

**КИЇВСЬКИЙ СТОЛИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ БОРИСА ГРІНЧЕНКА**

**ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ, СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ ТА
СПЕЦІАЛЬНОЇ ОСВІТИ**

Кафедра психології особистості та соціальних практик

КВАЛІФІКАЦІЙНА МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

Навчально-професійний проєкт

на здобуття другого (магістерського) рівня вищої освіти

спеціальності 053 Психологія

освітньої програми 053.00.05 Екстремальна та кризова психологія

**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КРИЗОВИХ ПЕРЕЖИВАНЬ
БАТЬКІВ ДИТИНИ З ІНВАЛІДНІСТЮ**

Виконала:

студентка групи ЕКПм-1-24-1.4з
заочної форми навчання
Самоделко Катерина Валентинівна

Науковий керівник:

Рева Олена Миколаївна,
кандидат психологічних наук,
доцент кафедри психології
особистості та соціальних практик

Київ – 2025

Зміст

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ КРИЗОВИХ ПЕРЕЖИВАНЬ БАТЬКІВ ДИТИНИ З ІНВАЛІДНІСТЮ	8
1.1 Психологічні аспекти кризових переживань у родині з дітьми з інвалідністю	8
1.2 Соціально-психологічні аспекти батьківства у родинах, що виховують дітей з інвалідністю	13
1.3 Психологічні ресурси особистості в контексті подолання кризових станів батьками дітей з інвалідністю	21
Висновки до 1 розділу	31
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ КРИЗОВИХ ПЕРЕЖИВАНЬ БАТЬКІВ ДИТИНИ З ІНВАЛІДНІСТЮ	33
2.1 Організація роботи та методики дослідження	33
2.2 Аналіз результатів дослідження психологічних особливостей кризових переживань батьків дитини з інвалідністю	37
2.3 Опис змісту та результати апробації програми психологічної підтримки батьків дитини з інвалідністю	44
Висновки до 2 розділу	54
ВИСНОВКИ	57
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	61
ДОДАТКИ	68

Самоделько Катерина Валентинівна
 магістрантка спеціальності «Психологія»,
 освітня програма
 «Екстремальна та кризова психологія»
Науковий керівник:
Рева Олена Миколаївна,
 Кандидат психологічних наук. Доцент.

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КРИЗОВИХ ПЕРЕЖИВАНЬ БАТЬКІВ ДИТИНИ З ІНВАЛІДНІСТЮ

Актуальність дослідження. У сучасних умовах соціальної нестабільності, воєнного стану та постійних соціально-економічних викликів особливої гостроти набуває проблема психологічного стану родин, які виховують дітей з інвалідністю. Народження або виявлення інвалідності дитини стає для батьків кризовою подією, що супроводжується гострими емоційними переживаннями, втратою очікувань, необхідністю швидкої адаптації до нових реалій та пошуку внутрішніх ресурсів для подолання життєвих труднощів. В умовах обмежених можливостей системної допомоги родинам з дітьми з інвалідністю особливого значення набуває дослідження психологічних механізмів переживання кризи, що дозволить більш ефективно організовувати психологічну підтримку батьків.

Кризові переживання батьків можуть мати різні форми прояву: від заперечення та агресії до депресії та соціальної ізоляції. Вони суттєво впливають на якість життя родини, її функціонування, емоційний клімат, а також розвиток самої дитини з інвалідністю. У таких ситуаціях важливою є наявність психологічних ресурсів, здатність до саморефлексії, підтримка соціального оточення, доступ до кваліфікованої допомоги.

Аналіз наукових підходів, представлений у працях О. Безпалько, Р. Вайноли, О. Кас'яненко, свідчить про те, що сім'ї, які виховують дітей з інвалідністю, зіштовхуються з низкою складних викликів, що виникають у зв'язку з народженням дитини з порушеннями розвитку. Такі родини часто переживають стан психологічної дезадаптації, відчують емоційне виснаження, стикаються з фінансовими труднощами, обмеженням соціальних контактів та браком інформації щодо можливостей і перспектив дитини. Нерідко в подружніх стосунках також виникають напруження й конфлікти, зумовлені зміною ролей та надмірним психологічним навантаженням.

На думку дослідників І. Омельченко, О. Кизимович, О. Кас'яненко та інших науковців, однією з ключових причин виникнення проблем у таких родинах є упереджене або поверхове ставлення до осіб з інвалідністю з боку суспільства. Історико-теоретичний аналіз літератури дає змогу дійти висновку, що хоча більшість людей формально декларують толерантність і співчуття до осіб з інвалідністю, на практиці вони уникають тісного контакту, не виявляють бажання брати участь у вирішенні їхніх життєвих проблем або надавати дієву допомогу. Це створює ілюзію прийняття, за якою ховається реальна соціальна ізоляція та маргіналізація як самих дітей з інвалідністю, так і їхніх родин. Отже, зазначене явище має глибоке історичне коріння та потребує подальшого осмислення в контексті розвитку інклюзивної культури в суспільстві.

