

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ВОЛИНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ЛЕСІ УКРАЇНКИ
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ
Кафедра загальної та клінічної психології**

Випускна кваліфікаційна робота
на правах рукопису

**Пришляк Світлана Ростиславівна
ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ РЕСУРСНОСТІ БАТЬКІВ ДІТЕЙ З
ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ**

Спеціальність 053 Психологія
Освітньо-професійна програма Клінічна психологія
Робота на здобуття освітнього ступеня «магістр»

Науковий керівник:
**КИХТЮК ОКСАНА
ВАСИЛІВНА**
кандидат психологічних наук,
доцент, доцент кафедри
загальної та клінічної психології
Волинського національного
університету імені Лесі Українки

РЕКОМЕНДОВАНО ДО ЗАХИСТУ

Протокол № _____
засідання кафедри загальної та
клінічної психології
від _____ 2024р

Завідувач кафедри
проф. Журавльова О. В. _____

ЛУЦЬК 2024

АНОТАЦІЯ

Пришляк Світлана Ростиславівна. Психологічні аспекти ресурсності батьків дітей з обмеженими можливостями. – Рукопис.

Випускна кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр» за спеціальністю 053 Психологія. Освітньо-професійна програма Клінічна психологія. – Волинський національний університет імені Лесі Українки, Луцьк, 2024 р.

Магістерська робота присвячена питанню вивчення психологічних аспектів ресурсності батьків дітей з обмеженими можливостями. Діагностична програма передбачала дотримання чіткої логіки у її реалізації.

У дослідженні взяли участь батьки дітей з обмеженими можливостями, що періодично перебувають на лікуванні у Центрі комплексної реабілітації «Фенікс» для дітей з ураженнями ЦНС. Було опитано 45 батьків віком 25-45 років, діти яких мають ураження ЦНС. Дослідження проводилось впродовж 2023-2024 років. Участь у дослідженні була добровільна, результати кодувалися й за бажанням в індивідуальному порядку були представлені опитуваним.

Було застосовано наступні методики: Опитувальник когнітивної регуляції емоцій, Копінг-тест (Р. Лазарус, С. Фолкман), Тест життєстійкості особистості, Опитувальника психологічної ресурсності особистості (О. Штепа), Шкала резильєнтності Коннора-Девідсона (CD-RISC-10).

Діагностовані були розподілені на три групи згідно рівня вираженості психологічної ресурсності (низький, середній та високий рівень). В кожній з дослідницьких груп: 1) визначено специфіку вияву копінг-стратегій, когнітивної регуляції емоцій, резильєнтності та життєстійкості батьків дітей з обмеженими можливостями; 2) встановлено кореляційні зв'язки психологічних ресурсів з показниками життєстійкості, шкалами опитувальника когнітивної регуляції емоцій та копінг-стратегіями особистості.

Розпочате магістерське дослідження має перспективу свого продовження.

Ключові слова: копінг-стратегії, копінг-поведінка, ресурси, життєстійкість, когнітивна регуляція, особливі потреби, резильєнтність.

ANNOTATION

Pryshliak Svitlana Rostyslavivna. Psychological aspects of resourcefulness of parents of children with disabilities. – Manuscript.

Graduation qualification work for the degree of «Master» in the specialty 053 Psychology. Educational and professional program Clinical psychology. - Lesya Ukrainka Volyn National University, Lutsk, 2024.

The master's thesis is devoted to the study of psychological aspects of the resourcefulness of parents of children with disabilities. The diagnostic programme involved a clear logic in its implementation.

The study involved parents of children with disabilities who are periodically treated at the «Phoenix» Centre for Comprehensive Rehabilitation for Children with Central Nervous System Disorders. We interviewed 45 parents aged 25-45 whose children have central nervous system disorders. The study was conducted in 2023-2024. Participation in the study was voluntary, the results were coded and presented to the respondents individually upon request.

The following methods were used: Questionnaire of Cognitive Regulation of Emotions, Coping Test (R. Lazarus, S. Folkman), Test of Personality Resilience, Questionnaire of Psychological Resilience of Personality (O. Shtepa), Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RSC-10).

The diagnosed were divided into three groups according to the level of psychological resourcefulness (low, medium and high). In each of the research groups: 1) the specifics of coping strategies, cognitive emotion regulation, resilience and resilience of parents of children with disabilities were determined; 2) correlations of psychological resources with indicators of resilience, scales of the cognitive emotion regulation questionnaire and coping strategies of the individual were established.

The master's research has the prospect of continuation.

Key words: coping strategies, coping behaviour, resources, resilience, cognitive regulation, special needs, resilience.

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПСИХОЛОГІЧНИХ АСПЕКТІВ ФУНКЦІОНУВАННЯ СІМЕЙ, ЯКІ ВИХОВУЮТЬ ДІТЕЙ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ.....	5
1.1. Соціально-психологічна характеристика сімей, які виховують дітей з обмеженими можливостями.....	5
1.2. Психологічна підтримка та супровід сімей, які мають дітей з особливими потребами	13
1.3. Психологічна характеристик батьків дітей з обмеженими можливостями...	21
1.4. Життєві ресурси батьків дітей з особливими потребами.....	26
Висновки до розділу 1	30
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ВИВЧЕННЯ ВИЯВУ ПСИХОЛОГІЧНИХ АСПЕКТІВ РЕСУРСНОСТІ БАТЬКІВ ДІТЕЙ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ.....	32
2.1. Опис та обґрунтування методик дослідження.....	32
2.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження.....	34
Висновки до розділу 2.....	53
ВИСНОВКИ.....	55
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	58
ДОДАТКИ	

ВСТУП

Обґрунтування актуальності теми. Психологічна ресурсність особистості відображає її здатність ефективно використовувати внутрішні й зовнішні ресурси для подолання життєвих труднощів і досягнення особистих цілей. Вона включає такі аспекти, як позитивне мислення, емоційну стійкість, соціальну підтримку, саморегуляцію, гнучкість та адаптивність тощо. Особистість з високим рівнем психологічної ресурсності має здатність добре орієнтуватися в житті навіть у складних й невизначених ситуаціях.

Загалом знання особистістю власних ресурсів може допомогти їй бути ефективною, використовувати їх у досягненні власних цілей та подоланні труднощів. Окрім того, вивчення психологічної ресурсності особистості може сприяти покращенню самооцінки та самоприйняттю, підвищує самоефективність та компетентність. А отже, знання особистістю власних ресурсів може визначати та впливати на рівень особистісного динаміку й рівень саморозвитку, її самоствердження та досягнення успіху у різних сферах життя.

Особливо важливо для кожної особистості знати свої сильні й слабкі сторони, вміти використовувати й розвивати психологічні ресурси у складних життєвих обставинах. Одним з прикладів таких обставин є сприйняття батьками функціональних обмежень власної дитини після її народження, щоденні турботи про неї та додання складних ситуацій догляду за своєю дитиною. Саме недостатнє висвітлення цієї проблематики й спонукало нас до зосередження фокусу уваги на проблематиці вивчення психологічних аспектів ресурсності батьків дітей з обмеженими можливостями.

Об'єктом дослідження є ресурсність особистості.

Предметом роботи – психологічні аспекти ресурсності батьків дітей з обмеженими можливостями.

Мета полягає в теоретико-методологічному аналізі психологічних аспектів функціонування сімей, які виховують дітей з обмеженими можливостями в психолого-педагогічній літературі, а також емпіричному

з'ясуванні психологічних аспектів ресурсності батьків дітей з обмеженими можливостями.

Згідно мети визначено коло таких **завдань**:

1. Здійснити методологічний аналіз психологічних аспектів функціонування сімей, які виховують дітей з обмеженими можливостями.
2. Розробити програму та провести емпіричне дослідження, спрямоване на вивчення психологічних аспектів ресурсності батьків дітей з обмеженими можливостями.
3. Емпірично дослідити особливості вияву психологічної ресурсності батьків дітей з обмеженими можливостями.
4. Визначити перспективу подальшого наукового пошуку.

Теоретико-методологічною основою дослідження виступили: підходи щодо психологічних аспектів функціонування сімей, які виховують дітей з обмеженими можливостями Б.Андрейко, Н.Гладких, Т.Глуханюк, Н.Погорільська, Г.Соколова, В.Шевчук, М. Mikolajczak, M. Brianda, H. Avalosse та інші.

При проведенні дослідження було застосовано **методи**:

1. Методи теоретичного аналізу психологічної літератури (аналіз, узагальнення підходів та концепцій виокремленої проблеми).
2. Комплекс психодіагностичних методів, представлений: опитувальником психологічної ресурсності особистості (О. Штепа), шкалою резильєнтності Коннора-Девідсона (cd-risc-10), копінг-тестом Лазаруса, тестом життєстійкості, опитувальником когнітивної регуляції емоцій.
3. Методи обробки та інтерпретації результатів дослідження (порівняльний аналіз емпіричних даних, математичні методи: визначення середніх величин, відсотковий, кореляційний та ф-кутовий перетворення Фішера).

База дослідження: у дослідженні брали участь батьки дітей з обмеженими можливостями, що періодично перебувають на лікуванні у Центрі комплексної реабілітації «Фенікс» для дітей з ураженнями ЦНС. Було опитано 45 батьків дітей з ураженнями ЦНС віком 25-45 років. Дослідження проводилось впродовж

2023-2024 року. Участь у дослідженні була добровільна, результати кодувалися й за бажанням в індивідуальному порядку були представлені опитуваним.

Дозвіл Комітету з етики наукових досліджень кафедри загальної та клінічної психології Волинського національного університету імені Лесі Українки для проведення дослідження: Протокол №3 від 15.12.2023 року.

Наукова новизна отриманих результатів дослідження: 1) розширенні уявлень про психологічну ресурсність як необхідну складову психічного здоров'я особистості; 2) з'ясуванні особливостей сформованості психологічної ресурсності батьків дітей з обмеженими можливостями.

Практична значущість одержаних результатів зумовлена можливістю застосування результатів проведеного емпіричного дослідження під час консультативно-корекційної роботи психолога з діагностованими особами, а також у розробці програм тренінгових занять з метою підтримки осіб відповідної категорії.

Апробація результатів. Результати магістерського дослідження апробовано під час роботи XI Міжнародної науково-практичної конференції «Особистість і суспільство: методологія та практика сучасної психології», що відбулась 15-17 травня 2024 та представлено у публікації: Пришляк Світлана, Федотова Тетяна, Кихтюк Оксана. Резильєнтність як складова ресурсності особистості: теоретичний огляд проблеми. *Особистість і суспільство: методологія та практика сучасної психології : матеріали XI Міжнар. наук.-практ. інтернет-конф. (15-17 травня 2024 р.) = Abstract X International Scientific & Practical Internet Conference (May 17, 2024)*. За заг. ред. Я. О. Гошовського, О. В. Журавльової, Н. С. Коструби, Т. І. Дучимінської, А. В. Кульчицької, А. Б. Мудрик, Т. В. Федотової. – Луцьк: ФОП Мажула Ю.М., 2024. С.21-23.

Структура роботи: магістерська робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків. Робота містить 13 рисунків та 3 таблиці. Список використаних джерел налічує 56 найменувань. Повний обсяг роботи – 70 сторінок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПСИХОЛОГІЧНИХ АСПЕКТІВ ФУНКЦІОНУВАННЯ СІМЕЙ, ЯКІ ВИХОВУЮТЬ ДІТЕЙ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ

1.1. Соціально-психологічна характеристика сімей, які виховують дітей з обмеженими можливостями

Питанню вивчення соціально-психологічних характеристик сімей, що виховують дітей з обмеженими можливостями присвячено достатньої праці. Такі вчені як Фарбер, Колдвел, Міллер розглядали потреби стосунків батьків та дітей із особливими потребами, вивчали питання адаптації батьків до цих дітей. Сьогодні вивчення даного питання залишається актуальним. Так, українські вчені, до прикладу, А. Душка вивчала психологічні характеристики у батьків із дітьми з особливими потребами [11]. Українська дослідниця Г. Соколова вивчала емоційне вигорання та захисну поведінку у батьків із дітьми, що мають синдром Дауна [35]. Б. Андрейко вивчав емоційний стан та психологічну допомогу батькам, у яких діти мають особливі потреби [2]. Освітлювалося це питання і в роботах О. Абрамова, Т. Вісковатової, Н. Подгорільської, М. Радченко.

Головними предметами вивчення в цих роботах – це сім'я із дитиною з особливими потребами (психофізичний розлад, розумова відсталість). Найбільш часті проблеми, що трапляються у цих сім'ях, це виникнення відчуження по відношенню до дитини, гіпер або гіпоопіка, виникнення порушень у відносинах у подружжі, між батьками та іншими родичами чи друзями. Окрім того в таких сім'ях є ризик виникнення соматичних або психічних порушень у батьків, що можуть бути викликаними через переживання народження дитини із вадами розвитку.

Вже на достатньому етапі є вивчені стадії адаптації батьків до появи у сім'ї дитини із особливими потребами. Так, згідно А. Міллер виділяють два етапи у

адаптації до цієї стресової ситуації: 1) батьки неприймають факт народження у них дитини із «особливостями», виникає заперечення, переживання шокового стану; 2) батьки пристосовуються, усвідомлюють та приймають факт народження дитини із особливими потребами [25].

М. Семаго та Р. Майромян виділили чотири фази у батьківській реакції на появу у сім'ї дитини із особливими потребами:

- 1) Стресовий стан, що виявляється страхом, відчаєм та розгубленістю;
- 2) Негативізм, проявляється недовірою до лікарів, багторазовим зверненням до медичних установ із метою спростування негативного діагнозу; батьки заперечують діагноз дитини;
- 3) Депресивні стани у батьків, що характеризуються усвідомленням істинного стану ситуації; батьки втрачають надії на «нормальність» дитини, відчують «хронічну печаль». У жінок часто проявляється «посвятою» життя та усім заради дитини, жертвою усіх інших соціальних ролей: як дружина, як матір інших дітей, як дочка та колега – усі інші стосунки зводяться на нівець, існує лише дитина та її потреби;
- 4) Адаптація батьків, що виявляється розвитком адекватних емоційних контактів серед членів родини.

М. Семаго та Р. Майромян акцентують увагу на особливому психологічному статусі сімей із дітьми, що мають особливі потреби. Цей статус виявляється у характері стосунків між членів сім'ї та закритістю сім'ї щодо зовнішнього світу. Характерним для цих сімей є зайнятість матері особливою дитиною, вона не може реалізуватися у кар'єрі чи інших сферах життя, не є близькою із здоровими дітьми (якщо вони є) [29]. Тоді як чоловіки відчужуються від сім'ї та особливої дитини, «втікають» у роботу, у спілкування з колегами та друзями, в алкоголь чи наркотики; вони покладають всі свої сподівання та надію на здорових дітей [20].

Згідно більш пізніх досліджень також виділяють чотири етапи у адаптації до особливих дітей. Згідно таких американських вчених як М. Селігман та Р.

Дарлінг виділяють наступні етапи адаптації: нормалізація, взяття участі у громадському житті, альтруїзм та примирення [56].

Отож, постає питання усвідомлення та прийняття факту «особливості» дитини, відповідно їй виникає потреба у особливому догляді та вихованні дитини.

Дослідження, як правило, спрямовані на вивчення специфіки перших трьох фаз адаптації до стресової ситуації, що пов'язана із появою дитини із особливими потребами. Тоді як на четвертій фазі, пристосування до хронічного стресу, що виникає внаслідок виховання, навчання та соціалізації особливої дитини.

Згідно таких науковців як Е. Ейдемільер та В. Юстіцкіс при появі у сім'ї дитини із особливими потребами виникають наступні проблеми:

- Наростають нерво-спихічне та фізичне навантаження у сім'ї;
- Розподіл навантаження серед членів родини не є рівноцінним;
- Виникнення невдоволення членів сім'ї від сімейного/подружнього життя.

Іншими факторами у виникненні незадоволення є почуття провини у батьків через хворобу дитини. І міра прояву невдоволення базується на уявленнях членів сім'ї про дану патологію, можливі причини виникнення цієї хвороби, наскільки порушилось звичне життя членів сім'ї та знизився її соціальний статус, виникнення феномену «сопроводжуюче захворювання» [20,26].

Американські науковці, вивчаючи сім'ї психічно хворих, виділили три шари присутності, що становить типову ситуацію у них. Є так звані, три кола, які формуються навколо хворого та його потреб. Перше коло включає в себе традиційно одну людину, яка є головним опікувальником хворого та що виконує всі функції по догляду над нею. Тобто, у ситуації із сім'ями, де є дитина із особливими потребами, перше коло формує мати або рідше бабуся, коли матір уникає дитину і втікає, наприклад, в роботу. Другий шар включає в себе членів сім'ї, що епізодами доглядають за хворим. Прикладом, у сім'ях із особливими дітьми може виступати батько, що є членом сім'ї, однак він втікає у роботу і головною своєю функцією вважає заробіток грошей. Зовнішнє (третє) коло

формують родичі, близькі друзі, що знають щодо проблем сім'ї, які пов'язані із хворим, але фактично не бачать його [8, 27].

Н. Погорільська виділяє четвертий шар, що включає в себе незнайомих людей, як один раз з'являються у житті родини, однак їхня критика неблагополучно впливає на емоційний стан сім'ї, а в основному на доглядальника дитини. Цей шар представляють пасажери транспорту, особи, що негативно ставляться до людей із особливими потребами [31].

Така дослідниця як І. Іванова зауважила різний вплив на емоційний стан сім'ї в залежності від характеру обмежень життєдіяльності дитини, специфіки її хвороби [14]. Як наслідок, емоційний стан впливатиме на життєдіяльність цілої сім'ї, її стилю життя, стосунках батьків та дитину. Тому є класифікація сімей за характером порушень у дитини: дитина, що має порушення слуху та/або мови; порушення зору; порушення інтелектуального розвитку; порушення опорно-рухового апарату; комплексні порушення психофізичного розвитку; психічні захворювання чи соматичні хронічні хвороби.

Однак, адаптуватися до дитини із особливими потребами вдається далеко не всім сім'ям. Ознаки, що вказують на дезадаптацію сім'ї та в подальшому консультації психолога: наявність постійних скаг щодо ситуації, гіперопіка хворої дитини, відуження матері від інших соціальних ролей, виникнення соматичних скарг із сторони здорових членів сім'ї, замкнутість сім'ї щодо оточення. В міру того як дитина дорослішає моть виникати ворожість та уникання хворої дитини [27, 37].

Відповідно, на виникнення сильної напруги в сім'ї буде впливати дитина із вадами розвитку. Також може виникати підвищене навантаження на роботі, порушення сну, відчуття безсилля або вини по відношенню до дитини [39], тривога чи депресивні стани. Виразом цього напруження у батьків та дітей є дисфункційні симптоми. Таким чином, всі види активності, будь-яка допомога, що полегшує батьківське життя, сприяє виникненню нових сил та часу для подолання свої труднощів та труднощів дітей [50].

Частою є ситуація, коли у батьків особливих дітей не вистачає сил для зміни ситуації у сім'ї або для пошуку позиву у житті. До того ж варто зазначити, що стан криз батько та матір переживають по різному, що типового веде до непорозумінь та створює поміж них дистанцію. Для розуміння себе та один одного їм потрібна стороння допомога, оскільки криза триває довго та призводить до знесилення. З початку, батько з боку є сильним та витриманим, коли матір не може впоратися зі своїми емоціями, а з часом ситуація змінюється на прямо протилежну. В період найбільшого напруження взаємини батьків значно погіршуються, а стан кризи не дозволяє попросити про сторонню допомогу [41].

Важливим аспектом у сім'ях із особливими дітьми є виховання їх здорових братів та/або сестер. Існує інформація, що здорові діти із сімей, де є діти з особливими потребами, також стикаються із побутовими труднощами, в яких батьки часто жервують їх інтересами на користь особливої дитини. Такі діти часто відчують себе обділеними батьківською увагою. Будучи змушеними розділяти турботи сім'ї, діти із таких сімей змушені рано дорослішати та формувати особисті установки спрямовані на захист, інколи із переходом «в опозицію». Тоді батьки відчуючи відчуженість своїх здорових дітей відчують додатковий біль, який не обговорюється [39, 40, 41].

