (22-23 лютого 2018 року, м. Суми)*. С. 312-314.
56. Шевчук В. В. Емоційні переживання батьків дітей із комплексними порушеннями розвитку. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія*. Том 32 (71), № 4, 2021. С. 102-109.
57. Depressive disorder (depression). *World Health Organization*. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression> (дата звернення: 16.11.2024)
58. Dohrenwend, Bruce P. (1998). *Adversity, Stress and Psychopathology*. New York: Oxford.
59. John J. Schwab M. D., John F. Ice M. D., Judith J. Stephenson M. S., Kathy Raymer M. D., Kris Houser M. D., Lisa Graziano M. D., et al. War and the family. *STRESS HEALTH*. Vol. 11. Iss. 1. 1995. P. 131-137.

60. Karen Horney. M.D. *The Neurotic Personality of Our Time*. W. W. Norton & Company; Revised ed. edition New York. 304 p.
61. Kobasa, S.C, Maddi, S.R., & Kahn, S. (1982). Hardiness and health: a pro-spective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42 (1), 168-177
62. Lazarus, R.S., Folkman, S. *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer, 1984
63. Roberts M. *Handbook of Pediatric Psychology*. New York: Guilford Press. – 1997
64. Yakniunas, E., & Gusak, N. (2020). Чинники батьківського стресу батьків, які виховують дитину з розладами аутистичного спектра. *Психологія та психосоціальні інтервенції*, 2, 67–74.
65. Seligman M., Darling R. *Ordinary families, special children: a systems approach to childhood disability*. New York: The Guilford Press. – 1989.

## ДОДАТКИ

Додаток А

**Міністерство освіти і науки України  
Університет митної справи та фінансів  
Рада молодих вчених  
Університету митної справи та фінансів**



**«ЦИФРОВЕ СУСПІЛЬСТВО:  
МІЖНАРОДНІ ЕКОНОМІЧНІ ВІДНОСИНИ,  
УПРАВЛІННЯ, ФІНАНСИ ТА СОЦІУМ»**

**МАТЕРІАЛИ МІЖНАРОДНОЇ  
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**

**Том 1**

**02 травня 2024 р.**

**Дніпро**

**2024**

<b>Білецька А.Є., Лихолат О.А.</b> Вплив контузії на психологічне здоров'я учасників бойових дій в Україні .....	363
<b>Виноградова Д.С., Панфілова Г.Б., Хоменко С.</b> Зв'язок стилів батьківського виховання та стан тривожності у сучасних підлітків .....	365
<b>Галан А.С., Лихолат О.А.</b> Особливості самооцінки та самоповаги у студентському віці .....	367
<b>Деркач Л.М., Атаманенко К.М.</b> Кліпова свідомість сучасної студентської молоді – ментальна модель сучасної реальності: нерозв'язані проблеми .....	369
<b>Деркач Л.М., Дуленко Т.В.</b> Соціально-психологічні аспекти діяльності студентів на виробничій практиці: специфіка .....	371
<b>Деркач Л.М., Остапенко М.Г.</b> Когнітивно-інформаційна війна 2022–2024: маніпуляція свідомістю українців .....	373
<b>Деркач Л.М., Проявіна А.О.</b> Психолого-соціальна підтримка та ментальне благополуччя населення України в умовах когнітивної війни: виклики та стратегії подолання .....	375
<b>Деркач Л.М., Сірик Б.С.</b> Вплив кризових ситуацій у сім'ї на розвиток особистості дитини .....	377
<b>Дуленко Т.В.</b> Агресивність осіб студентського віку з різним типом гендерної соціалізації .....	379
<b>Дуля Т.К.</b> Емоційний інтелект підлітків: зростання, розвиток, вплив на соціальну адаптацію .....	381
<b>Затула К.М., Салюк М.А.</b> Основні чинники формування ціннісних орієнтацій у студентів .....	383
<b>Ільницька А., Панфілова Г.Б.</b> До проблеми дослідження тривожності українських студентів у сучасних умовах .....	385
<b>Козіс А.А.</b> Особливі освітні потреби в умовах воєнного стану .....	387
<b>Костишева О.В., Панфілова Г.Б.</b> Психологічне здоров'я особистості в умовах війни .....	389
<b>Луснікова О.Т., Скляньська О.В.</b> Психологічні аспекти лідерства в підлітковому віці .....	391
<b>Малихіна А.В., Саврасов М.В.</b> Взаємозв'язок девіантної поведінки та агресії у студентському середовищі .....	393
<b>Пайос Є.С., Лихолат О.А.</b> Методологія дослідження поведінки в конфліктних ситуаціях .....	395
<b>Пашковська А.С., Єдинак В.Ю.</b> Соціально-психологічні аспекти суспільного життя в умовах війни .....	397
<b>Саврук Т.П.</b> Особливості ставлення батьків до дітей з особливими освітніми потребами .....	399
<b>Симонян Ж.Р., Лихолат О.А.</b> Психологічні механізми впливу віртуального спілкування на емоційний стан підлітків .....	401
<b>Стрижак О.О.</b> Проблеми функціонування українського ринку праці в умовах воєнного стану .....	403