Також варто зазначити, що вікові кризи та «переломні» моменти сім'ї часто спричиняє її вразливість. Типовим у таких сім'ях є обмеження бажань та потреб здорових дітей. Більшість із них є чуйними та готовими нести відповідальність за свого особливого брата чи сестру. Для своїх батьків вони часто виступають підтримкою, однак через часте ігнорування їх бажань вони недостатньо виражають свої почуття, що веде до зниження відчуття власної гідності [4].

Важливим для створення гармонійних взаємин у сім'ях із особливими дітьми – це вміння дорослих тестувати реальність, що є сукупністю реалістичної та глибинної оцінки себе та інших, в тому числі і дитину із особливими потребами. Тобто дитину із особливими потребами необхідно оцінювати

відповідно її особливостям та віковим характеристикам. Також, для формування гармонійних взаємин є вміння батьків відрізнити особистісні та пов'язані із особливою дитиною внутрішні переживання та зовнішні стимули, що виклакатимуть певні поведінкові реакції та емоції. Отож, для створення психологічно коректних стосунків між батьками та дітьми дорослі повинні бути особистісно зрілими [20].

Дослідники акцентують увагу на проблемах у дитячо-батьківських стосунках у сім'ї із особливими дітьми, що сприяє створенню нових методів зодолання психологічної підтримки цими сім'ями. Продуктивним вважають схему психологічної допомоги із такими структурними компонентами: суб'єктивним інтрапсихічним полем дорослого, суб'єктивним інтрапсихічним полем дитини та об'єктивним міжособистісним полем взаємодій. А оскільки в ранньому віці не можливо оцінити суб'єктивне інтрапсихічне поле дитини та проаналізувати її поведінку, необхідно проводити оцінку взаємин між батьками та дітьми через аналізування суб'єктивного інтрапсихічного поля дорослого. Необхідним для інтеграції особистості дорослих є властивість батьків розрізняти власну та дитячу психіку, свої потреби та дитини. А також це усвідомлення власної цілісної особистісної ідентичності, інтеграції власних конкурентних образів у цілісну концепцію [20, 40]. А зрілий захист виділяють як вміння дорослих ізолювати власний афект, інтерпретувати дорослий афект, раціоналізувати дитячі потреби та обмірковувати ситуацію взаємодій та комунікацій із особливою дитиною та іншими членами родини [20].

1.2. Психологічна підтримка та супровід сімей, які мають дітей з особливими потребами

Після проведеної реформи щодо освіти були визначені прогресивні принципи сучасного соціуму, що в свою чергу сприяло розвитку інклюзивної освіти. Однак, для того, щоб дитина із інклюзією могла повноцінно перебувати та навчатися у загальних середньоосвітніх закладах постає питання відповідного психо-педагогічного супроводу, оскільки отримання якісної освіти прямо

залежить від врахування і реалізації потенційних можливостей навчання та перспектив розвитку кожного учня [42]. Школярі виділяють певні психолого-педагогічні напрямки у системі інклюзійного навчання:

- Попередження виникнення проблем у дитячому розвитку дитини із інклюзією;
- Надання яксної та своєчасної допомоги цим дітям для вирішення актуальних питань її розвитку;
- Створення індивідуальної психологічної програми для цих дітей;
- Для підвищення психолого-педагогічної компетентності батьків їх навчання та розвиток [42].

Головне завдання взаємодії педагогів та психолога, що працюють із дитиною з інклюзією – це формування щодо неї певної особливої емоційно-когнітивного переконання. В основі цього переконання повинні лежати турбота, емпатійна, чуйна та тактовна взаємодія із цією дитиною, а також відношення до неї як до рівноправного учасника колективу, а не жалість. Науковці вважають, що командним підходом в інклюзійних закладах освіти є співпраця вчителів, психолога, батьків дитини та адміністрації школи, яка спрямована на визначення потенційних можливостей дитини, їх реалізація та підготовка до незалежного життя в соціумі [44]. На склад команди для взаємодії із дитиною з інклюзією впливають психофізіологічні особливості школяра. Однак, для ефективної командної співпраці необхідним є:

- Рівний статус у всіх членів команди.
- Батьки дитини з інклюзією є також членами команди.
- Відповідальність за результати психофізіологічного розвитку та соціалізації дитини з інклюзією несе вся команда [44].

Для роботи із дитиною з інклюзією існує спеціальний документ – індивідуальна програма психофізіологічного розвитку цієї дитини [17]. Ця програма включає в себе загальну інформацію про цю дитину, оцінювання її вихідного рівня знань та навичок, її індивідуальний навчальний план та його модифікації і адаптації, оцінювання прогресу дитини. При створенні

індивідуального навчального плану необхідно звернути увагу на розробку навчальної стратегії та системи додаткових послух, що допоможуть дитині успішніше вчитися у звичайному класі [19].

Із практики, особливо ефекотивним є співпраця вчителів та їх асистентів, батьків дитини та практичного психолога. Найважливішим є ознайомлення учнів та вчителів із певними віковими та психофізіологічними особливостями дитини із інклюзією, а також проведення моніторингу розвитку цієї дитини, сприяння позитивного психологічного клімату у класі та співпраця із батьками. Згідно особистісного та системно-орієнтованого підходу супровід дитини із інклюзією має включати в себе комплекс систем спрямованих на всебічну, динамічну, корекційну та розвивальну допомогу згідно вікових та індивідуальних потреб дитини [12].

Науковцями було визначено важливість не лише окремих засобів та методичних прийомів при роботі вчителя та дитини із інклюзією, а особистість педагога, що включає в себе соціальні, емоційно-вольові якості. При оцінці готовності вчителя до роботи із дитиною із інклюзією необхідно врахувати такі ознаки:

- Позитивне відношення до дитини із інклюзією, до навчально процесу та до навчання і виховання дитини;
- Зацікавленість у роботі у вчителя та емоційну насиченість відношення вчителя;
- Наскільки педагог знає психофізіологічні особливості дитини, її вікові зміни, можливості педагогічного впливу під час розвитку та становлення особистості дитини;
- Вчительські навички організувати та реалізувати навчальний та виховний вплив на дитину в процесі формування;
- Бажання спілкуватися із дітьми, ділитися із ними своїм досвідом та знаннями щодо сенсу та шляхів досягнення соціально важливих цілей [42, с. 97].

Одже, для підготовки вчителів до роботи із дітьми із особливими потребами є необхідним розвивати їх особистісні та професійні якості вчителя,

їх комунікативні, творчі та рефлексивні вміння. Відповідно, від насиченості позитивного ставлення вчителя до дитини із інклюзією буде залежати процес адаптації та асиміляції даної дитини у шкільне середовище [8].

Дуже важливим у роботі із дітьми з особливими потребами є психологічна підтримка педагогів, що залучені у цю команду. Саме це допоможе сформувати у вчителів психологічну готовність до роботи та спрофілакувати емоційне вигорання. Прикладом можуть виступати тренінги, круглі столи, конференції, семінари, виконання психолого-педагогічних вправ та завдань. Важаються ефективними такі вправи як: «Скринька доброти», «Бути поруч», «Стереотипи у школі». Ці вправи дозволять вчителям освоїти навички релаксації та зняття психоемоційного напруження [22].

Ще одним важливим аспектом при впровадженні інклюзивної системи у освітній процес є психолого-педагогічна консультація сімей зі здоровими дітьми та дітьми з інклюзією [10]. Велика частина батьків хвилюється щодо впливу одних дітей на інших, на можливість їх дітей бути скривдженими. Команда повинна зайнятися вирішенням соціальних проблем із сім'ями, наданням інформації щодо переваг впровадження інклюзивної системи у навчальний процес, заохоченням батьків до продуктивної співпраці батьків. При встановленні довірчих стосунків поміж психологом, педагогами та батьками буде сприяння формування віри у успішність впровадження інклюзивної системи у освітній процес.

У вітчизняній психології та педагогіці загальноприйнято визначається психолого-педагогічне консультування як психологічна допомога сім'ям у складних життєвих ситуаціях. В основному воно є направлене на розрішення проблем, що пов'язані із перепонами у міжособистісних взаєминах. У процесі психопедагогічного консультування корегуються уявлення, установки, ставлення та поведінка людей. Також для підвищення ефективності психопедагогічного консультування батьків дитини із інклюзією необхідним є групова взаємодія між батьками, дитиною та інших членів родини [17].

Процес психопедагогічного консультування має бути безперервним, комплексним, із творчим характером. Також, можна долучати до консультування групові форми роботи, до прикладу: тренінгові заняття та батьківські семінари. Долучення групових форм роботи із дітьми дозволить розширити знання батьків щодо психологічних особливостей дітей із особливими потребами; щодо психології виховання та сімейних стосунків. Це сприятиме підвищенню інформованості щодо змін відношення батьків до проблем дитини із особливими потребами та основних цілей її виховання. Однак, психопедагогічне консультування повинне відбуватися не лише у груповому форматі, а й у вигляді індивідуального спілкування щодо сімейних труднощів та проблем дитини із особливими потребами [28, с. 98].

Згідно Т. Чернікової головним сенсом психолого-педагогічного супроводу дитини із особливими потребами полягає у формуванні життєвого простору особистості, а для цього необхідною є взяття участі компетентного дорослого для спрямування розвитку дитини. Дослідниця визначає наступні принципи психолого-педагогічного супроводу: відносини із дитиною за типом «суб'єкт-суб'єктивні»; врахування розвитку дитини за віковим аспектом; спадкоємність при взаємодії психолога та батьків. Вчена акцентує увагу на розмежуванні понять «психолого-педагогічний супровід» та «психологічна підтримка». Психологічна підтримка є спільним подоланням несприятливих або скрутних періодів у житті дитини та вміщує в себе співпереживання та емпатію, що що підтверджує вагомість особистості [1].

Такі науковці як Адлер, Роджерс, Франкл, Шуте та Фромм визначають психологічну підтримку як важливу ланку психологічної допомоги дітям із інклюзією. Згідно них в основі психологічного супроводу лежить не захист дитини від усіх проблем та не їх розрішення, а створення умов для можливості дитиною усвідомлено, відповідально та самостійно робити вибір. Таким чином основне завдання психологічного супроводу – це створення сприятливих умов для того, щоб в дитини змогли сформуватися навички самостійного мислення та прийняття рішень. Отож, психологічний супровід є системою професійної

діяльності педагогів та психологів, що сприятиме створенню умов для розвитку відносин між дітьми та дорослими у процесі навчання та психологічному та психічному розвитку дитини із орієнтацією на можливість розвитку дитини в перспективі [5, 9].

Сім'я є складною відкритою соціальною системою взаємовідносин, яка є пов'язаною із передачею досвіду взаємодій із соціумом та середовищем навколо, розподілом ролей та функцій у суспільстві. Численні дослідження доводять вплив взаємин в сім'ї, батьківсько-дитячі стосунки на формування позитивного погляду на довколишній світ та на себе. Відповідно негативний досвід відношення батьків до дитини може сприяти розвитку недовіри до світу та занижену самооцінку у дітей [56].

Поява у сім'ї дитини із особливими потребами – це випробування для усіх її членів, що пов'язане із невиправданістю батьківських надій, перешкод багатьох планів на шляху самореалізації батьків. До прикладу, наявність у дитини складних порушень мовлення та/або інтелекту спричинить специфічні труднощі у функціонуванні та комунікації серед всіх членів сім'ї. В подальшому це може призвести до недостатності спілкування у сім'ї, формування у батьків дисгармонійних моделей виховання дітей [55].

Виділяються такі типи відношення батьків до дитини із особливими потребами:

- 1) Максимальна самовідданість, що веде до формування планів життя усієї сім'ї згідно потреб цієї дитини;
- 2) Віджучення або часткове/повне делегування відповідальності за цю дитину на державу.

Згідно даних типів американський психіатр Б. Спок пояснив, що таке ставлення до дитини із особливими потребами є наслідком відчуття провини у стані дитини. Відповідно, використовуючи множинні та неефективні методи лікування, батьки заперечують «особливість» своєї дитини і доводять іншим, що їх дитина здорова. В свою чергу, це формує занижену самооцінку дитини, оскільки батьки покладають на дитину завищені надії, які дитина не в змозі

реалізувати. Такі батьки із часом роблять висновок, що це безнадійно і можуть почати соромитися «особливостей» своєї дитини. Тоді як нормальною моделю виховання такої дитини було б природнє виховання дитини із допомогою в освоєнні наколишнього світу без гіпер чи гіпоопіки [52].

Такі вчені як Р. Тригер, Д. Мейер, П. Вадасі вважають, що поява дитини із особливими потребами в сім'ї є воєрідним маркером проблем, що вже існували серед подружжя. Відповідно, якщо у певній сім'ї панувало напруження, то після народження дитини із «особливостями» є ймовірність його посилення та виникнення нових проблем. До того ж поява у сім'ї дитини із «особливостями» є стресом не лише для батьків, а й для інших поколінь, якщо вони є (бабусі та дідусі, брати чи сестри).

Згідно результатів досліджень Ю. Мартинюк та А. Душки [11] частішим є випадки, коли батьки з боку чоловіка відмовляються від онука, що має особливі потреби, та звинувачують у його проблемах зі здоров'ям свою невістку, формуючи в неї комплекс вини та створюючи напружені відносини в сім'ї та родині.

Дослідження батьків чоловічої статі із дітьми із синдромом Дауна психолога М. Хансона [49] на основі таких критеріїв як: подружнє життя, соціальна підтримка, адаптованість, рівень стресу та особистісні характеристики поружжя показало:

- Відсутність зв'язку між статю дитини та адаптацією батька до «особливостей» дитини;
- Відсутність впливу важкості хвороби дитини на адаптацію батька;
- Зв'язок між невротичністю батька та його адаптації до «особливої» дитини;
- Більшість із батьків, що взяли участь у дослідженні, не є схильними до депресивно-тривожних розладів та виражених особистісних проблем;
- Позитивний вплив соціальної підтримки для батька на його адаптацію;

- Зворотній зв'язок між стресом батька та рівнем його освіти і фінансовою ситуацією у сім'ї;
- Батьки із дітьми з синдромом Дауна не є більш схильними до розлучення, у порівнні з іншими чоловіками [49].

Відповідно було виявлено, у 30 % впитв «особливостей» дитини на сім'. Є відсутній або маловагомий. У 46 % батьки акцентують увагу на веселій вдачі своїх дітей, а 43 % зауважують обмеження у сім'ї пов'язані з «особливостями» дитини [49]. Однак, із врахуванням того, що батьки із даного дослідження вже адаптувалися до «особливостей» своїх дітей, Г. Хорбі зауважив, що у 42 % батьків виникло душевне потрясіння, а 36 % відчули стурбованість за майбутнє їх дитини.

Інакшим чинником внутрішньосімейних проблем є гіперопіка дітей із «особливостями», що призводить до суттєвого обмеження кола спілкування їх дітей з найближчим оточенням або членами сім'ї [24]. Як результат у здорових дітей формуються образи, конфлікти, відчуття гніву щодо батьків та відчуння небажаності та непотрібності.

Варто звернути увагу на матеріальний стан сімей із дітьми з інклюзією. Так, Е. Ейдемільер, В. Юстицкіс вважають, що фінансова ситуація може створити перешкоду у пошуках допомоги поза межами дому та змусити членів сім'ї поєладатися лише на себе. Відповідно, вважається, що саме фінансові проблеми створюють додатковий стрес і можуть призвести до сімейної кризи. Хронічна відсутність грошей може провокувати звинувачення дитини із особливими потребами та призводити до поганого поведження та навіть насильства щодо неї.

Дослідження Б. Фарбера та Д. Рікмана показали, що поява дитини із особливими потребами сворює негативний вплив на сім'ю, веде до рольових проблем, взаємної відчуженості у родині, обмеженого дозвілля, непорозуміння та напруженості у подружжі. Таким чином, необхідним є кардинально змінити власні упередження щодо дитини із «особливостями», а не просто реагувати на вже існуючу проблему.

Отож, при організації психолого-педагогічного супроводу сімей із «особливими» дітьми є пріоритетним інтереси та потреби цих дітей, а головна мета – підготовка цих дітей до самостійного життя [21, 44]. Важливим є те, що допомога та підтримка не повинна перевищувати необхідну, інакше діти з особливими потребами робляться залежними від них. Для успіху інклюзивної моделі освітнього процесу є необхідним поважливе ставлення до дитини, її батьків та інших учасників команди [45]. Інклюзивна модель освітнього процесу виділяє два ключових моменти: допомога нормального розвитку дітей із особливими потребами та зведення до мінімуму ймовірні наслідки їх взаємодії із оточенням. Для цього є важливим усунення стереотипів щодо «особливих» дітей [36].

Визначено, що часта взаємодія із дитиною з особливими потребами сприятиме розвитку соціального досвіду у звичайних дітей [34]. При умовах правильно вибудованого психолого-педагогічного супроводу, цей досвід стане підґрунтям особистісного зросту учнів. Так, визначено, що учні із інклюзивного класу виявляють вищу соціальну відповідальність та впевненість у своїх силах.

1.3. Психологічна характеристика батьків дітей з обмеженими можливостями

Комплексна допомога дітям із особливими потребами в першу чергу повинна базуватися на особливостях психологічної доромоги її батькам. На даний час модель психологічної підтримки батьків дітей із психофізичними порушеннями тільки розпочинає свої перші кроки в Україні. Із врахуванням різних підходів до даної проблеми і відбувалося формування різноманітних моделей психологічної підтримки сім'ям із дітьми з особливими потребами.

Як вже було зазначено багато науковців вивчало вплив появи дитини із особливими потребами на емоційний стан сім'ї та пристосування до цієї ситуації батьками [35]. Відповідно, в основу моделей психологічної підтримки цим

сім'ям лягли різні принципи, до прикладу: виховні принципи, сімейно центровані, мотиваційні, принципи спеціальної дидактики.

Так, в основі моделі Б. Скінера лежить принцип підвищення кількостей та якостей взаємодії між батьками та дитиною. В основі моделі В. Кагана лежать стимуляції батьків особливої дитини до повернення до відкинутих інтересів та хобі.

Таким чином, згідно В. Кагана батькам для побудови гармонійних взаємин із особливою дитиною є важливими улюблена робота та особистісний розвиток. Тобто ця модель вказує на необхідність дотримання терапевтичної дистанції, однак, при цьому батьки не повинні відмовлятися від контакту із дитиною.

За моделлю Х. Джайнотта при спілкуванні батьків із особливою дитиною, перші повинні підтримувати позитивне бачення образу «Я» в дитини та уникати особистісної негативної критики по відношенню до дитини. Згідно моделі В. Тарасуна батькам необхідно прогнозувати та вчасно вирішувати труднощі своєї особливої дитини у процесі навчання.

Згідно Л. Виготського, Д. Ельконіна є теорія психолого-педагогічних зв'язків у розвитку дитини із особливими потребами в процесі її соціалізації. Тоді як С. Рубінштейн спирається на теорію розвитку дитини в умові дизонтогенезу, що вимагає щоб навколо неї було спеціальне корейкційне розвиваюче середовище (батьки мають створити певні умови в межах сім'ї задля забезпечення оптимального розвитку дитини із особливими потребами) [36].

А. Міллер, Н. Фінні, Л. Ханзерук, Д. Шульженко та інші вивчали різні теорії та методики соціально-психологічної праці із родиною із дитиною, що має особливі потреби. Реакція батьків на проблеми дитини, її стан здоров'я чи її відсталість можуть викликати найрізноманітніші ситуації. Як вже зазначалось М. Семаго та Р. Майромьян виділили чотири етапи адаптації батьків до дитини із особливими потребами. Однак, на думку дослідників ці фази є скоріше структурованими, ніж послідовними. Так, в залежності від навколишнього

середовища фази перебігу процесу пристосування батьків до дітей із особливими потребами матимуть різну тривалість та різну міру вияву [3, 4]

У випадку невиправдання батьківських надій, підтвердженні її соціального статусу спостерігається емоційне відкидання цих дітей. Виявлятися це може у підвищенні тривоги у таких дітей, у виникненні девіантної поведінки у старшому віці, незасвоєнні навчальної програми. Емоційне відкидання проявляється к несвоєчасний та недостатній відгук батьків на дитячі потреби; нехтування її почуттями та інтересами. Так, частим є надмірний критицизм негативних сторін та відхилень у поведженні щодо дитини та ігнорування позитивних рис притаманих дитині. Відповідно, емоційне відкидання батьків, особливо з боку матері, призводить до депривації та ще більшому сповільненню розвитку особливої дитини; зумовлює порушення її поведінкових реакцій [32].

Оскільки для гармонійного розвитку дитини необхідною є прихильність мами, то можна спостерігати набуття впевненості у собі та свої силах та активність у дослідженні світу при прихильності до матері. Тоді, відсутність материнської прихильності зумовлює затримку психічного розвитку [2].

Виділяють такі етапи у психологічній допомозі батькам:

- 1) Інформаційний етап. Основною метою є надати батькам інформацію щодо коректного виховання особливої дитини;
- 2) Діагностичний етап. Основна ціль – це діагностика подружжя із застосуванням психологічних методів для того, щоб визначити їх емоційний стан;
- 3) Психокорекційно-консультативний етап. Основна мета цього етапу – це надання психологічної допомоги батькам. Для цього застосовуються техніки сімейного консультування, що сприятимуть пристосуванню та прийняттю до особливостей дитини, покращенню стосунків у сім'ї [2].

Отож, кожен із етапів надання психологічної допомоги батькам із дітьми з особливими потребами включає в себе надавання інформації щодо правильного виховання таких дітей. Для покращення емоційного стану рекомендують застосування музично-медитативних впливів, що сприятимуть прийняттю

ситуації, очищенню від негативних думок, позбавленню відчуття вини та роздрядування. Такі вправи сприяють розвитку самоконтролю та розслабленню, формуванню позитивних емоцій [7].

Отож, із врахуванням психологічного стану та особливої вразливості сім'ї із дитиною з особливими потребами є необхідність надання цій сім'ї своєчасної та практичної допомоги, а також інформації. Відповідно, при зниженні рівня стресу у сім'ї та покращенні взаємин у сім'ї буде спостерігатися позитивна динаміка у розвитку дитини з особливостями [25, 26]. Для ефективної корекційної психотерапії сім'ї із «особливою дитиною» в її основі мають лежати такі принципи:

- Принцип єдності діагностичного та корекційно-педагогічного етапів. Задля оцінки потенціалу розвитку дитини із особливими потребами проводиться її обстеження із залучень різноманітних фахівців. В подальшому ця оцінка сприятиме підходу корекційно-педагогічної роботи щодо даної дитини. Прикладом цих підходів може бути створення індивідуального плану розвитку дитини, тісна співпраця у зв'язці «фахівці-батьки» та «батьки-діти».

До того ж варто зауважити, що лише при ставленні до батьків як до рівноправних партнерів, вони будуть дослуховуватися до порад фахівців та їх виконувати [36]. При сприйнятті батьків як «об'єктів свого впливу» вони відмовлятимуться від сторонньої допомоги. Також, при побудові взаємин між корекційним педагогом, дитиною та батьками важливо орієнтуватися на особистісно-орієнтований принцип, до прикладу, із використанням прийому «очі в очі» та «на рівні очей».

- Принцип врахування інтересів, що стосується методів вирішення певного завдання через використання інтересів дитини. Так, фахівцям варто бути тактовними і підходити із аргументами до відповіді на питання, які цікаві батькам дитини.
- Принцип провідної діяльності, що вказує на необхідність розвитку дитини в рамках її основного виду діяльності. Тому важливим є, щоб взаємодія

корекційного педагога та сім'ї була спрямована на розвиток дитини згідно її віку, можливостей та інтересів.

Ще одним важливим пунктом у роботі із батьками корекційні педагоги є використання сучасних форм та методів роботи із врахуванням індивідуальних особливостей батьків, типу сім'ї, стосунках в ній та стилю виховання. Оскільки співпраця між фахівцями та сім'єю є тривалою та регулярною, то батьки повинні отримувати нові теоретичні знання та прийоми для відпрацювання їх з дитиною.

При ефективній та своєчасній психолого-педагогічній допомозі можна скорегувати емоційний стан, батьківське відношення до дитини, взаємини в межах сім'ї та позбавити батьків хронічної втоми [35]. Однак, для ефективності підтримки варто врахувати індивідуальні особливості кожної сім'ї. На результат психокорекційної допомоги будуть впливати різноманітні чинники як знання батьків щодо психологічних особливостей дитини, правильне оцінювання її особистісних характеристик, адекватність емоційних реакцій на поведінку дитини, підбір підходящих методів для взаємодії із дитиною згідно її індивідуальних особливостей. Також сприятиме ефективності психокорекційної допомоги емоційна стабільність батьків та їх прийняття хвороби дитини.

Отже, для досягнення емоційного благополуччя сім'ї із особливою дитиною необхідним є спрямування психологічного супроводу на створення в сім'ї соціально-психологічних умов. І для початку батьки таких дітей мають усвідомити необхідність поетапного, маленькими кроками процесу виховання, навчання та лікування своєї дитини [21].

Психо-педагогічна корекція зумовлює зміну світобачення та формування позитивного мислення у батьків щодо їх дитини. Ще одним важливим аспектом співпраці із корекційним педагогом є усвідомлення необхідного самостійного розрішення власних проблем, а що ще важливіше, формування мотивації до цього, що сприятиме щасливому житті із пройденими стадіями адаптації до появи дитини із особливими потребами [10].

Таким чином, для розробки моделей психологічної допомоги батькам із дітьми, що мають психофізичні порушення, необхідно охопити всі аспекти, до

прикладу, психологічну діагностику емоційних станів, підбір способів для їх корекції. Це може дозволити дитині не лише нормально функціонувати в межах сім'ї, а й у соціумі, до прикладу, при поїзді в транспорті, прогулянках в публічних місцях, навчанні в школі [10].

Отже, для створення гармонійних стосунків між подружжям та батьками з дитиною, іншими членами сім'ї, оптимізацій емоційних станів та створенню сприятливого клімату у таких сім'ях необхідним дотримуватися психотерапевтичних принципів, етапності їх виконання та власне розуміння щодо необхідності допомоги психологів та корекційних педагогів.

1.4. Життєві ресурси батьків дітей з особливими потребами

Сьогодні розвитку суспільства приаманою є тотальна нестабільність, зростання кількостей техногенних та антропогенних аварій. Ці фактори є причиною виникнення кризових ситуацій, а тому проблема виникнення соціально-психологічних криз стає доволі актуальною. Згідно класифікації криз за змістом: виділяють нормативну, ненормативну та невротичну кризу.

Нормативними кризами є кризи, що обумовлені фізіологічними, психологічними змінами; формуванням нових соціальних контактів індивіда. Тобто, нормативні кризи є варіантом норми та необхідними для подальшого особистісного розвитку. Прикладом нормативних криз є вікові кризи та системні, що представлені сімейними, професійними, особовими, життєвими, екзистенційними та психодухавними кризами [6].

Іншим варіантом криз – є ненормативні кризи. Це кризи, що виникають у житті людини із критичними життєвими ситуаціями; інакша назва – ситуативна криза. Прикладом таких криз є горе, тяжкі хвороби, катаклізми тощо. Народження дитини із особливими потребами також веде до виникнення ненормативної кризи [6].

Невротичні кризи є так званім внутрішнім процесом, що виникає при переживанні особистістю соціально-психологічних проблем, що виникають час

від часу. Зазвичай вони закладаються ще у дитинстві внаслідок негармонійних методів виховання дитини батьками.

В структуру кризи входять такі ознаки:

- Інформаційна невизначеність, що сприяє виникненню тривоги;
- Емоційна напруга до якої входить тривога, депресія та ворожість;
- Потенційна можливість розвитку та особистісного зростання;
- Екзистенційні аспекти [6].

На сьогодні єдиного визначення терміну «криза» не має. Однак, криза розглядається як ситуація, коли існувати в попередньому статусі є неможливим; потребі у нових внутрішніх ресурсах для життя; перегляду та трансформації власної особистості.

Вчені доводять, що подолання кризи за допомогою практичної або пізнавальної діяльності є неможливо, для цього необхідно «перебудувати світ у собі». Згідно цих переконань продуктом переживань є чимось внутрішнім та суб'єктивним, новою надцінною свідомістю, відродженням нового Я, ухваленням буття та свого місця в ньому.

При переживанні криз спостерігається певна стадійність:

1) Особистість стикається із проблемою від якої неможливо відійти, оскільки спостерігається порушення цілісності звичного життя та комфорту. В такому випадку використовуються поверхневі ресурси, ті якими індивід володіє. До того є характером та ступенем цих ресурсів буде пояснюватися її поведінка при ситуації, що викликала кризу [13].

Однак, криза унеможлиблює адаптацію, а тому постає питання роботи із зовнішнім та внутрішнім світом людини та зміни глибинних установок. Розхитування колишніх сенсових орієнтирів, зростання неприйняття оточуючих людей, ворожість до світу, втрата віри у себе – це звична ситуація при кризі. Коли ресурсів не достатньо для подолання кризи виникає тривога, стиль поведінки індивіда стає пасивно-захисним, що сприятиме психологічному дискомфорту.

2) Подальше зростання напруги. Оскільки наявні ресурси із часом виснажуються, індивід стає уразливим, відбувається зниження його самооцінки, його свотобачення дестабілізується.

На цьому етапі виникає негативно-афектна схильність відчуття негативних емоцій, створення негативної Я-концепції. Тривога, депресія та ворожість є включеними у цю структуру. Емоційну напругу супроводжує часткове звуження свідомості, зниження контролю та регуляція поведінки. У особи формується фрагментне сприйняття, переважання афектогенної мотивації, що спричинює проблему осмислення та розуміння довкілля. Так, на даному етапі відбувається дезінтеграція, дезорганізація суб'єктивного образу світу, втрата життєвих орієнтирів, руйнується позитивна Я-концепція, не відбувається відновлення та накопичення ресурсів [32, 33, 35]. Вчені, що вивчають проблему виникнення криз, стверджують, в різноманітних сферах (когнітивна, ціннісно-смилова, мотиваційно-вольова, емоційна) відбуваються зміни сприйняття та самосвідомості. Таким чином, відбувається втрата тих психічних якостей та властивостей, що були ресурсами індивіда.

3) На цьому етапі старі ресурси вже вичерпались, а нові ще не з'явилися. У цей проміжок часу виникає найбільше напруження; індивід усвідомлює проблему, мобілізує зовнішні та внутрішні ресурси.

Отже, замість страждань та депресивних станів, що поєднуються із періодом виснаження внутрішніх сил компенсаторно з'являються надсвідомі енергії. Біль, що супроводжує людину в кризі, зумовлює пошук нових методів розрішення проблем, ресурсів, освоєння нових навичок [32].

Теорія стресу вказує, що саме на цьому етапі відбувається стрімке зростання мобілізації захисних властивостей психіки, що сприяють резистентності організму. Також активізується увага, пам'ять, розумові процеси, що сприяє чіткому усвідомленню ситуації, що виникла; особистість розуміє, що необхідно робити нові висновки щодо життя, шукати зовнішні та внутрішні зміни; виникає відчуття контролю ситуації.

Мобілізація екзистенційних ресурсів є питанням духовного підйому особистості. Отож, для мобілізації нових ресурсів є необхідним ясне усвідомлення цілісності того, що трапилось, а також індивід має усвідомлено залучати ті засоби, що необхідні в конкретній ситуації «тут і зараз», робити рішучі кроки для вирішення проблеми [41]і. Для цього пробуджуються глибинні ресурси. При їх відкритті та усвідомленому розумінні їх життя особи стає більш осмисленим, індивід стає творцем свого життя. Його стійкість до життєвих труднощів та нових криз зростає.

Але цей процес часто не відбувається самостійно та не завжди глибинні ресурси усвідомлені та осмислені людиною, що має кризу [38].

4) Етап біфуркації, зміна напрямку наступного розвитку індивіду.

Переживання кризи є потенційною можливістю подальшого розвитку індивіда, адже є роботою самосвідомості та поглибленням саморозуміння. Переживання цієї стадії значно залежить від того наскільки особа відкрита до нового досвіду, від міри прийняття ситуації, погодження до змін. Так, при виборі людиною майбутнього із невизначеністю та тривогами, готовності до змін та їх активному освоєнні людина може відкрити в собі нові глибинні ресурси та в подальшому впоратися із наступними проблемами. Тоді як при надмірній прив'язаності до минулого, заперечинні нових змін буде відбуватися посилення захисних механізмів та в подальшому дезадаптація особистості. На цій стадії власне максимальне розгортання кризи мобілізуватиме внутрішні ресурси індивіда.

Відомим є те, що задля виходу із криз є два механізми: конструктивний та деструктивний. Так, конструктивне розв'язання кризи сприяє новому погляду людини на себе, формуванню нового «образу Я», прийняттю змін в житті та нових цінностей. Результат цього має назву «метаморфоза особистості». За К. Юнгом її переродження та трансформація.

Деструктивне розв'язання кризи характеризується відсутністю затрат сил для пошуків вирішення ситуації. Індивід не приймає ситуацію, відмовляється брати відповідальність, боїться приймати рішення. Проте це сприяє зростанню

відчуттів тривоги, безнадійності та депресивних станів. Формується так звана хронічна стадія кризи, а такий індивід стає «людиною кризи».

Отож, при появі дітей із особливими потребами у батьків постає питання мобілізації глибинних ресурсів, що дозволяє їм актуалізуватися, усвідомити та прийняти ситуацію, а також спрямувати свої сили на виховання та соціалізацію такої дитини згідно її віку та особливостей [41].

Висновки до розділу 1

При появі у сім'ї дитини із особливими потребами (психофізичний розлад, розумова відсталість тощо) найчастішими проблемами, що виникають, є виникнення відчуження по відношенню до дитини, її гіпер або гіпоопіка, виникнення порушень у відносинах подружжя, між батьками та іншими родичами чи друзями. Окрім того в таких сім'ях є ризик виникнення соматичних або психічних порушень у батьків, що можуть бути викликаними через переживання народження дитини із вадами розвитку.

А. Міллер виокремлює два етапи у адаптації батьків до цієї стресової ситуації:

- 1) батьки не приймають факт народження у них дитини із «особливостями», виникає заперечення, переживання шокowego стану;
- 2) батьки пристосовуються, усвідомлюють та приймають факт народження дитини із особливими потребами.

Такі науковці, як М. Семаго та Р. Майромян виділили особливий психологічний статус сімей із такими дітьми. Цей статус виявляється у характері взаємин між членів сім'ї та її закритістю щодо зовнішнього світу. Характерними рисами цих сімей є зайнятість матері «особливою» дитиною, її неможливість реалізуватися у кар'єрі чи інших сферах життя, відсутність близькості із здоровими дітьми (якщо вони є). А також відчуження чоловіків від сім'ї та «особливої» дитини, «втеча» у роботу, у спілкування з колегами та друзями, в

алкоголь чи наркотики; покладання всіх своїх сподівань та надій на здорових дітей.

Виділяють так звані, три кола, які формуються навколо хворої дитини та її потреб. Перше коло – одна людина, яка є головним піклувальником та, що виконує всі функції по догляду за нею (до прикладу, матір дитини). Друге коло – включає в себе членів сім'ї, що епізодами доглядають за хворою дитиною (до прикладу, батько чи бабуса). Зовнішнє коло – сформоване з родичів, близьких друзів, що знають проблеми сім'ї, які пов'язані з особливою дитиною, але фактично не їх бачать.

Комплексна допомога дітям із особливими потребами в першу чергу повинна базуватися на особливостях психологічної доромоги її батькам. Із врахуванням різних підходів до даної проблеми і відбвалося формування різноманітних моделей психологічної підтримки сім'ям із дітьми з особливими потребами. Частково вплив появи дитини із особливими потребами на емоційний стан сім'ї та пристосування до цієї ситуації батьками є вивченим. Відповідно, в основу моделей психологічної підтримки цим сім'ям лягли різні принципи.

До прикладу, основою моделі Б. Скінера є принцип підвищення кількостей та якостей взаємодії між батьками та дитиною. В основі моделі В. Кагана лежать стимуляції батьків особливої дитини у поверненні до відкинутих інтересів та хобі. Згідно моделі В. Тарасуна батьки мають своєчасно прогнозувати та вирішувати труднощі своєї особливої дитини у процесі навчання.

Народження дитини із особливими потребами веде до виникнення ненормативної кризи у її батьків. Є два варіанти її розв'язання: конструктивний та деструктивний. Поява дітей із особливими потребами гостро ставить питання мобілізації глибинних ресурсів у батьків, що дозволить їм усвідомити та прийняти ситуацію, а також спрямувати свої сили на виховання та соціалізацію такої дитини згідно її віку та особливостей.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ВИВЧЕННЯ ВИЯВУ ПСИХОЛОГІЧНИХ АСПЕКТІВ РЕСУРСНОСТІ БАТЬКІВ ДІТЕЙ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ

2.1. Опис та обґрунтування методик дослідження

Діагностична програма вивчення психологічних аспектів ресурсності батьків дітей з обмеженими можливостями складалася з таких етапів:

- I етап – підбір методичного інструментарію емпіричного дослідження;
- II етап – визначення психологічної ресурсності батьків за опитувальником О.Штепи;
- III етап – визначення особливостей копінг-стратегій, когнітивної регуляції емоцій, резильєнтності та життєстійкості батьків дітей з обмеженими можливостями;
- IV етап – аналіз та інтерпретація отриманих результатів.

У дослідженні взяли участь брали участь батьки дітей з обмеженими можливостями, що періодично перебувають на лікуванні у Центрі комплексної реабілітації «Фенікс» для дітей з ураженнями ЦНС. Було опитано 45 батьків дітей з ураженнями ЦНС віком 25-45 років. Демографічні дані: серед опитаних було 29 осіб жіночої статі та 16 чоловічої; усі в шлюбі, сім'ї повні; у 12 осіб в одна дитина, 24 – двоє дітей та 9 осіб – троє дітей; усі проживають у місті. Дослідження проводилось впродовж 2023-2024 років. Участь у дослідженні була добровільна, результати кодувалися й за бажанням в індивідуальному порядку були представлені опитуваним.

Здійснивши аналіз літератури з психодіагностики було відібрано наступні методики для діагностики психологічних особливостей вияву копінг-стратегій та ресурсності батьків, що виховують дітей з обмеженими можливостями:

1) Опитувальник когнітивної регуляції емоцій, що містить 36 запитань, на які опитувані повинні відповідати згідно з мірою їх згоди з запропонованою шкалою оцінювання: від 1 (ніколи) до 5 (завжди). За результатами обчислюються показники за такими шкалами: самозвинувачення, прийняття, зосередженість на думках/розумах, позитивне перефокусування, перефокусування на плануванні, позитивна переоцінка, розглядаючи ситуацію в перспективі, катастрофізую, інші винні.

2) Копінг-тест (Р. Лазарус, С. Фолкман), що містить 50 запитань, на які опитувані повинні відповідати згідно з мірою їх згоди з запропонованими твердженнями: ніколи – 0 балів, рідко – 1 балів, іноді – 2 балів, часто – 3 балів. За результатами обчислюються показники за такими шкалами: конфронтаційний копінг, дистанціювання, самоконтроль, пошук соціальної підтримки, прийняття відповідальності, втеча-уникнення, планування рішення проблеми, позитивна переоцінка.

3) Тест життєстійкості особистості, що містить 45 запитань, на які опитувані повинні відповідати за запропонованою шкалою оцінювання: у відповідях на прямі пункти встановлено бали (від 0 до 3 балів): «ні» - 0 балів, «швидше ні, ніж так» -1 бал, «швидше так, ніж ні» - 2 бали, «так» - 3 бали. Відповідям на зворотні пункти призначаються бали від 3 до 0, де: «ні» -3 бали, ... «так» - 0 балів. За результатами обчислюються показники за такими шкалами: залученість, контроль, прийняття ризику.