рівень невротичності, що свідчить про їхню тенденцію схильності до стресу, тривожності і негативних емоційних станів. Також, було встановлено, що загальний рівень тривожності у студентів має значну кореляцію з такими індивідуальними характеристиками як невротичність, роздратованість, а також має зворотній зв'язок із врівноваженістю. Особистісна тривожність у студентів має значну кореляцію з такими індивідуальними характеристиками як невротичність, роздратованість, а також реактивна агресивність.

Таким чином, для студентів характерний прояв високої тривожності як загальної, так і ситуативної і особистісної, що пов'язано з їхніми індивідуальними властивостями, такими як: невротичність, роздратованість, а також реактивна агресивність.

#### **Список використаних джерел:**

1. Волошок О.В. Особистісні чинники тривожності студентської молоді. *Вісн. Одес. нац. ун-ту. Психологія*. 2012. Вип. 8. С. 479–484.

2. Каткова Т.А., Мельнікова С.В. Особливості прояву рівня тривожності, фрустрованості, агресивності та ригідності в соціальній групі «студенти-психологи». *Теорія і практика сучасної психології*. 2018. № 3. С. 97–101.

3. Панфілова Г.Б., Заїка Є.В. Інноваційні технології навчання як засіб розвитку та корекції уявлень про себе в студентському віці. *Гуманітарний вісник ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди»*. Вип. 37-1. Том V (73): Тематичний випуск «Вища освіта України у контексті інтеграції до європейського освітнього простору». К.: Гнозис, 2017. С. 215–223.

Козіс А.А., здобувач вищої освіти  
Університету митної справи та фінансів

#### **ОСОБЛИВІ ОСВІТНІ ПОТРЕБИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ**

Щорічно актуальність інклюзивності в різних аспектах суспільного життя зростає, не винятком стала й освітня сфера. Питання, щодо державного забезпечення умов для здобуття освіти дітям з особливими освітніми потребами (ООП), особливо гостро постало після початку пандемії COVID-19, а пізніше і повномасштабного вторгнення росії в Україну. Враховуючи реалії сьогодення, актуальність даної теми є надзвичайно високою.

В структурі зазначеної теми, перш за все, варто визначити, що означає поняття «особа з особливими освітніми потребами». Відповідно до Закону України «Про освіту» від 05.09.2017 року № 2145-VIII, особа з особливими освітніми потребами – це особа, яка потребує додаткової постійної чи тимчасової підтримки в освітньому процесі з метою забезпечення її права на освіту [1].

До осіб з ООП відносять осіб з порушеннями зору, слуху, опорно-рухового апарата, хворобами нервової системи, затримкою психічного розвитку, інтелектуальними порушеннями, порушеннями мовлення та іншими складними порушеннями розвитку.

Для дітей з ООП, що навчаються в закладі освіти в умовах воєнного стану, надзвичайно важливим є формування соціальної компетенції, що пов'язана з переходом дітей в споруди цивільного захисту у разі включення сигналу «Повітряна тривога». Зокрема, це є одним з компонентів, що створюють для дітей безпечне освітнє середовище.