4) Опитувальника психологічної ресурсності особистості (О. Штепа) складається з 67 тверджень. Діагностовані відповідають наступним чином: «+» – у випадку згоди з твердженням та «-» – якщо не згодні з твердженням. За обчисленням результатів згідно ключа методики, визначають наступні показники за шкалами: упевненість у собі, доброта до інших, допомога іншим, успіх, любов, творчість, віра в добро, прагнення до мудрості, робота над собою, самореалізація у професії, відповідальність, знання власних ресурсів, уміння оновлювати власні ресурси, уміння використовувати власні ресурси. За результати сумування показників за усіма шкалами методики визначають загальний рівень

психологічної ресурсності: 0-56 балів – психологічна ресурсність не діагностується; 57-69 балів – низький рівень психологічної ресурсності; 70-92 балів – середній рівень психологічної ресурсності; 93-106 балів – високий рівень психологічної ресурсності; 107-112 балів – сумнівні дані для діагностування наявності психологічної ресурсності.

5) Шкала резильєнтності Коннора-Девідсона (cd-risc-10), що містить десять запитань, на які опитуваним пропонується відповісти за п'ятибальною шкалою Лайкерта відповідно з їх згоди: 0 – ніколи, 1 – рідко, 2 – іноді, 3 часто та 4 завжди. За результатами опитування виводиться загальний сумарний бал. Кількісний показник за методикою може варіюватися в діапазоні від 0 до 40 балів. Нормативний показник в балах є таким: 0-15 балів – низький рівень резильєнтності; 16-20 – нижчий за середній; 21-25 – середній; 26-30 – вищий за середній та 31-40 – високе значення.

2.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження

Отже, як було зазначено вище в дослідженні взяли участь 45 батьків дітей з ураженнями ЦНС віком 25-45 років. Для точнішого вивчення психологічних аспектів ресурсності батьків дітей з обмеженими можливостями після обчислення результатів проведеного опитувальника психологічної ресурсності особистості (О. Штепа) було виокремлено три групи діагностованих:

- перша група – 11 респондентів – батьків із низьким рівнем психологічної ресурсності;
- друга група – 22 осіб – батьків із середнім рівнем психологічної ресурсності;
- третя група – 12 опитуваних – батьків із високим рівнем психологічної ресурсності.

Відповідний розподіл дасть нам можливість більш точніше визначити відмінності у специфіці вияву копінг-стратегій, когнітивної регуляції емоцій,

резильєнтності та життєстійкості батьків дітей з обмеженими можливостями із різним рівнем ресурсності.

Статистично значущі відмінності в результатах було визначено у трьох групах діагностованих за загальним показником психологічної ресурсності опитувальника психологічної ресурсності особистості (О. Штепа) ($F=5,1$, при $\alpha \leq 0,05$).

Відсотковий розподіл діагностованих на групи з урахуванням статевго аспекту представлено на рис.2.1.

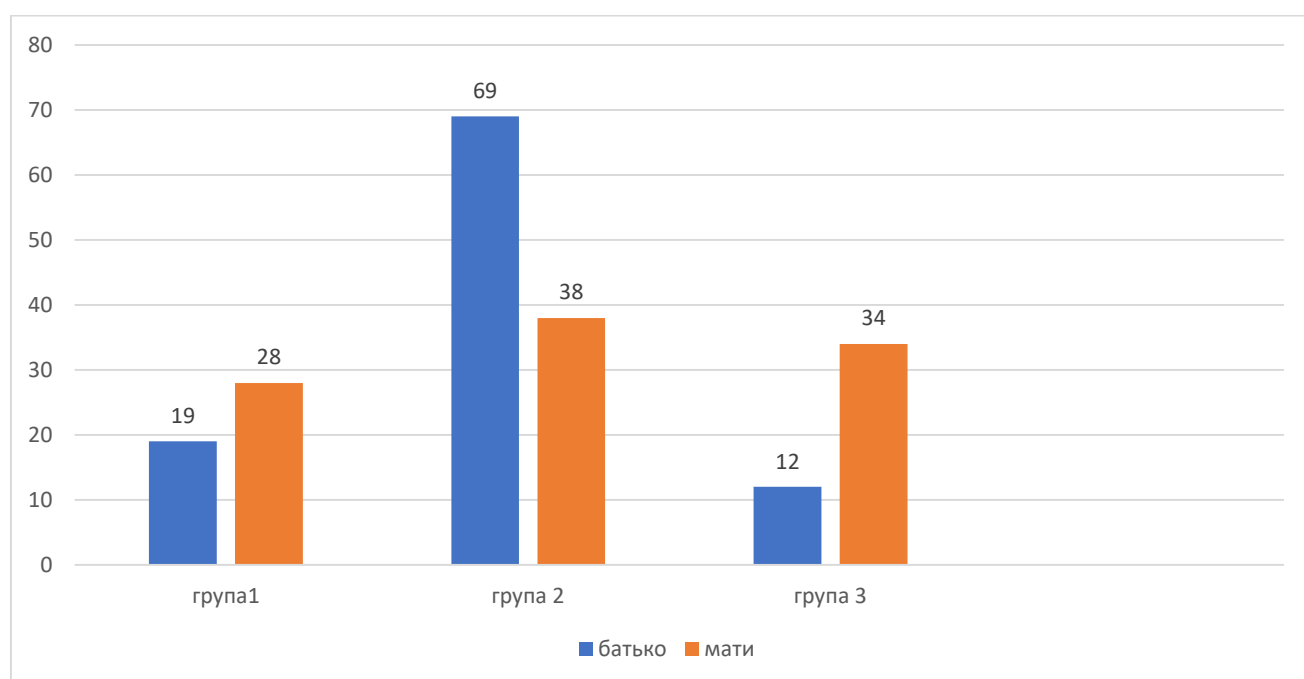


Рис.2.1 Відсотковий розподіл діагностованих на групи з урахуванням статевго аспекту за опитувальником психологічної ресурсності особистості (О. Штепа)

Отже, як демонструє рис.2.1, серед представників жіночої статі практично рівнозначно представлені три групи опитуваних: 28% осіб – із низьким рівнем психологічної ресурсності; 38% – із середнім рівнем та 34% – із високим рівнем психологічної ресурсності. У представників чоловічої статі менший відсоток визначено у третій групі (12% осіб) та першій групі (19%), найбільша частка респондентів опинилася в другій групі 69% осіб.

Середньогрупові показники окремо трьох груп діагностованих за шкалами опитувальника психологічної ресурсності особистості (О. Штепа) подано на рис.2.2-2.4.

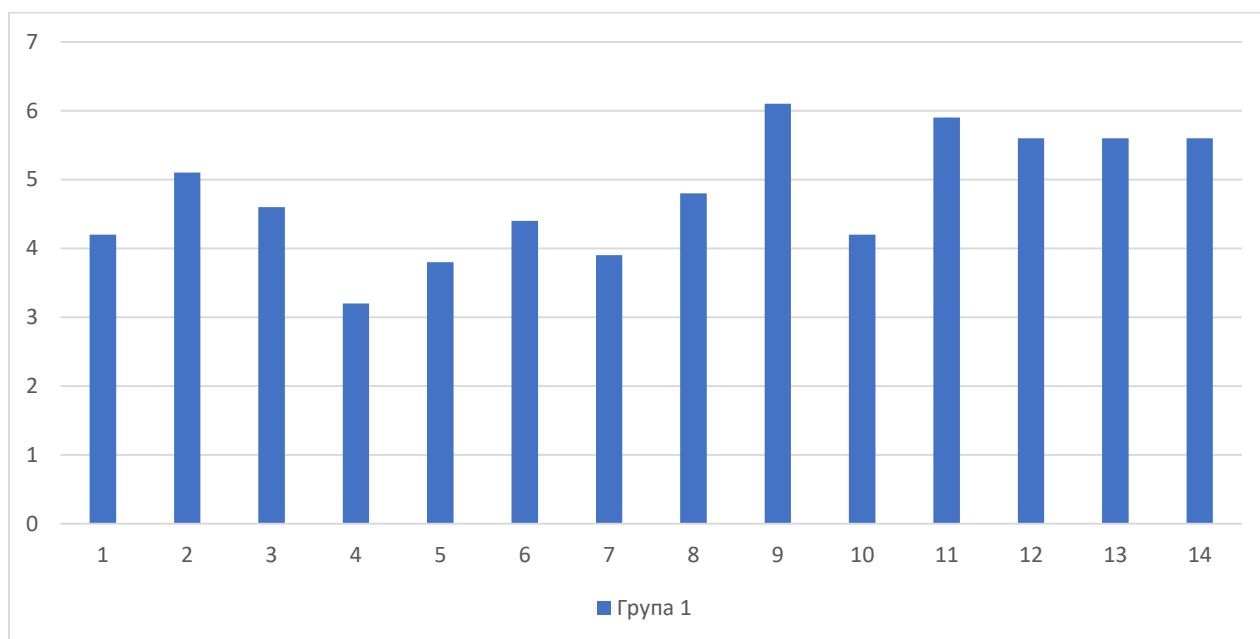


Рис.2.2 Середньогрупові показники діагностованих першої групи за шкалами опитувальника психологічної ресурсності особистості (О. Штепа)

Примітка: показники за шкалами: 1– упевненість у собі, 2– доброта до інших, 3 – допомога іншим, 4 – успіх, 5 – любов, 6 – творчість, 7 – віра в добро, 8 – прагнення до мудрості, 9 – робота над собою, 10 – самореалізація у професії, 11 – відповідальність, 12 – знання власних ресурсів, 13 – уміння оновлювати власні ресурси, 14 – уміння використовувати власні ресурси

З рис.2.2. бачимо, що діагностовані з низьким рівнем психологічної ресурсності демонструють нижчі результати за шкалами: успіх ($X_{\text{сер}}=3,2$), любов ($X_{\text{сер}}=3,8$), віра в добро ($X_{\text{сер}}=3,9$), упевненість у собі ($X_{\text{сер}}=4,2$) самореалізація у професії ($X_{\text{сер}}=4,2$) та творчість ($X_{\text{сер}}=4,4$).

В діапазоні середніх значень в них визначено показники за шкалами: допомога іншим ($X_{\text{сер}}=4,6$), прагнення до мудрості ($X_{\text{сер}}=4,8$), доброта до інших ($X_{\text{сер}}=5,1$), знання власних ресурсів, уміння оновлювати власні ресурси та уміння використовувати власні ресурси (по $X_{\text{сер}}=5,6$, відповідно).

Найвищі середні результати в цій групі виявились за шкалами: відповідальність ($X_{\text{сер}}=5,9$) та робота над собою ($X_{\text{сер}}=6,1$).

Загальний показник психологічної ресурсності в цій групі становить $X_{\text{сер}}=66,8$.

Тобто відповідні батьки прагнуть є бути відповідальними та працюють над собою. Проте вони мають проблему із вірою в добро, невпевнені у собі та власному успіхові, не надто прагнуть реалізуватися у професії та займатися творчістю, а також мають сумніви щодо почуття любові.

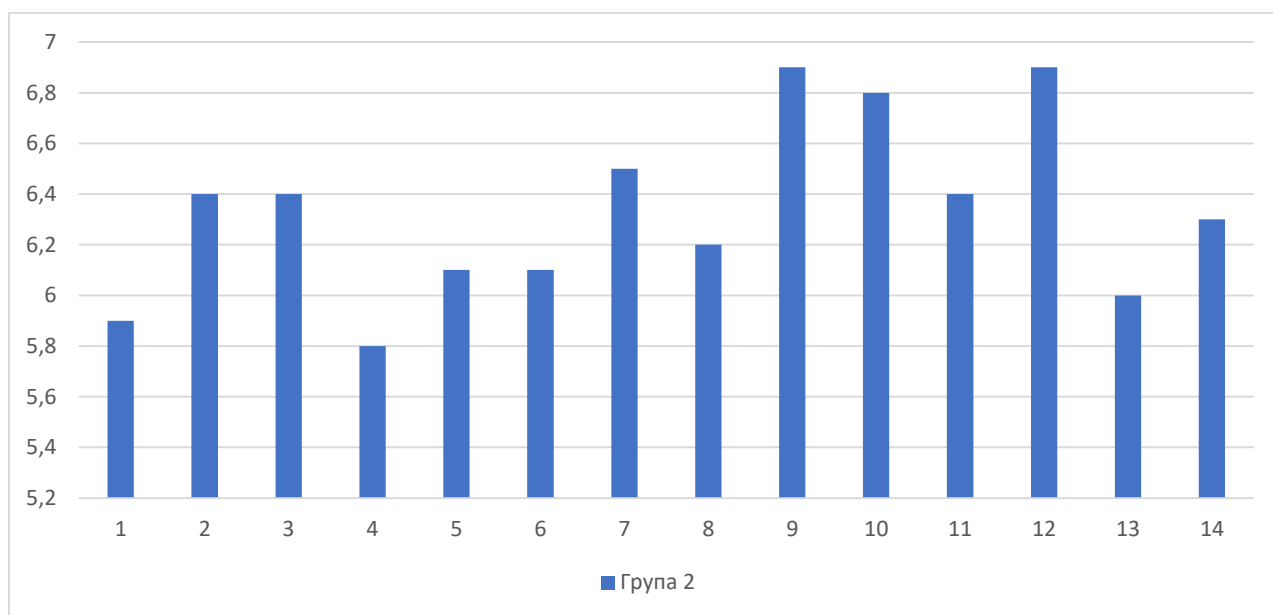


Рис.2.3 Середньогрупові показники діагностованих другої групи за шкалами опитувальника психологічної ресурсності особистості (О. Штепа)

Примітка: показники за шкалами: 1– упевненість у собі, 2– доброта до інших, 3 – допомога іншим, 4 – успіх, 5 – любов, 6 – творчість, 7 – віра в добро, 8 – прагнення до мудрості, 9 – робота над собою, 10 – самореалізація у професії, 11 – відповідальність, 12 – знання власних ресурсів, 13 – уміння оновлювати власні ресурси, 14 – уміння використовувати власні ресурси

Отже, респонденти з середнім рівнем психологічної ресурсності демонструють нижчі результати за шкалами (рис.2.3): успіх ($X_{\text{сер}}=5,8$, упевненість у собі ($X_{\text{сер}}=5,9$), уміння оновлювати власні ресурси ($X_{\text{сер}}=6$), любов та творчість ($X_{\text{сер}}=6,1$), прагнення до мудрості ($X_{\text{сер}}=6,2$).

Середніх значень у цій групі визначено показники за шкалами: уміння використовувати власні ресурси ($X_{\text{сер}}=6,3$), доброта до інших, допомога іншим та відповідальність ($X_{\text{сер}}=6,4$), віра в добро ($X_{\text{сер}}=6,5$).

Найвищі середні результати спостерігаємо за шкалами: самореалізація у професії ($X_{\text{сер}}=6,8$), робота над собою та знання власних ресурсів ($X_{\text{сер}}=6,9$).

Загальний показник психологічної ресурсності в цій групі становить $X_{\text{сер}}=88,7$.

Отже, можна говорити, що батьки із середнім рівнем психологічної ресурсності демонструють незначну впевненість у собі, прагнення до успіху, мудрості та уміння оновлювати власні ресурси. Вони також як діагностовані першої групи мають сумніви щодо почуття любові та не воліють розкриватися в творчості. Проте вони вірять в добро, демонструють добре ставлення та допомагають іншим, уміють використовувати власні ресурси та є відповідальними.

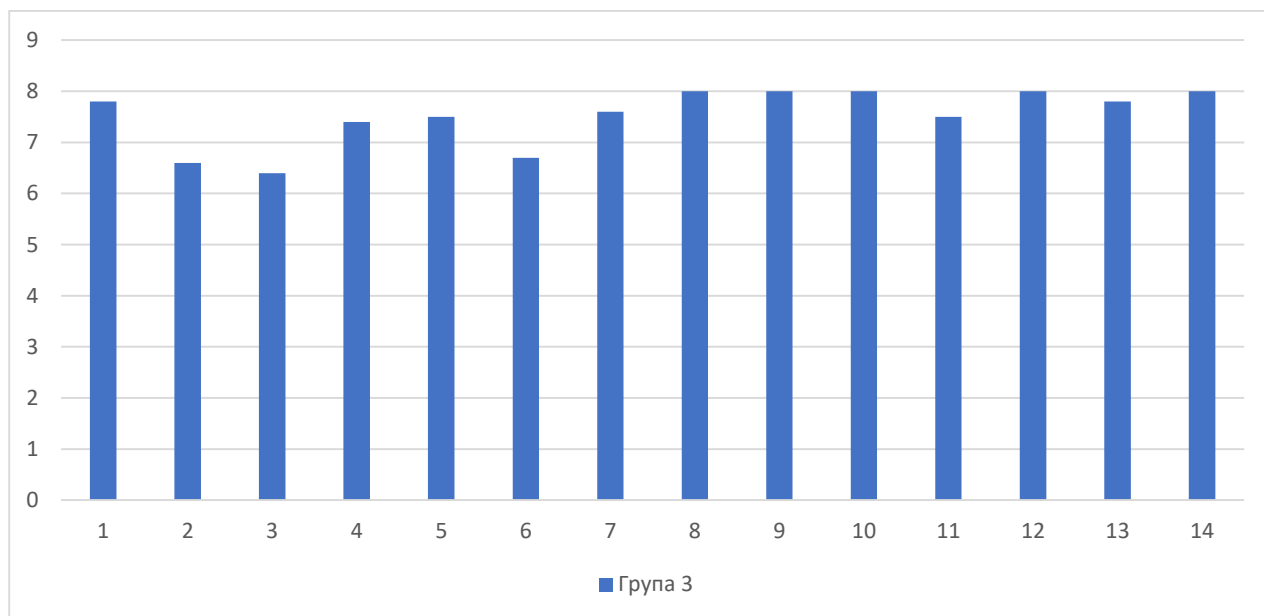


Рис.2.4 Середньогрупові показники діагностованих третьої групи за шкалами опитувальника психологічної ресурсності особистості (О. Штепа)

Примітка: показники за шкалами: 1– впевненість у собі, 2– доброта до інших, 3 – допомога іншим, 4 – успіх, 5 – любов, 6 – творчість, 7 – віра в добро, 8 – прагнення до мудрості, 9 – робота над собою, 10 – самореалізація у професії, 11 – відповідальність, 12 – знання власних ресурсів, 13 – уміння оновлювати власні ресурси, 14 – уміння використовувати власні ресурси

Опитувані з високим рівнем психологічної ресурсності мають нижчі результати за шкалами: допомога іншим ($X_{\text{сер}}=6,4$), доброта до інших ($X_{\text{сер}}=6,6$) та творчість ($X_{\text{сер}}=6,7$).

Середні значення в них спостережено за показниками шкал: успіх ($X_{\text{сер}}=7,4$), відповідальність та любов ($X_{\text{сер}}=7,5$), віра в добро ($X_{\text{сер}}=7,6$), упевненість у собі та вміння оновлювати власні ресурси ($X_{\text{сер}}=7,8$).

Найвищі середні результати в них є за шкалами: самореалізація у професії та вміння використовувати власні ресурси, прагнення до мудрості, робота над собою та знання власних ресурсів ($X_{\text{сер}}=8,0$),

Загальний показник психологічної ресурсності в цій групі становить $X_{\text{сер}}=104,4$.

Отже, в респондентів з високим рівнем психологічної ресурсності можна припустити наявність прагнення самореалізації в професії, прагнення до мудрості, наявність вмінь використовувати власні ресурси, постійну роботу над собою та знання власних ресурсів. Але вони не часто воліють допомагати іншим, вірять в добро та менше прагнуть реалізовуватися в творчості.

Результати описової статистики за опитувальником психологічної ресурсності особистості (О. Штепа) подано в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1.

Результати описової статистики діагностованих трьох груп за опитувальником психологічної ресурсності особистості (О. Штепа) (n=45)

Шкали	Групи											
	Група 1				Група 2				Група 3			
	Min	Max	$X_{\text{сер}}$	SD	Min	Max	$X_{\text{сер}}$	SD	Min	Max	$X_{\text{сер}}$	SD
упевненість у собі	3	7	2,4	2,1	4	7	5,9	1,3	5	8	7,8	2,4
доброта до інших	4	7	5,1	1,8	5	8	6,4	1,6	4	7	6,6	2,1
допомога іншим	3	6	4,6	1,6	4	8	6,4	2,1	5	7	6,4	1,4
успіх	3	7	3,2	1,1	3	8	5,8	2,2	4	8	7,4	1,5
любов	3	7	3,8	1,9	3	7	6,1	1,8	4	7	7,5	1,9
творчість	4	8	4,4	1,6	3	7	6,1	1,9	4	8	6,7	1,8

Продовження таблиці 2.1.												
віра в добро	4	8	3,9	2,3	3	7	6,5	2,2	4	8	7,6	1,6
прагнення до мудрості	4	7	4,8	1,9	4	7	6,2	2,6	5	8	8	1,6
робота над собою	4	6	6,1	1,6	4	7	6,9	2,2	5	8	8	1,8
самореалізація у професії	4	7	4,2	1,9	4	8	6,8	1,6	5	8	8	1,9
відповідальність	4	6	5,9	1,6	4	7	6,4	1,8	4	8	7,5	1,6
знання власних ресурсів	5	7	5,6	2,3	5	7	6,9	1,9	4	8	8	2,1
уміння оновлювати власні ресурси	5	7	5,6	1,9	5	8	6	1,6	5	8	7,8	1,8
уміння використовувати власні ресурси	4	8	5,6	1,6	5	8	6,3	1,7	4	8	8	1,5

Примітка: Міп – мінімальний показник, Мах – мінімальний показник, Хсер – середній показник, SD – стандартне відхилення

Отже, можемо говорити про певне зростання середньогрупових показників за опитувальником психологічної ресурсності у респондентів третьої групи у порівнянні з першими двома групами за усіма шкалами, окрім: допомога іншим (Хсер=6,4 в другій та третій групах), доброта до інших (Хсер=6,4 – в другій та Хсер=6,6 – третій групі).

Було визначено статистично значущі відмінності в результатах діагностованих:

- респондентів усіх трьох груп за шкалами: упевненість у собі ($F=3,24$ при $\alpha \leq 0,05$), успіх ($F=3,31$, при $\alpha \leq 0,05$) та самореалізація в професії ($F=3,26$, при $\alpha \leq 0,05$);
- батьків першої та другої груп за показниками: любові ($F=3,56$, при $\alpha \leq 0,05$) та віри в добро ($F=4,15$, при $\alpha \leq 0,05$);
- опитуваних першої та третьої групи за шкалами: любові ($F=3,56$, при $\alpha \leq 0,05$), віри в добро ($F=3,55$, при $\alpha \leq 0,05$), прагнення до мудрості ($F=4,53$, при $\alpha \leq 0,01$), робота над собою ($F=3,26$, при $\alpha \leq 0,05$), знання власних ресурсів та уміння

оновлювати власні ресурси ($F=3,24$, при $\alpha \leq 0,05$) та уміння використовувати власні ресурси ($F=3,23$, при $\alpha \leq 0,05$)

Отже, бачимо динаміку у зростанні показників психологічних ресурсів батьків третьої групи.

Шкала резильєнтності Коннора-Девідсона (cd-risc-10) була проведена для підтвердження достовірності у розподілі діагностованих на групи, адже опитувальник психологічної ресурсності особистості (О. Штепа) не містить шкали щирості. Як було зазначено вище кількісний показник за методикою може варіюватися в діапазоні від 0 до 40 балів. Причому нормативний показник представлений балами: 0-15 балів – низький рівень резильєнтності; 16-20 – нижчий за середній; 21-25 – середній; 26-30 – вищий за середній та 31-40 – високе значення. Усереднені результати діагностованих трьох груп подано на рис.2.5.

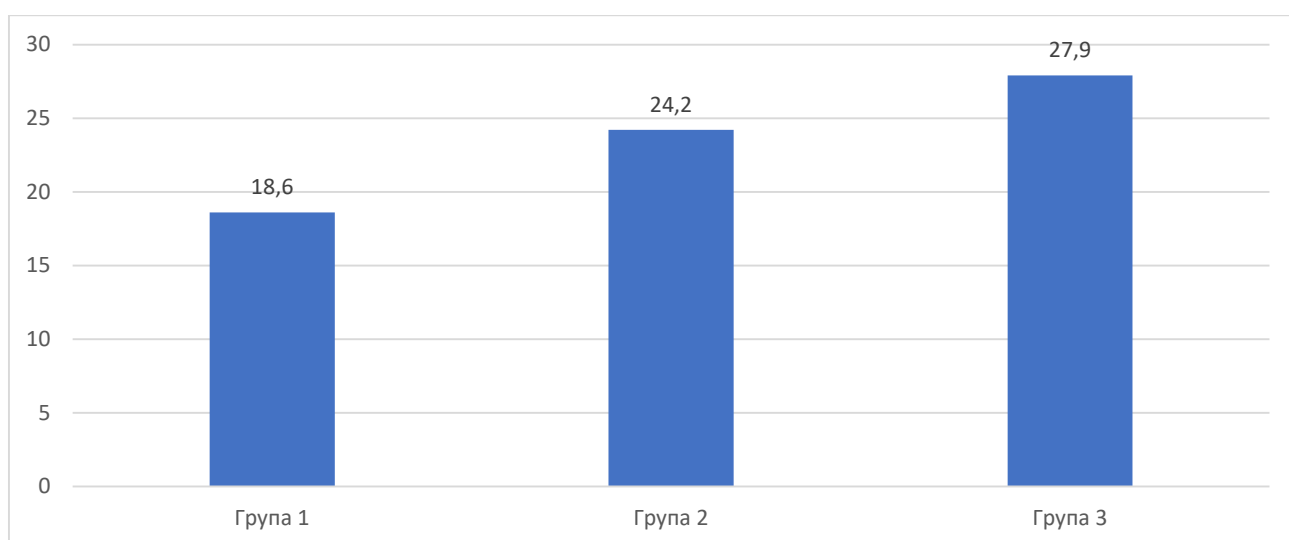


Рис. 2.5. Середньогрупові показники батьків трьох груп за шкалою резильєнтності Коннора-Девідсона (cd-risc-10)

Рис.2.5. демонструє нам розподіл середніх показників батьків: в осіб із низьким рівнем психологічної ресурсності $X_{\text{сер}}=18,6$, тобто нижче середнього; в респондентів з середнім значенням – $X_{\text{сер}}=24,2$, а в опитуваних із високим рівнем психологічної ресурсності $X_{\text{сер}}=27,9$ (вище середнього значення опитувальника). Причому цікавим виявилось те, що не було визначено діагностованих в двох крайніх значеннях: осіб із низьким рівнем резильєнтності

та з високим її значенням. Тобто можна припускати, що опитані батьки справді мають певний рівень психологічної ресурсності та прагнуть його підвищувати.

В опитуваних першої та другої ($F=4,16$, при $\alpha \leq 0,05$); першої та третьої ($F=4,25$, при $\alpha \leq 0,05$) виокремлених груп було визначено статистично значущі відмінності у результатах проведеного опитувальника.

Середньогрупові результати діагностованих усіх трьох груп за методикою «Тест життєстійкості особистості» подано на рис.2.6.

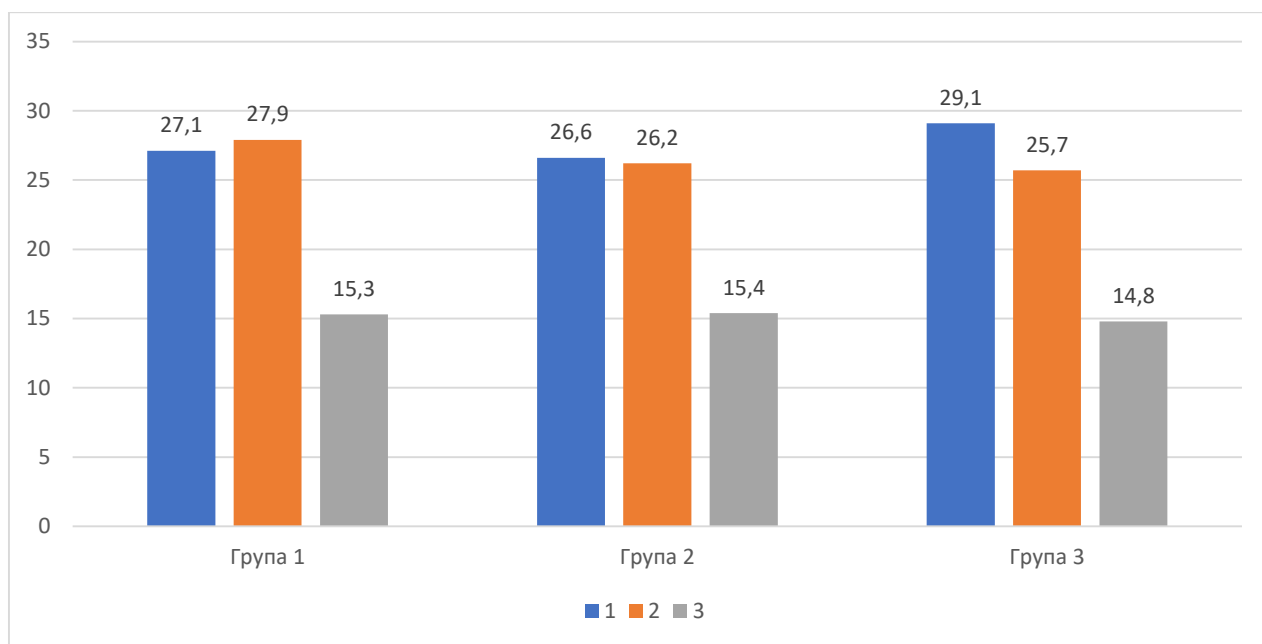


Рис.2.6 Середньогрупові результати діагностованих за методикою «Тест життєстійкості особистості»

Примітка: 1 – залученість, 2 – контроль, 3 – прийняття ризику

Отже, за методикою «Тест життєстійкості особистості» було визначено такі результати (рис.2.6):

- найвищі результати за шкалою залученості ($X_{\text{сер}}=29,1$) виявилися в групі батьків із високим рівнем психологічної ресурсності; в другій групі (з середнім рівнем психологічної ресурсності) вони найнижчі з-поміж трьох груп – $X_{\text{сер}}=26,6$; в осіб із низьким рівнем – встановлено $X_{\text{сер}}=27,1$;
- за шкалою контролю спостерігаємо тенденцію навпаки: найвищі результати за шкалою в групі діагностованих із низьким рівнем ($X_{\text{сер}}=27,9$); в осіб із середній рівнем психологічної ресурсності вони знаходяться в діапазоні

середніх значень ($X_{\text{сер}}=27,2$); в батьків із високим рівнем психологічної ресурсності отримано найнижчі показники з-поміж трьох груп – $X_{\text{сер}}=25,7$;

- щодо шкали прийняття ризику: в першій (низький рівень психологічної ресурсності) та другій (середній рівень) групах результати практично не відрізняються ($X_{\text{сер}}=15,3$ та $X_{\text{сер}}=15,4$), а в осіб із високим рівнем психологічної ресурсності результати за відповідною шкалою виявилися нижчими, ніж у попередніх двох групах – $X_{\text{сер}}=14,8$.

Обчислення статистично значущих відмінностей не засвідчило відмінностей у результатах опитаних батьків за шкалами методики.

Середньогрупові результати батьків, що брали участь в дослідженні, за методикою «Опитувальник когнітивної регуляції емоцій» представлено на рис.2.7-2.9.

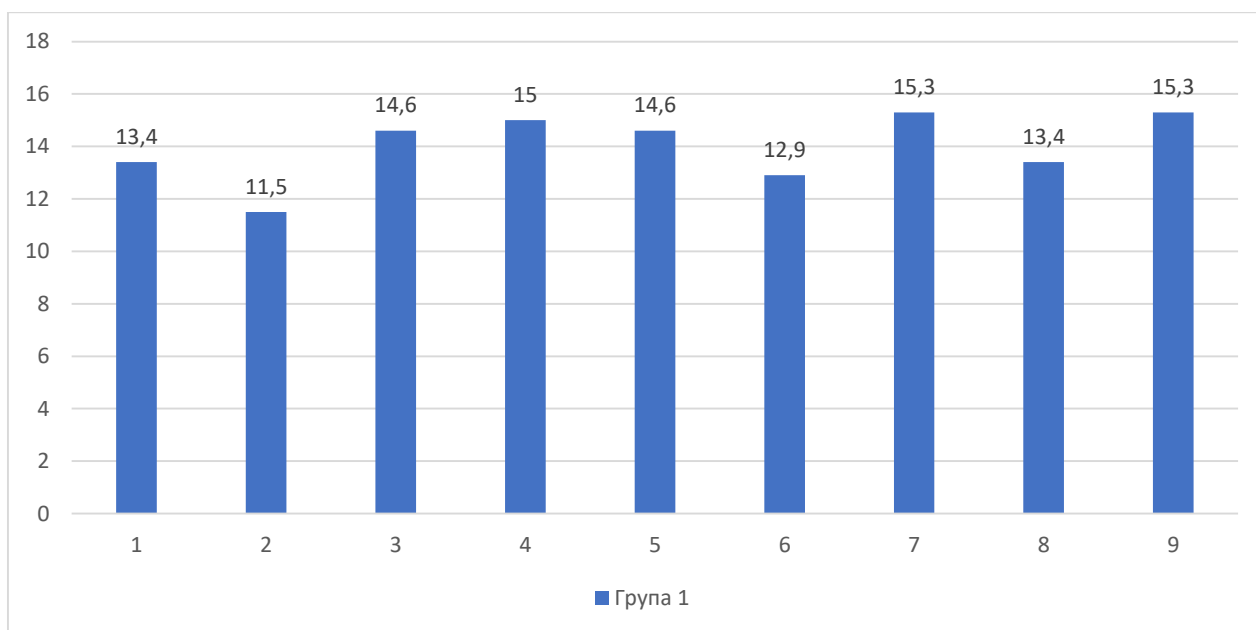


Рис.2.7 Середньогрупові результати діагностованих першої групи за методикою «Опитувальник когнітивної регуляції емоцій»

Примітка: 1 – самозвинувачення, 2 – прийняття, 3 – зосередженість на думках/роздумах, 4 – позитивне перефокусування, 5 – перефокусування на плануванні, 6 – позитивна переоцінка, 7 – розгляд ситуації в перспективі, 8 – катастрофізація, 9 – звинувачення інших

Отже, бачимо (рис.2.7), що діагностовані з низьким рівнем психологічної ресурсності демонструють нижчі результати за шкалами: прийняття ($X_{\text{сер}}=11,5$),

позитивна переоцінка ($X_{\text{сер}}=12,9$), самозвинувачення та катастрофізація ($X_{\text{сер}}=13,4$),

Середні значення в них визначено показники за шкалами: перефокусування на плануванні та зосередженість на думках/роздумах ($X_{\text{сер}}=14,6$), позитивне перефокусування ($X_{\text{сер}}=15$).

Найвищі середні результати можна констатувати за шкалами: розгляд ситуації в перспективі ($X_{\text{сер}}=16,3$), звинувачення інших ($X_{\text{сер}}=15,3$).

Тобто батьки цієї групи не приймають до кінця особливості своєї дитини, але й не займаються самозвинуваченням та не катастрофізують ситуацію, а навпаки, намагаються її розглядати в перспективі. Високий показник за шкалою звинувачення інших швидше пояснює їх ставлення оточуючих до своєї дитини (не завжди створені умови для максимально повноцінного функціонування таких дітей в суспільстві), не завжди оточуючи готові прийняти таку дитину.

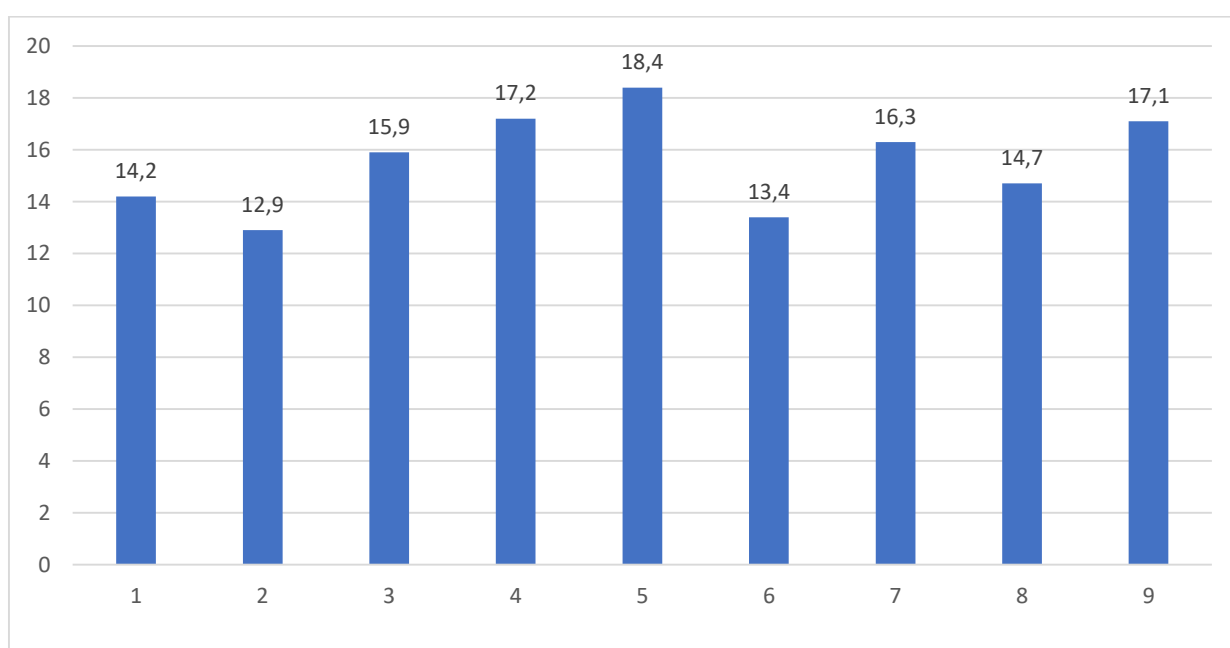


Рис.2.8 Середньогрупові результати діагностованих групи 2 за методикою «Опитувальник когнітивної регуляції емоцій»

Примітка: 1 – самозвинувачення, 2 – прийняття, 3 – зосередженість на думках/роздумах, 4 – позитивне перефокусування, 5 – перефокусування на плануванні, 6 – позитивна переоцінка, 7 – розгляд ситуації в перспективі, 8 – катастрофізація, 9 – звинувачення інших

З рис.2.8 можна констатувати, що в батьків із середнім рівнем психологічної ресурсності нижчими є результати за шкалами: прийняття ($X_{\text{сер}}=12,9$), позитивна переоцінка ($X_{\text{сер}}=13,4$), самозвинувачення ($X_{\text{сер}}=14,2$).

Середні значення в них визначено показники за шкалами: катастрофізація ($X_{\text{сер}}=14,7$), зосередженість на думках/роздумах ($X_{\text{сер}}=15,9$), розгляд ситуації в перспективі ($X_{\text{сер}}=16,3$).

Найвищі середні результати можна констатувати за шкалами: звинувачення інших ($X_{\text{сер}}=17,1$), позитивного перефокусування ($X_{\text{сер}}=17,2$), перефокусування на плануванні ($X_{\text{сер}}=18,4$).

Отже, відповідні батьки не звинувачують себе у тому, що так сталося, але й так само, як й батьки з низьким рівнем самоефективності не приймають до кінця цієї ситуації та часто схильні до звинувачувань сторонніх людей. Проте вони прагнуть перефокусуватися на майбутньому та планувати.

Усереднені показники респондентів третьої групи (батьки з високим рівнем психологічної резильєнтності) за опитувальником когнітивної регуляції емоцій представлено на рис.2.9.