Відповідно до Закону України «Про освіту»: безпечне освітнє середовище – це сукупність умов у закладі освіти, що унеможливають заподіяння учасникам освітнього процесу фізичної, майнової та/або моральної шкоди [1].

Згідно з поданим визначенням, окрім гарантування фізичної та майнової безпеки, також важливо запобігти психологічній травматизації дітей. Цей момент є надзвичайно важливим, оскільки в наших реаліях діти з ООП є дуже вразливими до подій, що відбуваються.

Загальною закономірністю психічного розвитку дітей з особливими потребами є труднощі обробки і аналізу інформації [4]. Через те, що діти з ООП не можуть самостійно усвідомити та правильно зрозуміти причини і наслідки певних екстремальних ситуацій, їх адаптація до умов воєнного стану значно ускладнена. Такі зовнішні фактори, як гучні сигнали повітряної тривоги, їх непередбачуваність і необхідність раптово змінювати звичайну послідовність щоденних рутин, обмеження в звичних справах та інші зміни середовища можуть спричинити психологічну травматизацію, спровокувати різні прояви небажаної поведінки, непередбачувані реакції та створити додаткову небезпеку для життя та здоров'я дитини. Інакше кажучи, діти з ООП є більш вразливими до ситуацій, пов'язаних з воєнним станом, як на емоційному, так і на когнітивному та поведінковому рівнях.

Саме через зазначені особливості дітей з ООП безпечне освітнє середовище має включати в себе наступні складові:

- перехід до укриття у разі включення сигналу «Повітряна тривога» і перебування там до відбою;
- за можливості продовження занять в укритті (задля зменшення емоційної напруги);
- зі сторони педагогів необхідно вміти контролювати власні емоційні прояви та реакції (оскільки діти надзвичайно чутливі до реакцій оточуючих, а особливо дорослих);
- недопущення ускладнення/погіршення психологічного стану дитини;
- попередження вторинної травматизації дитини.

Найважливішим способом підготовки до реагування на надзвичайні ситуації є тренування та адаптація навчальних підходів до віку й індивідуальних потреб і можливостей учнів в ході занять з соціально-

емоційного розвитку. Зокрема, для дітей з розладами аутистичного спектру рекомендовано використання методу «соціальних історій», для дітей з інтелектуальними порушеннями – надання зразка поведінки [2].

Таким чином, можна узагальнити, що в умовах воєнного стану особи з особливими освітніми потребами є надзвичайно вразливими. Саме тому, керівництво закладів, в яких навчаються такі діти, та вчителі мають створити для них (дітей) безпечне освітнє середовище, до якого буде входити не тільки перехід до споруд цивільного захисту чи укриття на час оголошення сигналу «Повітряна тривога», а й турбота про психоемоційний стан дітей, а саме: недопущення ускладнення/погіршення психологічного стану, попередження вторинної психологічної травматизації.

#### **Список використаних джерел:**

1. Закон України про освіту. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145>
2. Лист МОН від 03.08.2023 №1/11479-23. Рекомендації. Безпечне освітнє середовище: надання індивідуальної підтримки учням з особливими освітніми потребами під час підготовки до реагування на надзвичайні ситуації. URL: <https://mon.gov.ua/storage/app/media/inkluzyvne-navchannya/2023/08/04/Lyst.MON-1.11479-23.vid.03.08.2023-1.pdf>
3. Лист МОН від 31.08.2023 №1/13094-23. Методичні рекомендації щодо організації освітнього процесу дітей з особливими освітніми потребами у 2023/2024 навчальному році. URL: <https://mon.gov.ua/ua/prp/pro-organizaciyu-osvitnogo-procesu-ditej-z-osoblivimi-osvitnimi-potrebami-u-20232024-navchalnomu-roci>
4. Пахомова Н. Г., Кононова М. М. Спеціальна психологія: навч. посіб. для студентів спец. 6.010105 “Корекційна освіта”. Полтава: АСМІ, 2015. 359 с.