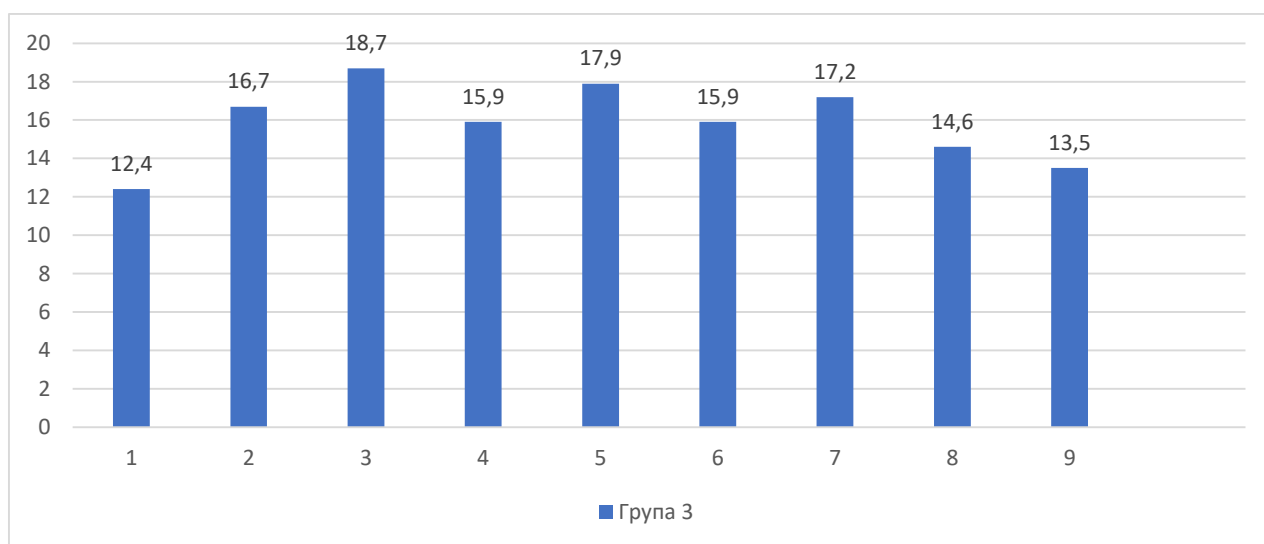


Рис.2.9 Середньогрупові результати діагностованих групи 3 за методикою «Опитувальник когнітивної регуляції емоцій»

Примітка: 1 – самозвинувачення, 2 – прийняття, 3 – зосередженість на думках/роздумах, 4 – позитивне перефокусування, 5 – перефокусування на плануванні, 6 – позитивна переоцінка, 7 – розгляд ситуації в перспективі, 8 – катастрофізація, 9 – звинувачення інших

Отже, як видно з рис.2.9 у батьків із високим психологічної ресурсності визначено:

✓ найвищі показники за шкалами: розгляд ситуації в перспективі (Хсер=17,2), перефокусування на плануванні (Хсер=17,9) та зосередженість на думках/роздумах (Хсер=18,7);

✓ низькі результати констатовано за шкалами: самозвинувачення (Хсер=12,4), звинувачення інших (Хсер=13,5), катастрофізація (Хсер=14,6);

✓ в діапазоні середніх значень лежать показники: позитивне перефокусування, позитивна переоцінка (Хсер=15,9) та прийняття (Хсер=16,7).

Тобто батьки з високим рівнем ресурсності приймаючи ситуацію, що склалася, не схильні до катастрофізації, самозвинувачувань та звинувачувань інших, вони прагнуть все планувати, зосереджені на думках та аналізі ситуації, прагнуть розглядати ситуацію в перспективі та планувати все заздалегідь.

Результати описової статистики за шкалами когнітивної регуляції емоцій представлено в таблиці 2.2.

Таблиця 2.2.

Результати описової статистики діагностованих трьох груп за методикою «Опитувальник когнітивної регуляції емоцій» (n=45)

Шкали	Групи											
	Група 1				Група 2				Група 3			
	Min	Max	Хсер	SD	Min	Max	Хсер	SD	Min	Max	Хсер	SD
самозвинувачення	6	18	13,4	2,9	7	15	14,2	2,3	6	17	12,4	2,4
прийняття	7	20	11,5	3,8	7	15	12,9	2,6	6	20	16,7	2,5
зосередженість на думках	4	18	14,6	3,6	9	16	15,9	2,1	8	19	18,7	3,1
позитивне перефокусування	4	20	15	4,1	6	14	17,2	2,6	7	20	15,9	2,5
перефокусування на плануванні	7	18	14,6	2,9	11	18	18,4	1,8	10	20	17,9	1,9

Продовження таблиці 2.2.												
позитивна переоцінка	8	20	12,9	3,6	11	17	13,4	1,9	10	20	15,9	2,8
розгляд ситуації в перспективі	5	20	15,3	3,3	6	15	16,3	2,6	7	18	17,2	1,3
катастрофізація	6	15	13,4	2,9	4	16	14,7	3,6	5	15	14,6	2,1
звинувачення інших	7	15	15,3	3,6	7	16	17,1	2,6	6	15	13,5	1,7

Примітка: Міп – мінімальний показник, Мах – мінімальний показник, Хсер-середній показник, SD – стандартне відхилення

З таблиці 2.2. видно, що у респондентів першої групи (батьки з низьким рівнем психологічної ресурсності) загалом результати за шкалами когнітивної регуляції емоцій є дещо нижчими, у порівнянні з іншими двома групами.

В групі осіб із середнім рівнем психологічної ресурсності, на відміну від показників інших двох груп, вищими виявилися результати за шкалами: самозвинувачення – Хсер=17,2 (в групі 1 – Хсер=15 та в групі 3 – Хсер=15,9); позитивного перефокусування – Хсер=14,2 (в групі 1 – Хсер=13,4 та в групі 3 – Хсер=12,4); перефокусування на плануванні – Хсер=18,4 (в групі 1 – Хсер=14,6 та в групі 3 – Хсер=17,9); катастрофізації – Хсер=14,7 (в групі 1 – Хсер=13,4 та в групі 3 – Хсер=14,6); звинувачення інших – Хсер=17,1 (в групі 1 – Хсер=15,3 та в групі 3 – Хсер=13,5).

В третій групі (батьки з високим рівнем психологічної ресурсності) вищими є показники за шкалами: прийняття – Хсер=16,7 (в групі 1 – Хсер=11,5 та в групі 2 – Хсер=12,9); зосередженості на думках – Хсер=18,7 (в групі 1 – Хсер=14,6 та в групі 2 – Хсер=15,9); позитивної переоцінки – Хсер=15,9 (в групі 1 – Хсер=12,9 та в групі 2 – Хсер=13,4) та розгляду ситуації в перспективі – Хсер=17,2 (в групі 1 – Хсер=15,3 та в групі 2 – Хсер=16,3).

Статистично значущі відмінності в результатах діагностованих першої та другої було визначено за шкалою перефокусування на плануванні ($F=3,46$ при

$\alpha \leq 0,05$), а також першої та третьої груп за шкалами: прийняття ($F=3,21$, при $\alpha \leq 0,05$) та зосередженості на думках ($F=3,48$, при $\alpha \leq 0,05$).

Усереднені показники за методикою «Копінг-тест Лазаруса» батьків з різним рівнем психологічної ресурсності зображено на рис.2.10-2.12. Зокрема на рис.2.10 подано результати батьків із низьким рівнем психологічної ресурсності.

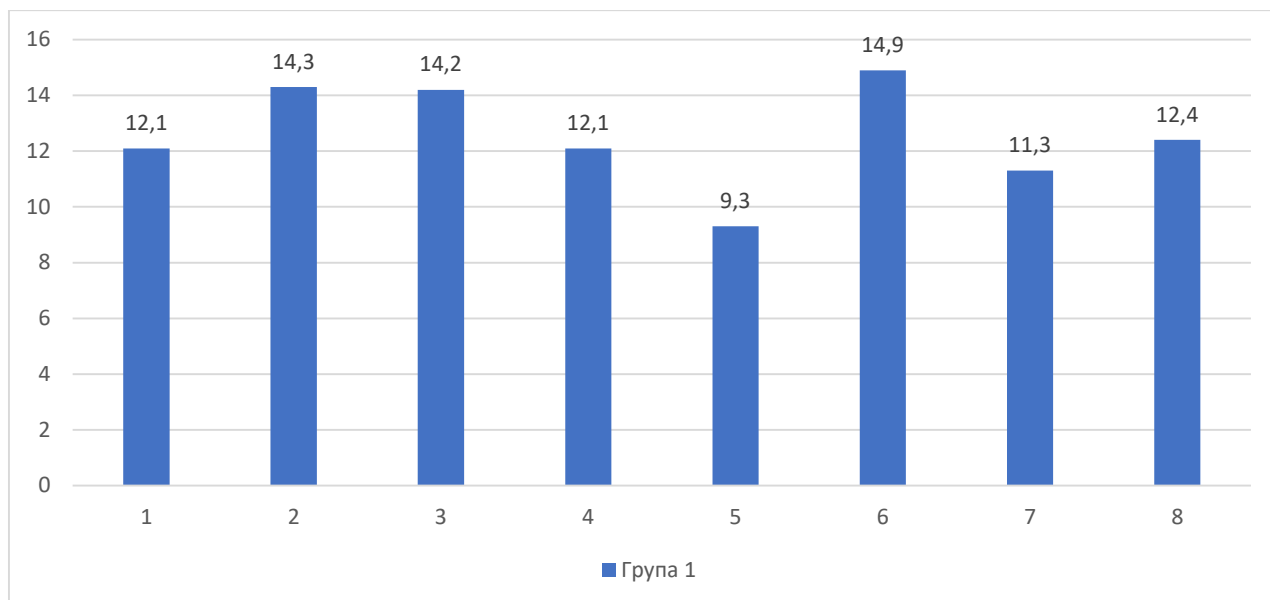


Рис.2.10 Середньогрупові результати діагностованих із низьким рівнем психологічної ресурсності за методикою «Копінг-тест Лазаруса»

Примітка: 1 – конфронтаційний копінг, 2 – дистанціювання, 3 – самоконтроль, 4 – пошук соціальної підтримки, 5 – прийняття відповідальності, 6 – втеча-уникнення, 7 – планування рішення проблеми, 8 – позитивна переоцінка

Отже, на рис.2.10 бачимо, що в респондентів першої групи:

- найвищими є показники за шкалами: втеча-уникнення ($X_{\text{сер}}=14,9$), дистанціювання ($X_{\text{сер}}=14,3$) та самоконтроль ($X_{\text{сер}}=14,2$);
- низькі результати встановлено за шкалами конфронтаційного копінгу та пошуку соціальної підтримки ($X_{\text{сер}}=12,1$);
- в діапазоні середніх значень знаходяться результати за копінг-стратегіями: планування рішення проблеми ($X_{\text{сер}}=11,3$), позитивної переоцінка ($X_{\text{сер}}=10,2$) та прийняття відповідальності ($X_{\text{сер}}=9,3$).

Отже, батьки з низьким рівнем психологічної ресурсності частіше уникають чи дистанціюються від вирішення проблем, ніж їх вирішують, також

уникають звернення за допомогою та підтримкою до інших, прагнуть завжди себе контролювати.

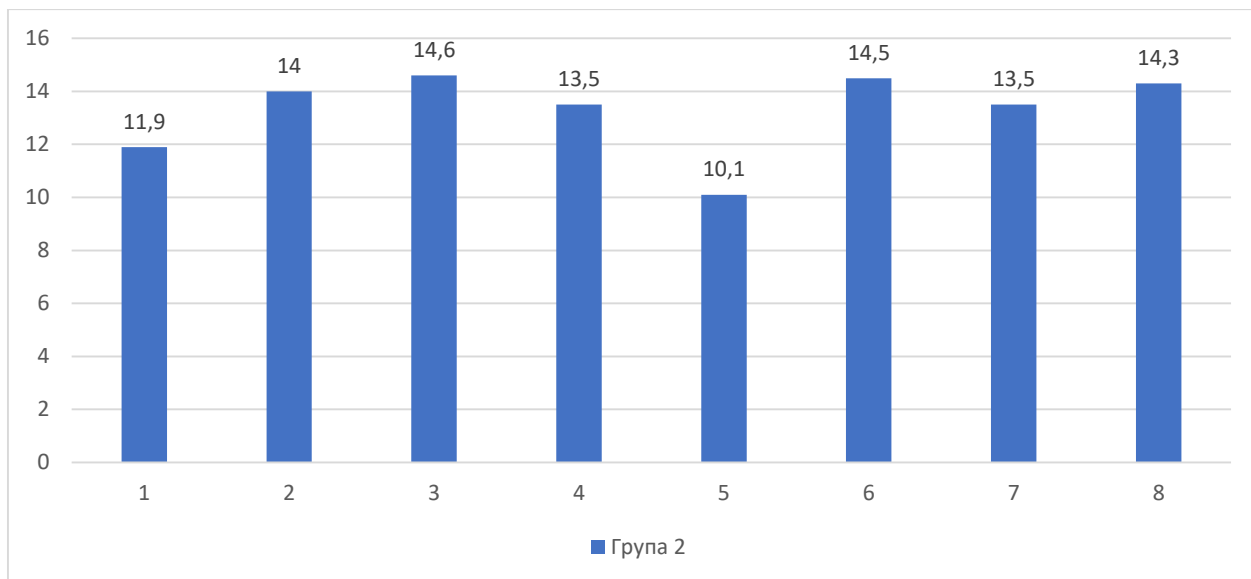


Рис.2.11 Середньогрупові результати діагностованих з середнім психологічної ресурсності за методикою «Копінг-тест Лазаруса»

Примітка: 1 – конфронтаційний копінг, 2 – дистанціювання, 3 – самоконтроль, 4 – пошук соціальної підтримки, 5 – прийняття відповідальності, 6 – втеча-уникнення, 7 – планування рішення проблеми, 8 – позитивна переоцінка

З рис.2.11 бачимо, що в діагностованих із середнім психологічної ресурсності визначено:

- ✓ найвищий показник за шкалами позитивної переоцінки ($X_{\text{сер}}=14,3$, копінгу втечі-уникнення ($X_{\text{сер}}=14,5$) та самоконтролю ($X_{\text{сер}}=14,6$);
- ✓ низькі результати можемо побачити за шкалами: прийняття відповідальності ($X_{\text{сер}}=10,1$) та конфронтаційного копінгу ($X_{\text{сер}}=11,9$).
- ✓ середні результати визначено за копінгами: пошуку соціальної підтримки та планування рішення проблеми ($X_{\text{сер}}=13,5$), а також дистанціювання ($X_{\text{сер}}=14$).

Тобто батьки із середнім рівнем психологічної ресурсності в стресових ситуаціях та невизначеності контролюють себе, швидше намагаються все позитивно переоцінити, а за умови неможливості вирішити проблему – вирішити її шляхом уникнення. Вони не бояться просити про допомогу та вирізняються відповідальністю.

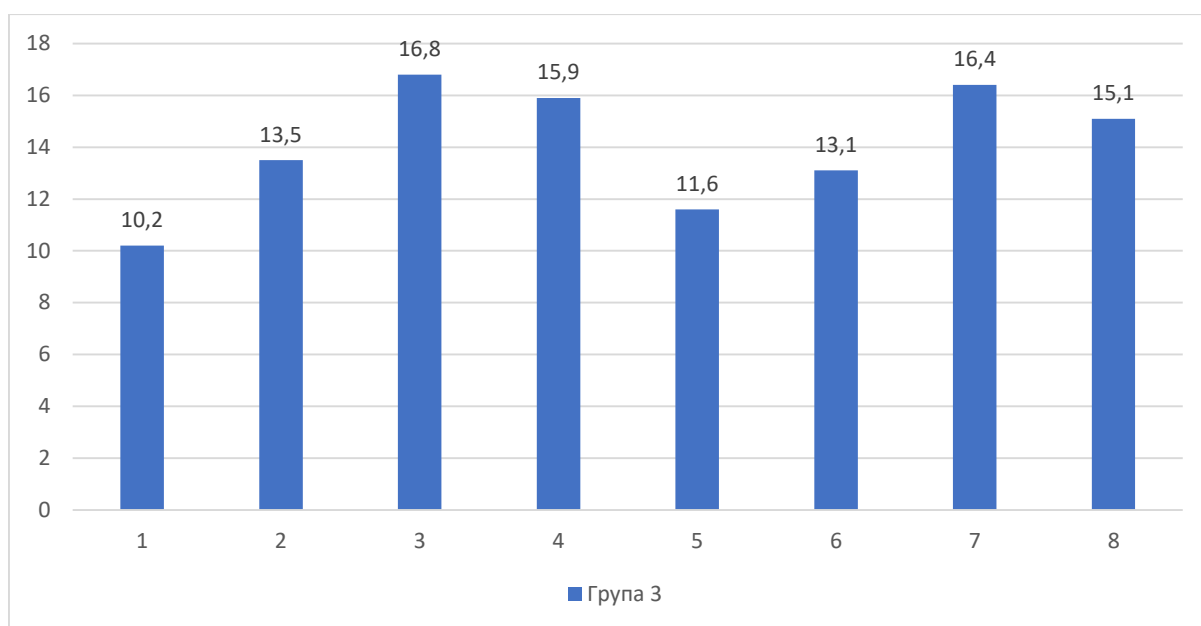


Рис.2.12 Середньогрупові результати діагностованих з високим рівнем психологічної ресурсності за методикою «Копінг-тест Лазаруса»

Примітка: 1 – конфронтаційний копінг, 2 – дистанціювання, 3 – самоконтроль, 4 – пошук соціальної підтримки, 5 – прийняття відповідальності, 6 – втеча-уникнення, 7 – планування рішення проблеми, 8 – позитивна переоцінка

З рис.2.12 видно, що переважаючими копінг-стратегіями в опитаних батьків цієї групи є: самоконтроль ($X_{\text{сер}}=16,8$), планування рішення проблеми ($X_{\text{сер}}=16,4$), пошук соціальної підтримки ($X_{\text{сер}}=15,9$) та позитивна переоцінка ($X_{\text{сер}}=15,1$). Не часто, але вони послуговуються такими копінг-стратегіями як: дистанціювання ($X_{\text{сер}}=13,5$), втеча-уникнення ($X_{\text{сер}}=13,1$) та прийняття відповідальності ($X_{\text{сер}}=11,9$). Надзвичайно рідко в них можна спостерігати конфронтаційний копінг ($X_{\text{сер}}=10,2$).

Тобто респонденти з високим психологічної ресурсності швидше будуть у стресі чи проблемній ситуації брати себе в руки, контролювати свої дії, вчинки та думки, відповідально планувати як вирішити проблему та намагатися її позитивно переоцінити, а також шукати підтримку серед свого оточення.

На рис.2.13 можемо побачити співставлення усереднених показників респондентів трьох груп згідно рівня їх психологічної ресурсності за виокремленими в них копінг-стратегіями методики Лазаруса.

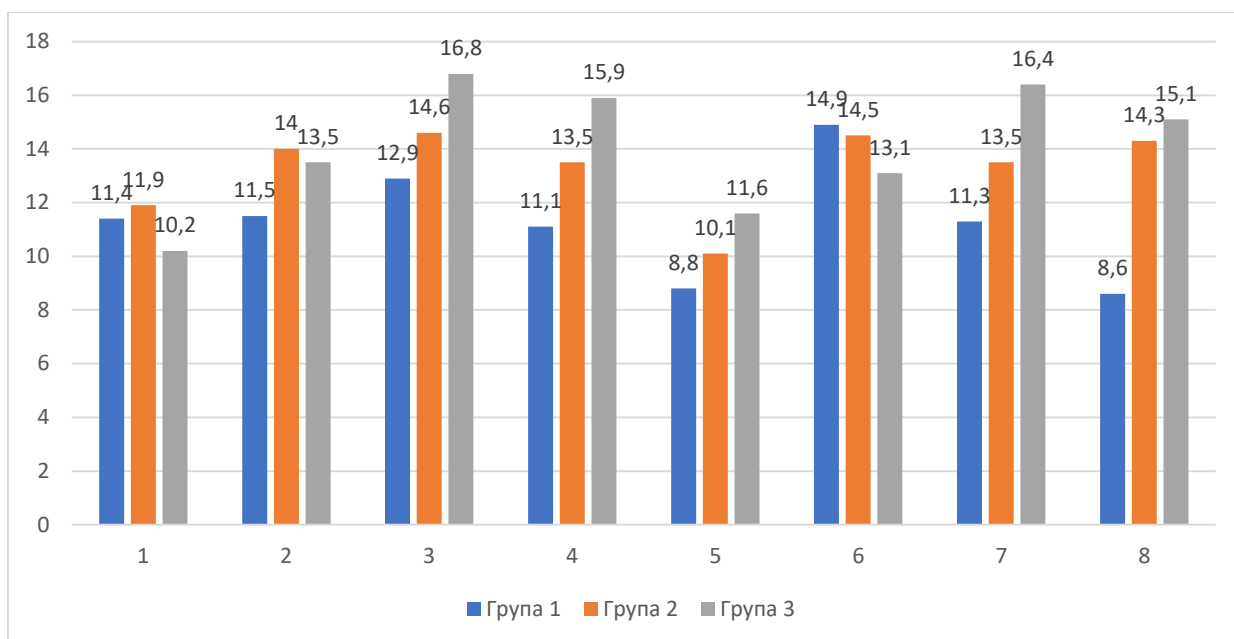


Рис.2.13 Середньогрупові результати діагностованих за методикою «Копінг-тест Лазаруса»

Примітка: 1 – конфронтаційний копінг, 2 – дистанціювання, 3 – самоконтроль, 4 – пошук соціальної підтримки, 5 – прийняття відповідальності, 6 – втеча-уникнення, 7 – планування рішення проблеми, 8 – позитивна переоцінка

З рис.2.13 можна побачити, що в групі осіб із низьким рівнем психологічної ресурсності вищі показники визначено лише за копінг-стратегією втеча-уникнення – $X_{сер}=14,9$ ($X_{сер}=14,5$ – в другій групі та $13,1$ – в третій групі).

Батьки із середнім рівнем психологічної ресурсності продемонструвати дещо вищі результати за копінгами: конфронтаційний копінг – $X_{сер}=11,9$ ($X_{сер}=11,4$ – в першій групі та $X_{сер}=10,2$ – в третій) та дистанціювання – 14 ($X_{сер}=11,5$ – в першій групі та $X_{сер}=13,5$ – в третій).

У респондентів із високим рівнем психологічної ресурсності спостерігаємо високі результати за копінгами: самоконтролю – $X_{сер}=16,8$ ($X_{сер}=12,9$ – в першій групі та $X_{сер}=14,6$ – в другій), пошук соціальної підтримки – $X_{сер}=15,9$ ($X_{сер}=11,1$ – в першій групі та $X_{сер}=13,5$ – в другій), прийняття відповідальності – $X_{сер}=11,6$ ($X_{сер}=8,8$ – в першій групі та $X_{сер}=10,1$ – в другій), планування рішення проблеми – $X_{сер}=16,4$ ($X_{сер}=11,3$ – в першій групі та $X_{сер}=13,5$ – в другій), – $X_{сер}=15,1$ ($X_{сер}=8,6$ – в першій групі та $X_{сер}=14,3$ – в другій).

Статистично значущі відмінності було визначено в результатах діагностованих: 1) першої та третьої груп за шкалами: самоконтролю ($F=4,43$, при $\alpha \leq 0,05$), пошуку соціальної підтримки ($F=4,27$, при $\alpha \leq 0,05$), планування рішення проблеми ($F=4,42$, при $\alpha \leq 0,05$) та позитивної переоцінки ($F=4,23$, при $\alpha \leq 0,05$); 2) першої та другої груп за шкалою позитивної переоцінки ($F=4,45$, при $\alpha \leq 0,05$).

За результатами обчислення коефіцієнту кореляції Пірсона в респондентів із низьким рівнем психологічної ресурсності констатовано зв'язок:

- ресурсу «упевненість у собі» зі самозвинуваченням ($r=0,62$ $p < 0,05$), катастрофізацією ($r=0,61$ $p < 0,05$) та залученістю у справу ($r=0,6$ $p < 0,05$);
- розгляду ситуації в перспективі з самоконтролем ($r=0,61$ $p < 0,05$);
- копінгу прийняття з ресурсом успіху ($r=0,63$ $p < 0,05$) та пошуком соціальної підтримки ($r=0,61$ $p < 0,05$);
- зворотній – ресурсу «робота над собою» з катастрофізацією ($r=-0,62$ $p < 0,05$); ресурсу «віра в добро» зі звинуваченням інших ($r=-0,63$ $p < 0,05$) та з копінгом втечі-уникнення ($r=-0,62$ $p < 0,05$).

В групі респондентів із середнім рівнем психологічної ресурсності визначено наступні зв'язки:

- уміння використовувати власні ресурси з залученістю ($r=0,42$ $p < 0,05$);
- ресурсу «робота над собою» з копінгами: прийняття відповідальності ($r=0,44$ $p < 0,05$) та самоконтролем ($r=0,42$ $p < 0,05$);
- обернений – знання власних ресурсів із самозвинуваченням ($r=-0,45$ $p < 0,05$) та копінгом втечі-уникнення ($r=-0,43$ $p < 0,05$);
- загального показника психологічної ресурсності ($r=0,46$ $p < 0,05$) з копінгами: пошуку соціальної підтримки ($r=0,44$ $p < 0,05$) та позитивного перефокусування ($r=0,44$ $p < 0,05$);
- ресурсу «самореалізація у професії» з перефокусуванням на плануванні ($r=0,45$ $p < 0,05$).

У батьків із високим рівнем психологічної ресурсності встановлено кореляцію між показниками:

- ✓ уміння використовувати власні ресурси з копінгами: прийняття відповідальності ($r=0,58$ $p<0,05$) та зосередженістю на думках ($r=0,58$ $p<0,05$);
- ✓ ресурсу «робота над собою» з самомотивацією ($r=0,60$ $p<0,05$) та самоконтролем ($r=0,62$ $p<0,05$);
- ✓ знання власних ресурсів з позитивною переоцінкою ($r=0,61$ $p<0,05$) та низьким рівнем звинувачення інших ($r=-0,60$ $p<0,05$);
- ✓ загального показника психологічної ресурсності з перефокусуванням на плануванні ($r=0,62$ $p<0,05$) та розглядом ситуації в перспективі ($r=0,63$ $p<0,05$).

Висновки до розділу 2

Діагностична програма вивчення психологічних аспектів ресурсності батьків дітей з обмеженими можливостями складалася з таких етапів: підбір методичного інструментарію емпіричного дослідження; визначення психологічної ресурсності батьків за опитувальником О.Штепи; з'ясування особливостей копінг-стратегій, когнітивної регуляції емоцій, резильєнтності та життєстійкості батьків дітей з обмеженими можливостями; аналіз та інтерпретація отриманих результатів.

У дослідженні взяли участь батьки дітей з обмеженими можливостями, що періодично перебувають на лікуванні у Центрі комплексної реабілітації «Фенікс» для дітей з ураженнями ЦНС. Було опитано 45 батьків дітей з ураженнями ЦНС віком 25-45 років. Демографічні дані: серед опитаних було 29 осіб жіночої статі та 16 чоловічої; усі в шлюбі, сім'ї повні; у 12 осіб в одна дитина, 24 – двоє дітей та 9 осіб – троє дітей; усі проживають у місті. Дослідження проводилось впродовж 2023-2024 років. Участь у дослідженні була добровільна, результати кодувалися й за бажанням в індивідуальному порядку були представлені опитуваним.

Застосовано наступні методики: Опитувальник когнітивної регуляції емоцій, Копінг-тест (Р. Лазарус, С. Фолкман), Тест життєстійкості особистості,

Опитувальника психологічної ресурсності особистості (О. Штепа), Шкала резильєнтності Коннора-Девідсона (cd-risc-10). За результатами опитувальника психологічної ресурсності особистості (О. Штепа) було виокремлено три групи діагностованих: перша група – 11 респондентів – батьків із низьким рівнем психологічної ресурсності; друга група – 22 осіб – батьків із середнім рівнем психологічної ресурсності; третя група – 12 опитуваних – батьків із високим рівнем психологічної ресурсності.

В кожній з дослідницьких груп визначено специфіку вияву копінг-стратегій, когнітивної регуляції емоцій, резильєнтності та життєстійкості батьків дітей з обмеженими можливостями залежно від рівня їх психологічної ресурсності. В кожній групі діагностованих встановлено кореляційні зв'язки психологічних ресурсів з показниками життєстійкості, шкалами опитувальника когнітивної регуляції емоцій та копінг-стратегіями особистості.

ВИСНОВКИ

При появі у сім'ї дитини із особливими потребами, така сім'я набуває особливого статусу, що виявляється у характері взаємин між її членів та закритістю стосовно зовнішнього світу. Характерними рисами таких сімей є постійна зайнятість матері особливою дитиною, її неможливість реалізуватися у різних сферах життя, часто відсутність близькості зі здоровими дітьми. В батька можна спостерігати відчуження від сім'ї, «втечу» у роботу тощо. В таких сім'ях є ризик виникнення відчуження стосовно дитини, її гіпер або гіпоопіка, порушення взаємин між подружжям чи іншими родичами, ймовірність виникнення соматичних або психічних порушень у батьків.

Комплексна допомога дітям із особливими потребами насамперед повинна базуватися на наданні психологічної допомоги її батькам. Зокрема, це стосується актуалізації та відновлення психологічних ресурсів батьків таких дітей. В основі моделі В. Кагана лежить стимуляції повернення до колишніх інтересів та хобі батьків особливої дитини; максимально можливе підвищення їх зацікавленості життям, розширення соціальних контактів та загалом мобілізації усіх глибинних ресурсів батьків, що дозволить їм, у свою чергу, усвідомити та прийняти ситуацію, а також спрямувати свої сили на виховання та соціалізацію такої дитини згідно її віку та особливостей.

В ході аналізу результатів емпіричного дослідження встановлено, що:

- в батьків із низьким рівнем психологічної ресурсності з-поміж ресурсів переважають відповідальність та робота над собою, проте низьку питому вагу мають ресурси: віра в добро, упевненість у собі, самореалізація у професії та творчість; вони часто не приймають проблемні ситуації та особливості своєї дитини, але й не займаються самозвинуваченням і не катастрофізують ситуацію, а навпаки, намагаються її розглядати в перспективі; серед копінг-стратегій вони часто демонструють втечу-уникнення, дистанціювання та самоконтроль.
- у респондентів із середнім рівнем психологічної ресурсності спостерігаємо домінування ресурсів: самореалізація у професії, робота над собою та знання

власних ресурсів. Вони, як й діагностовані першої групи, мають сумніви щодо любові та не воліють розкриватися в творчості, проте вірять в добро й демонструють добре ставлення та допомагають іншим. Вони також вирізняються тенденцією звинувачення інших, але в той же час в складних ситуаціях прагнуть їх позитивно перефокусувати та роблять акцент на плануванні. В ситуації невизначеності вони контролюють себе, намагаються все позитивно переоцінити, а за умови неможливості вирішити проблему – вирішують її шляхом уникнення, проте вони не бояться просити про допомогу оточуючих та вирізняються відповідальністю.

➤ батьки з високим рівнем психологічної ресурсності характеризуються залученістю у справу та неприйняттям ризику. В них переважають ресурси: самореалізація у професії, вміння використовувати власні ресурси, прагнення до мудрості, робота над собою та знання власних ресурсів. Вони схильні до розгляду ситуації в перспективі, люблять все планувати та зосереджені на думках/роздумах. В їх поведінці переважають копінг-стратегії самоконтролю, планування рішення проблеми, пошуку соціальної підтримки та позитивної переоцінки.

В кожній з трьох груп батьків визначено наступні кореляційні зв'язки:

В респондентів із низьким рівнем психологічної ресурсності – ресурсу «упевненість у собі» зі самозвинуваченням ($r=0,62$ $p < 0,05$), катастрофізацією ($r=0,61$ $p < 0,05$) та залученістю у справу ($r=0,6$ $p < 0,05$); розгляду ситуації в перспективі з самоконтролем ($r=0,61$ $p < 0,05$); копінгу прийняття з ресурсом успіху ($r=0,63$ $p < 0,05$) та пошуком соціальної підтримки ($r=0,61$ $p < 0,05$); зворотній – ресурсу «робота над собою» з катастрофізацією ($r=-0,62$ $p < 0,05$); ресурсу «віра в добро» зі звинуваченням інших ($r=-0,63$ $p < 0,05$) та з копінгом втечі-уникнення ($r=-0,62$ $p < 0,05$).

В групі респондентів із середнім рівнем психологічної ресурсності – вміння використовувати власні ресурси з залученістю ($r=0,42$ $p < 0,05$); ресурсу «робота над собою» з копінгами: прийняття відповідальності ($r=0,44$ $p < 0,05$) та самоконтролем ($r=0,42$ $p < 0,05$); обернений – знання власних ресурсів із

самозвинуваченням ($r=-0,45$ $p<0,05$) та копінгом втечі-уникнення ($r=-0,43$ $p<0,05$); загального показника психологічної ресурсності ($r=0,46$ $p<0,05$) з копінгами: пошуку соціальної підтримки ($r=0,44$ $p<0,05$) та позитивного перефокусування ($r=0,44$ $p<0,05$); ресурсу «самореалізація у професії» з перефокусуванням на плануванні ($r=0,45$ $p<0,05$).

В опитуваних із високим рівнем психологічної ресурсності – уміння використовувати власні ресурси з копінгами: прийняття відповідальності ($r=0,58$ $p<0,05$) та зосередженістю на думках ($r=0,58$ $p<0,05$); ресурсу «робота над собою» з самомотивацією ($r=0,60$ $p<0,05$) та самоконтролем ($r=0,62$ $p<0,05$); знання власних ресурсів з позитивною переоцінкою ($r=0,61$ $p<0,05$) та низьким рівнем звинувачення інших ($r=-0,60$ $p<0,05$); загального показника психологічної ресурсності з перефокусуванням на плануванні ($r=0,62$ $p<0,05$) та розглядом ситуації в перспективі ($r=0,63$ $p<0,05$).

Розпочате магістерське дослідження має перспективу свого продовження, зокрема, у розширенні вибірки досліджуваних та методичного інструментарію, а також у з'ясуванні соціально-психологічних чинників психологічної ресурсності батьків, які виховують дітей з особливими потребами.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Акімова О. В. Основні напрями експериментального вивчення творчого мислення. *Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Серія: Педагогіка і психологія.* Вінниця, 2007, С. 124-130.
2. Андрейко Б. В. Психологічна допомога батькам дітей з порушенням розвитку. *Психологія і особистість.* 2016. № 2 (10): 58–64.
3. Бойко В. Синдром емоційного вигорання: діагностика і профілактика. Хмельницький: Кронос, 2018. 332 с.
4. Бондаревська Л. Вплив психотравмуючих подій на виникнення психічного вигорання Київ: Либідь, 2015. 159 с.
5. Борщевська Л., Зіброва Л. На допомогу батькам, що мають дітей з особливими потребами. К. : Український ін., 1999. 79 с.
6. Варбан Є. О. Стратегії подолання життєвих криз в юнацькому віці : автореф. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук : спец. 19.00.07 «Педагогічна та вікова психологія». К., 2009. 20 с.
7. Галецька І. І. Особливості емоційного вигорання менеджерів з різним рівнем самоактуалізації. *Актуальні проблеми психології.* 2007, 5 (6): 89–95.
8. Гладких Н. В. Актуальні проблеми навчання та виховання дітей з комплексними порушеннями розвитку в Україні. *Науковий часопис імені М.П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія.* 2014, 26: 52–57.
9. Глуханюк Т. Допомога психолога сім'ї, де росте дитина з порушенням інтелекту. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://www.ippo.if.ua /predmety /ocppsr /index.php? r=site/ stattya&id=76.>] [Назва з екрану]

10. Дидактичні та соціально-психологічні аспекти корекційної роботи у спеціальній школі. *Науково-методичний збірник*. За ред. В. І. Бондаря, В. В. Засенка. Запоріжжя : Вид-во ХНРБЦ, 2006, 8 (1): 323 с.
11. Душка А. Л. Роль сім'ї у соціалізації неповносправної дитини. *Наука і освіта*. 2019, С. 56-65.
12. Жигорьова М. В., Левченко І. Ю. Діти з комплексними порушеннями розвитку: Діагностика та супровід. К: Національний книжковий центр, 2016. 208 с
13. Збродська І. Феномен батьківського вигорання як предмет психологічного дослідження. *Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія 12. Психологічні науки*. 2020, 12 (57): 38-47.
14. Іванова І. Б. Професійна підготовка студентів з особливими потребами в адаптації. *Вісник університету Україна*. 2001, 1: 86-90.
15. Ковальова О, Варіна Г. Концептуалізація сімейноцентрованого підходу в процесі розвитку адаптивних ресурсів батьків, які виховують дітей з особливими потребами. *Int opical Issues of Society Development in the Turbulence Conditions: Conference Proceedings of the International Scientific Online Conference 2020 May 30* (pp. 351-360).
16. Ковтун Р. А. Особливості структури психологічного недорозвитку дітей з комплексними порушеннями розвитку». *Науковий вісник Миколаївського державного університету В. О. Сухомлинського. Збірник наукових праць*. За ред. С. Д. Максименка, Н. О. Євдокимової. Миколаїв : МДУ імені В. О. Сухомлинського, 2010, 2 (5): 154–158.
17. Ковтун Р. А., Програма розвитку комунікативних здібностей дітей з комплексними порушеннями розвитку : автореф. дис. ... канд. псих. наук : 19.00.08. Одеса, 2011. 19 с.
18. Колосова О. В., Гурал-Пулроле Й. Соціальна адаптація дітей з комплексними порушеннями розвитку. *Young Scientist*. 2018, 5.(2) (57.2):49-53.
19. Колупаєва А. А. Інклюзивна освіта: від основ до практики : [монографія]. К. : ТОВ «АТОПОЛ». 2016. 152 с.

20. Кукуруза А. В. Теоретичні та методологічні основи оцінки дитячо-батьківських відносин у сім'ях, які виховують дітей раннього віку з порушеннями розвитку: навч.-метод. посіб. Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України ; Східноєвропейська філія Міжнародного Соломонова університету. К. : Молодість, 2007. 250 с.

21. Левченко І. Ю., Ткачова В. В. Психологічна допомога сім'ї, яка виховує дитину з відхиленнями у розвитку. К.: Либідь, 2018. 240 с.

22. Лемак М. В., Петрище Ю. В. Психологу для роботи: діагностичні методики. Методичне видання. Ужгород : Видавництво А. Гаркуші, 2012, 616 с.

23. Луценко І. В., Заєркова Н. В. Створення індивідуальної програми розвитку для дітей з особливими освітніми потребами: методичний посібник. К.: ТОВ «Видавничий дім «Плеяди», 2015. 66 с.

24. Малихіна Т. До питання психолого-педагогічного супроводу формування життєвої перспективи особистості. *Психолого-педагогічний супровід фахового зростання особистості в системі неперервної професійної освіти*. Бердянськ. 2021. С 346-348.

25. Міллер А. Спочатку було виховання. Київ. 2023. 416 с.

26. Мілютіна К. Л., Івашова О. О. Вплив батьківського ставлення до дітей із розладами аутистичного спектру на перспективу інклюзивного навчання. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. 2017, 5 (1): 98-102.

27. Мушкевич М. І. Наукові підходи до сім'ї з проблемною дитиною. 2013.13 с. Електронний ресурс. Режим доступу: https://evnuir.vnu.edu.ua/bitstream/123456789/1423/3/psy_persp_13_21.pdf

28. Недомовна В. Діти з особливими потребами: психолого-педагогічний супровід в умовах загальноосвітнього закладу. *Директор школи. Шкільний світ*. 2016, 9-10, 97-100.