*Результати за опитувальником «Шкала задоволеності життям»*

*(адаптація Стаднік А. В., Мельник Ю. Б.)*

Номер досліджуваного	Вік	Стать	Показник задоволеності життям
1	25	ж	22
2	44	ж	29
3	32	ж	29
4	35	ч	33
5	44	ж	28
6	46	ч	29
7	23	ч	15
8	35	ч	34
9	42	ж	25
10	45	ж	25
11	43	ж	20
12	39	ж	18
13	42	ж	19
14	36	ж	35
15	30	ж	19
16	43	ч	25
17	36	ж	25
18	31	ч	35
19	34	ж	35
20	45	ч	15
21	42	ж	21
22	31	ч	25
23	35	ж	33
24	41	ж	18
25	40	ч	33
26	38	ж	16
27	44	ч	28
28	35	ж	23
29	40	ч	21
30	31	ч	27
31	29	ж	26
32	27	ж	17
33	30	ч	15
34	37	ж	20
35	39	ч	27
36	25	ч	23

37	26	ж	25
38	45	ж	17
39	43	ч	28
40	33	ч	22
41	37	ж	26
42	46	ж	35
43	43	ж	32
44	31	ч	23
45	32	ж	24
46	29	ч	29
47	34	ж	19
48	40	ч	34
49	40	ж	18
50	25	ч	20
51	39	ч	16
52	29	ж	18
Загальний середній показник			24,5

## Додаток В

*Результати за опитувальником «Індекс загального психологічного благополуччя» (адаптація Мельник Ю. Б., Стаднік А. В.)*

Номер досліджуваного	Вік	Стать	Індекс загального психологічного благополуччя
1	25	ж	70
2	44	ж	64
3	32	ж	93
4	35	ч	58
5	44	ж	83
6	46	ч	93
7	23	ч	56
8	35	ч	103
9	42	ж	80
10	45	ж	63
11	43	ж	58
12	39	ж	67
13	42	ж	38
14	36	ж	109
15	30	ж	56
16	43	ч	70
17	36	ж	66
18	31	ч	105
19	34	ж	104
20	45	ч	76
21	42	ж	74
22	31	ч	81
23	35	ж	74
24	41	ж	59
25	40	ч	87
26	38	ж	54
27	44	ч	74
28	35	ж	63
29	40	ч	61
30	31	ч	83
31	29	ж	74
32	27	ж	65
33	30	ч	71
34	37	ж	74
35	39	ч	84
36	25	ч	64

37	26	ж	65
38	45	ж	53
39	43	ч	69
40	33	ч	60
41	37	ж	94
42	46	ж	102
43	43	ж	75
44	31	ч	65
45	32	ж	63
46	29	ч	107
47	34	ж	65
48	40	ч	110
49	40	ж	57
50	25	ч	68
51	39	ч	73
52	29	ж	64
Загальний середній показник			73,92

*Результати за опитувальником «Шкала депресії» (А. Бек)*

Номер досліджуваного	Вік	Стать	Показник депресії
1	25	ж	18
2	44	ж	11
3	32	ж	1
4	35	ч	16
5	44	ж	9
6	46	ч	6
7	23	ч	24
8	35	ч	3
9	42	ж	2
10	45	ж	12
11	43	ж	30
12	39	ж	15
13	42	ж	29
14	36	ж	3
15	30	ж	14
16	43	ч	14
17	36	ж	19
18	31	ч	1
19	34	ж	5
20	45	ч	11
21	42	ж	13
22	31	ч	9
23	35	ж	4
24	41	ж	19
25	40	ч	2
26	38	ж	24
27	44	ч	7
28	35	ж	22
29	40	ч	19
30	31	ч	0
31	29	ж	8
32	27	ж	13
33	30	ч	15
34	37	ж	10
35	39	ч	8
36	25	ч	12
37	26	ж	19



38	45	ж	21
39	43	ч	7
40	33	ч	18
41	37	ж	8
42	46	ж	6
43	43	ж	3
44	31	ч	14
45	32	ж	17
46	29	ч	2
47	34	ж	14
48	40	ч	2
49	40	ж	13
50	25	ч	15
51	39	ч	11
52	29	ж	11
Загальний середній показник			11,71