29. Островська К. О. Психологічні особливості ставлення матерів до їх здорових дітей та дітей з обмеженими можливостями. *Науковий часопис НПУ ім.*

М.П. Драгоманова. Серія № 19 «Корекційна педагогіка та спеціальна психологія». 2015, 29: 213–219.

30. Пілецька Л. С. Емоційне вигорання в сім'ї як чинник неконструктивних життєвих стратегій подружжя. *Теоретичні і прикладні проблеми психології. Збірник наукових праць*, 2018, 2(46): 224–231.

31. Погорільська Н. І. Чинники та показники психологічної адаптованості матерів дітей юнацького віку з обмеженими можливостями : дис. На здобуття ступені кандидата психологічних наук: 19.00.04 – медична психологія. Київ. нац. ун-т. 2006. 183 с.

32. Соколова Г.Б . Емоційне вигорання як фактор ризику десоціалізації батьків, які виховують дітей із комплексними порушеннями розвитку. *Pedagogy and Psychology. Science and Education a New Dimension*. 2018, VI (72), Issue: 174. Budapest, P. 62-66.

33. Соколова Г. Б. Особливості емоційного вигорання батьків, які виховують дітей із комплексними порушеннями розвитку. *Наука і освіта : наук.-практ. журн. Південноукраїнського національного педагогічного університету імені К. Д. Ушинського. Серія : Психологія*. Одеса : Вид-во ПНПУ імені К. Д. Ушинського, 2018. №5-6.: 118–122.

34. Соколова Г. Б. Психологічний супровід школярів із комплексними порушеннями розвитку: Монографія. Чернівці: Букрек, 2018. 344 с.

35. Соколова Г. Б. Особливості психологічного супроводу батьків, які виховують дітей із синдромом дауна. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. 2018, 3(2): 152-157.

36. Столярик О.Ю., Семигіна Т.В. Сімейноцентричний підхід до підтримки родин, які виховують дітей з ментальними порушеннями: Колективна наукова монографія. *Репрезентація освітніх досягнень, масмедіа та роль філології у сучасній системі наук*. 2-ге Видання. Вінниця, 2022. С. 115- 118.

37. Сухіна І. Емоційне вигорання у батьків дітей з особливими освітніми потребами: реалії та шляхи подолання. *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови*. 2020, 17: 220-228.

38. Титаренко Т.М., Кляпець О.Я. Запобігання емоційному вигоранню в сім'ї як фактор гармонізації сімейних взаємин : науково-методичний посібник. Київ : Міленіум, 2007. 142 с.
39. Царькова О.В. Почуття провини як компонент психологічного клімату у родині, де росте дитина з особливими потребами. *Наука і освіта. Науково-практичний журнал Південного наукового центру НАПН України. – Психологія і педагогіка*. 2015, 7(36): 115-120.
40. Царькова О.В. Особливості допомоги батькам, які виховують дітей з особливими потребами. *Проблеми сучасної психології*. 2014, 23 : 687–697.
41. Чухрій І.В. Чинники соціально-психологічної адаптації матерів, які виховують дитину-інваліда. *Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: збірник наукових праць*. К.: Університет «Україна», 2012, 9 (11). 247 с.
42. Шевців З. М. Основи інклюзивної педагогіки : підручник. К. : Центр учбової літератури, 2017. 384 с.
43. Шевчук В.В. Наукові засади дослідження емоційного вигорання батьків дітей із комплексними порушеннями розвитку. *Проблеми сучасної психології*. 2020, № 1 (17), С. 190–199
44. Штефан Л. А. Організація соціально-педагогічної служби в загальноосвітніх школах України: ретроспективний аналіз : монографія. ХНПУ ім. Г. С. Сковороди. Харків : ХНАДУ, 2016. 185 с.
45. Шульженко Д.І. Особливості психологічної роботи з емоційними станами батьків дітей з психофізичними порушеннями раннього віку. *Психологічний часопис*. 2017. № 5 (9): 173–180.
46. Basaran, A., Karadavut, K.I., Uneru, S.O., Balbaloglu O., & Atasov, N. (2013). The effect of having a children with cerebral palsy on quality of life, burn-out, depression and anxiety scores: a comparative study. *European journal of physical and rehabilitation medicine*, 49(6), 815–22.

47. Boas D. C., Ferreira L., Moura M., Maia S., Amaral I. Analysis of interaction and attention processes in a child with multiple disabilities. *Audiology – Communication Research*. 2017, 12, 2016-1718.
48. Brianda, M-E., Roskam, I., Gross, J.J., Franssen, A., Kapala, F., Gérard, F., et al. (2020). Treating Parental Burnout: Impact of Two Treatment Modalities on Burnout Symptoms, Emotions, Hair Cortisol, and Parental Neglect and Violence. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89, 330–332.
49. Hanson M. Understanding Families: Approaches to Diversity, Disability, and Risk. *First Edition*. Baltimore. 2003. 264 p.
50. Maslach C. Prevention of burnout. *New Perspectives. Applied and Preventive Psychology*. 2021, 7, 63-74.
51. Marzouq A. A. The Importance of Teachers' Universal Design for Transition Principles Knowledge in Preparing Students Who Are Deaf and Hard of Hearing for the Life after School in Saudi Arabia. *Creative Education*. 2018, 9 (3).
52. Mikolajczak, M., Brianda, M. E., Avalosse, H., & Roskam, I. (2018). Consequences of parental burnout: a preliminary investigation of escape and suicidal ideations, sleep disorders, addictions, marital conflicts, child abuse and neglect. *Child Abuse Neglect*, 80, 134–145.
53. Mikolajczak, M., Raes, M-E., Avalosse, H., & Roskam, I. (2018). Exhausted Parents: sociodemographic, child- related, parent-related, parenting and family functioning correlates of parental burnout. *Journal of Child and Family Studies*, 27(3), 602–614.
54. Moores D. F. Education the deaf: psychology, principles and practices. Boston. 1987. 143 p.
55. Morrison, Amy. Understanding Children's Preferences in Art Making: Implications for Art Therapy. Lesley University, 2013.
56. Seligman M. Ordinary families, special children: a system approach to childhood disability. *Third edition*. New York. 2009. 434 p.

ДОДАТКИ

Додаток А

ЕТИЧНІ ДОКУМЕНТИ

Дебрифінг

Підсумковий інструктаж для учасника # _____ дослідження:

Психологічні аспекти ресурсності батьків дітей з обмеженими можливостями

1. Яка основна мета цього дослідження?

Основна мета цього дослідження полягає в теоретичному аналізі поняття психологічного ресурсу та ресурсності як важливої складової психічного здоров'я особистості психологічній літературі, а також емпіричному з'ясуванні психологічних аспектів ресурсності батьків дітей з обмеженими можливостями.

2. Що саме досліджується?

Нами вивчаються особливості психологічної ресурсності, які включають когнітивну регуляцію емоцій, копінг-поведінку, прояви ресурсності та життєстійкість батьків дітей з обмеженими можливостями.

3. Хто проводить це дослідження і як я можу із ними сконтактувати?

Пришляк Світлана Ростиславівна, магістр кафедри загальної та клінічної психології Волинського національного університету імені Лесі Українки, ел. адреса: Pryshliak.Svitlana2023@vnu.edu.ua

Кихтюк Оксана Василівна, кандидат психологічних наук, доцент кафедри загальної та клінічної психології Волинського національного університету імені Лесі Українки, Kuhtuik.Oksana@vnu.edu.ua

4. Як довго дослідник вивчає це питання?

Дослідник Світлана Пришляк не має попереднього досвіду проведення клінічних досліджень, тому супервізувати процес буде Оксана Кихтюк, доцент кафедри загальної та клінічної психології.

Ще раз дякуємо за участь у дослідженні!

Інформація для досліджуваного «Психологічні аспекти ресурсності батьків дітей з обмеженими можливостями»

Запрошуємо Вас взяти участь у нашому дослідженні. Перш ніж Ви приймете рішення щодо участі у дослідженні, Ви маєте розуміти з якою метою проводиться дослідження і що саме Вам потрібно буде у ньому робити. Будь ласка, уважно перечитайте наступну інформацію. Ви можете задавати будь-які питання щодо дослідження, якщо Вам щось не зрозуміло.

Хто може брати участь у дослідженні

Наше дослідження проводиться на добровільній основі. У дослідженні можуть взяти участь батьки дітей з обмеженими можливостями, що періодично перебувають на лікуванні у Центрі комплексної реабілітації «Фенікс» для дітей з ураженнями ЦНС (віком 25-45 років).

Хто проводить дослідження і яка мета дослідження

Дослідження проводить *Пришляк Світлана*, магістр кафедри загальної та клінічної психології Волинського національного університету імені Лесі Українки (ВНУ), під керівництвом *Кихтюк Оксани*, кандидата психологічних наук, доцента кафедри загальної та клінічної психології ВНУ.

Основна мета цього дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично вивчити психологічні аспекти ресурсності батьків дітей з обмеженими можливостями.

Що Ви маєте робити в цьому дослідженні?

Дослідження складається з проходження опитування у зручний для Вас час і у зручному для Вас місці. Якщо Ви погодитеся взяти участь у цьому дослідженні, ми попросимо Вас зазначити Ваш вік, сімейний стан, вік та стать дитини, а також медичний діагноз дитини й період років, з якого він був виставлений лікарями.

Чи можете Ви відмовитися від дослідження?

Наше дослідження проводиться на добровільній основі. Ви можете покинути дослідження у будь-який момент без жодних негативних наслідків для Вас. Якщо Ви побажаєте, Ви можете попросити видалити Ваші дані.

Які можливі ризики та вигоди участі в дослідженні?

Є ймовірність виникнення негативної емоційної реакції при пригадуванні травматичних або стресових ситуацій. У такому випадку ми запропонуємо Вам перелік центрів, де Ви можете отримати безкоштовну психологічну допомогу в місті Луцьку. Ви також можете звернутися за допомогою до дослідників, оскільки супервізор *Світлани Пришляк – Оксана Кихтюк*.

Отримані у дослідженні дані є важливими для розуміння механізмів розвитку психологічних аспектів ресурсності батьків дітей з обмеженими можливостями. Ви отримаєте доступ до інформаційної брошури стосовно ресурсності особистості відразу після проходження опитування.

Чи участь у дослідженні буде конфіденційною?

Так. Ми гарантуємо конфіденційність наших учасників. Вам не потрібно буде вказувати особистих даних, за якими Вас можна буде ідентифікувати. Доступ до анонімних даних буде мати виключно дослідник та його науковий керівник.

Як будуть розповсюджені результати дослідження?

Результати дослідження, які будуть представлені у вигляді узагальнених даних, не містять особистої інформації, планується опублікувати у вигляді наукових статей та тез конференцій.

З ким я можу сконтактувати з приводу додаткової інформації або для отримання допомоги?

Контактні особи:

Пришляк Світлана Ростиславівна

Pryshliak.Svitlana2023@vnu.edu.ua

Оксана Кухтюк

Kuhtuik.Oksana@vnu.edu.ua

Якщо під час дослідження, на Вашу думку, буде порушена етика наукових досліджень, Ви можете звернутися до голови Комітету з етики наукових досліджень ВНУ імені Лесі Українки (prorectorscience@vnu.edu.ua)

Додаток. 1

Перелік центрів безоплатної психологічної допомоги у м. Луцьк:

1. Психологічний штаб при управлінні соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді Луцької міської ради, м. Луцьк, проспект Соборності, 18.

Консультації психологів проводяться безкоштовно в режимі онлайн та офлайн. Записатись на консультацію можна зателефонувавши на інформаційну лінію за телефоном: 0 800 400 332

2. Український центр психотравми, діяльність якого спрямована на розуміння природи психічної травми, ефективних методів лікування пост-травматичного стресового розладу, а також інформування громадськості для покращення якості життя після травматичного досвіду, м. Луцьк, проспект Волі, 13.

Детальніша інформація на сайті <https://upc.vnu.edu.ua/> та за телефоном +38(0332) 72-01-25

Інформація про дослідження «Психологічні аспекти ресурсності батьків дітей з обмеженими можливостями»

Психологічна ресурсність особистості відображає її здатність ефективно використовувати внутрішні й зовнішні ресурси для подолання життєвих труднощів і досягнення особистих цілей. Загалом знання особистістю власних ресурсів може допомогти їй бути ефективною, використовувати їх у досягненні своїх цілей та подолання труднощів.

Особливо важливо для кожної особистості знати свої сильні й слабкі сторони, вміти використовувати й розвивати психологічні ресурси у складних життєвих обставинах. Одним з прикладів таких обставин є сприйняття батьками функціональних обмежень власної дитини після її народження, щоденні турботи про неї та додання складних ситуацій догляду за своєю дитиною. Саме недостатнє висвітлення цієї проблематики й спонукало нас до зосередження фокусу уваги на проблематиці вивчення психологічних аспектів ресурсності батьків дітей з обмеженими можливостями

Мета дослідження полягає в теоретичному аналізі поняття психологічного ресурсу та ресурсності як важливої складової психічного здоров'я особистості психологічній літературі, а також емпіричному з'ясуванні психологічних аспектів ресурсності батьків дітей з обмеженими можливостями.

Згідно мети визначено коло таких **завдань**:

1. Здійснити методологічний аналіз поняття психологічного ресурсу та ресурсності особистості в психології.
2. Розробити програму та провести емпіричне дослідження спрямоване на вивчення психологічних аспектів ресурсності батьків дітей з обмеженими можливостями.
3. Емпірично дослідити особливості вияву психологічної ресурсності батьків дітей з обмеженими можливостями.
4. Визначити перспективу подальшого наукового пошуку.

Для досягнення мети у дослідженні було використано *теоретичні методи*: аналіз, синтез, моделювання, систематизація та узагальнення наукових даних для визначення теоретико-методологічної основи вивчення ресурсності особистості; *емпіричні методи* у сукупності таких психометричних методик: Опитувальник психологічної ресурсності особистості (О. Штепа), шкала резильєнтності (cd-risc-10) (для виявлення резильєнтності особистості), копінг-тест Лазаруса, тест життєстійкості особистості, опитувальник когнітивної регуляції емоцій.

Доступ до даних матимуть лише члени дослідницької команди. Оскільки дослідник, магістрант кафедри загальної та клінічної психології Волинського національного університету імені Лесі Українки, *Світлана Пришляк* не має попереднього досвіду клінічних досліджень, супервізувати процес буде *Оксана Кихтюк*, кандидат психологічних наук, доцент кафедри загальної та клінічної психології ВНУ.

Вибірку складатимуть батьки дітей з обмеженими можливостями, що періодично перебувають на лікуванні у Центрі комплексної реабілітації «Фенікс» для дітей з ураженнями ЦНС. Загальна кількість обстежуваних – 45 осіб віком 25-45 років. Потенційна цінність дослідження полягає в емпіричному дослідженні психологічної ресурсності батьків дітей з обмеженими можливостями. Ці результати можуть дати поштовх для подальшої розробки програм тренінгових занять з метою підтримки та підвищення психологічної ресурсності батьків дітей з ураженнями ЦН.

Оцінка рівня ризиків дослідження

1. Включає вивчення людини? – **Так.**
2. Створює ризики для продуктивності праці людей та/чи організацій? – **Так.**
3. Включає учасників, залучення яких торкається конфліктів інтересів (наприклад, досліджуваний боїться, що його відповідь може змінити ставлення керівника до нього)? – **Ні.**
4. Залучає посередників, щоб залучити досліджуваних? – **Ні.**
5. Передбачає фінансові та інші винагороди для учасників? – **Ні.**
6. Може торкатися висвітлення стану здоров'я учасників? **Ні.**
7. Включає обговорення тем, які підвищують тривожність, занепокоєння учасників? – **Ні.**
8. Передбачає дослідницьку роботу закордоном? – **Ні.**
9. Передбачає негативний вплив на довкілля? – **Ні.**
10. Включає збір та обробку неживих біологічних матеріалів, за виключенням тих, які вже зберігаються в музеях чи інших установах? – **Ні.**
11. Використовує генетично модифіковану тканину людини? – **Ні.**

Які є потенційні ризики для досліджуваних та способи їх уникнення.

Ризик 1. У дослідженні будуть поставлені запитання, які стосуються ситуацій, що можуть спричиняти негативні переживання і травматичні спогади.

У дослідженні використовуються стандартизовані та апробовані у попередніх дослідженнях діагностичні методики, які мають високі психометричні властивості, і застосовуються для вивчення цієї професійної групи осіб. Наприкінці дослідження учасникам буде запропоновано перелік безкоштовних психологічних послуг міста Луцька, які можуть надати допомогу в разі необхідності.

Ризик 2. Проходження опитувальника може відволікати медичних працівників від виконання професійних обов'язків та створює ризики для продуктивності праці.

У дослідженні може бути використано онлайн-опитування, яке медичні працівники зможуть пройти у вільний час та у зручному для них місці, без відволікання від виконання професійних обов'язків.

Дослідження не передбачає фінансової та інших винагород для учасників.

Інформована згода Психологічні аспекти ресурсності батьків дітей з обмеженими можливостями

Дослідження здійснюється магістром *Світланою Пришляк*

(Pryshliak.Svitlana2023@vnu.edu.ua)

координується доцентом *Кухтюк Оксаною*

(Kuhtuik.Oksana@vnu.edu.ua)

Дослідження пройшло експертизу в Комітеті з етики наукових досліджень кафедри загальної та клінічної психології Волинського національного університету імені Лесі Українки

Для участі в дослідженні необхідно підтвердити всі наведені нижче твердження, поставивши відмітку у відповідному квадратику. Якщо Ви не поставите позначку біля будь-якого з пунктів, це означатиме, що Ви не можете взяти участь у дослідженні.

№з/п	ТВЕРДЖЕННЯ	Поставте галочку
1.	Я підтверджую, що прочитала/в і зрозуміла/в інформаційний лист про дослідження. Я мав/ла можливість розглянути інформацію про те, що від мене очікують.	
2.	Я даю згоду на обробку моїх персональних даних (наприклад, вік, стать, сімейний статус, наявність дітей, стаж роботи, досвід роботи з військовослужбовцями) для цілей, які мені роз'яснили. Я розумію, що відповідно до законодавства про захист даних, «суспільне завдання» буде законною підставою для обробки даних особливої категорії для дослідницьких цілей.	
3.	Я розумію, що вся особиста інформація залишиться конфіденційною . Я розумію, що мої дані, зібрані в цьому дослідженні, не будуть ідентифікувати мене і будуть зберігатися анонімно і безпечно. Ідентифікувати мене в будь-яких публікаціях буде неможливо.	
4.	Я розумію, що моя участь є добровільною і що я можу відмовитися від неї в будь-який час без пояснення причин . Я розумію, що якщо я вирішу відмовитися від участі, будь-які персональні дані, надані мною до цього моменту, будуть видалені, якщо я попрошу про їх видалення.	
5.	Я розумію потенційні ризики, пов'язані з участю у дослідженні, та підтримку, яка буде мені доступна, якщо у мене виникне дистрес під час дослідження (перелік відповідних місць, де можна отримати психологічну підтримку).	
6.	Я розумію прямі/непрямі вигоди від участі.	
7.	Я розумію, що дані не будуть доступні жодним комерційним організаціям , а є виключно у відповідальності та доступі дослідників, які проводять це дослідження.	
8.	Я розумію, що узагальнені дані цього дослідження можуть бути опубліковані у вигляді наукових статей та тез конференцій	
9.	Цим я підтверджую, що розумію критерії включення у дослідження, викладені в інформаційному листі.	
10.	Мені відомо, до кого мені слід звертатися, якщо я хочу подати скаргу.	
11.	Я добровільно погоджуюсь взяти участь у цьому дослідженні.	
12.	Дані, надані в цьому дослідженні, будуть зберігатися відповідно до Закону про обробку персональних даних.	
13.	Я погоджуюсь, що мої повністю анонімні (ніхто не зможе ідентифікувати мене при передачі цих даних) дані можуть бути використані виключно дослідницькою групою для майбутніх досліджень .	