*Результати за опитувальником «Шкала реактивної та особистісної тривоги» (Ч. Д. Спілбергер)*

Номер досліджуваного	Вік	Стать	Рівень реактивної тривожності	Рівень особистісної тривожності
1	25	ж	40	38
2	44	ж	44	49
3	32	ж	35	28
4	35	ч	37	43
5	44	ж	42	39
6	46	ч	29	24
7	23	ч	61	56
8	35	ч	32	35
9	42	ж	37	28
10	45	ж	50	43
11	43	ж	50	81
12	39	ж	61	54
13	42	ж	64	44
14	36	ж	27	28
15	30	ж	56	56
16	43	ч	50	52
17	36	ж	32	43
18	31	ч	26	20
19	34	ж	33	29
20	45	ч	44	31
21	42	ж	38	48
22	31	ч	42	39
23	35	ж	39	32
24	41	ж	50	53
25	40	ч	47	30
26	38	ж	66	62
27	44	ч	41	38
28	35	ж	45	45
29	40	ч	50	47
30	31	ч	35	28
31	29	ж	38	41
32	27	ж	58	51
33	30	ч	39	32
34	37	ж	39	46
35	39	ч	40	37

36	25	ч	49	48
37	26	ж	32	43
38	45	ж	63	58
39	43	ч	41	36
40	33	ч	50	47
41	37	ж	38	41
42	46	ж	34	30
43	43	ж	39	31
44	31	ч	50	52
45	32	ж	35	45
46	29	ч	31	33
47	34	ж	60	53
48	40	ч	26	28
49	40	ж	53	56
50	25	ч	47	50
51	39	ч	44	31
52	29	ж	39	46
Загальний середній показник			43,23	41,88

*Результати за опитувальником «Тест життєстійкості» (С. Мадді)*

Номер досліджуваного	Вік	Стать	Рівень життєстійкості	Показники компонентів життєстійкості		
				Показник шкали "Залученість"	Показник шкали "Контроль"	Показник шкали "Прийняття ризику"
1	25	ж	97	36	38	23
2	44	ж	89	37	37	15
3	32	ж	121	52	46	23
4	35	ч	69	28	28	13
5	44	ж	87	38	32	17
6	46	ч	105	42	40	23
7	23	ч	42	15	19	8
8	35	ч	122	49	49	24
9	42	ж	110	49	38	23
10	45	ж	103	47	37	19
11	43	ж	65	25	29	11
12	39	ж	56	29	19	8
13	42	ж	51	24	17	10
14	36	ж	126	51	49	26
15	30	ж	64	34	24	6
16	43	ч	67	27	26	14
17	36	ж	29	13	9	7
18	31	ч	135	63	45	27
19	34	ж	120	47	46	27
20	45	ч	93	47	32	14
21	42	ж	86	43	30	13
22	31	ч	110	45	42	23
23	35	ж	107	44	41	22
24	41	ж	76	35	27	14
25	40	ч	105	43	41	21
26	38	ж	61	36	15	10
27	44	ч	88	40	31	17
28	35	ж	82	32	33	17
29	40	ч	75	30	29	16
30	31	ч	128	53	48	27
31	29	ж	97	41	33	23
32	27	ж	57	29	19	9
33	30	ч	82	32	33	17

34	37	ж	86	43	30	13
35	39	ч	109	44	42	23
36	25	ч	63	25	25	13
37	26	ж	29	13	9	7
38	45	ж	61	36	15	10
39	43	ч	88	40	31	17
40	33	ч	72	29	28	15
41	37	ж	97	41	33	23
42	46	ж	122	49	46	27
43	43	ж	105	43	40	22
44	31	ч	67	27	26	14
45	32	ж	33	15	10	8
46	29	ч	100	42	34	24
47	34	ж	56	29	19	8
48	40	ч	123	50	48	25
49	40	ж	67	35	25	7
50	25	ч	65	25	26	14
51	39	ч	89	45	31	13
52	29	ж	80	41	28	11
Загальний середній показник			84,94	37,07	31,30	16,55