Науковий інтерес до теми кризових переживань батьків дитини з інвалідністю останніми десятиліттями зростає. Це пов'язано з поглибленням досліджень у сфері сімейної психології, нейропсихології, психосоціальної підтримки, а також з практичною необхідністю забезпечення якісної допомоги родинам у складних життєвих обставинах. У фокусі дослідження – вивчення ресурсного потенціалу батьків, стратегій подолання (копінгу) та шляхів трансформації кризового досвіду.

Об'єкт дослідження: криза батьківства дитини з інвалідністю.

Предмет дослідження: психологічні особливості кризових переживань батьків дитини з інвалідністю та їх ресурсне забезпечення.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати й емпірично дослідити психологічні особливості кризових переживань батьків дитини з інвалідністю, визначити психологічні ресурси, що сприяють подоланню кризи, та розробити програму для надання підтримки цій категорії батьків.

Завдання дослідження:

1. Здійснити аналіз наукових джерел щодо сутності кризових станів, особливостей батьківства у сім'ях, що виховують дітей з інвалідністю та визначити зміст і структуру психологічних ресурсів, що сприяють подоланню кризи.

2. Провести емпіричне дослідження психологічних особливостей кризових переживань у батьків дитини з інвалідністю.

3. Розробити та апробувати програму психологічної підтримки батьків дітей з інвалідністю.

Шляхами реалізації мети та завдань дослідження є: теоретичний аналіз наукових джерел; емпіричне дослідження із використанням психодіагностичних методик; узагальнення й інтерпретація результатів; розробка й апробація практичних рекомендацій; кількісний і якісний аналіз даних із застосуванням методів математичної статистики.

Ключові слова: криза, батьківство, інвалідність, дитина з інвалідністю, психологічна підтримка, психологічні ресурси.

ВСТУП

Актуальність дослідження. У сучасних умовах соціальної нестабільності, воєнного стану та постійних соціально-економічних викликів особливої гостроти набуває проблема психологічного стану родин, які виховують дітей з інвалідністю. Народження або виявлення інвалідності дитини стає для батьків кризовою подією, що супроводжується гострими емоційними переживаннями, втратою очікувань, необхідністю швидкої адаптації до нових реалій та пошуку внутрішніх ресурсів для подолання життєвих труднощів. В умовах обмежених можливостей системної допомоги родинам з дітьми з інвалідністю особливого значення набуває дослідження психологічних механізмів переживання кризи, що дозволить більш ефективно організовувати психологічну підтримку батьків.

Кризові переживання батьків можуть мати різні форми прояву: від заперечення та агресії до депресії та соціальної ізоляції. Вони суттєво впливають на якість життя родини, її функціонування, емоційний клімат, а також розвиток самої дитини з інвалідністю. У таких ситуаціях важливою є наявність психологічних ресурсів, здатність до саморефлексії, підтримка соціального оточення, доступ до кваліфікованої допомоги.

Аналіз публікацій і досліджень з проблеми. Аналіз наукових підходів, представлений у працях О. Безпалько, Р. Вайноли, О. Кас'яненко, свідчить про те, що сім'ї, які виховують дітей з інвалідністю, зіштовхуються з низкою складних викликів, що виникають у зв'язку з народженням дитини з порушеннями розвитку. Такі родини часто переживають стан психологічної дезадаптації, відчувають емоційне виснаження, стикаються з фінансовими труднощами, обмеженням соціальних контактів та браком інформації щодо можливостей і перспектив дитини. Нерідко в подружніх стосунках також виникають напруження й конфлікти, зумовлені зміною ролей та надмірним психологічним навантаженням.

На думку дослідників І. Омельченко, О. Кизимович, О. Кас'яненко та інших науковців, однією з ключових причин виникнення проблем у таких родинах є упереджене або поверхове ставлення до осіб з інвалідністю з боку суспільства. Історико-теоретичний аналіз літератури дає змогу дійти висновку, що хоча більшість людей формально декларують толерантність і співчуття до осіб з інвалідністю, на практиці вони уникають тісного контакту, не виявляють бажання брати участь у вирішенні їхніх життєвих проблем або надавати дієву допомогу. Це створює ілюзію прийняття, за якою ховається реальна соціальна ізоляція та маргіналізація як самих дітей з інвалідністю, так і їхніх родин. Отже, зазначене явище має глибоке історичне коріння та потребує подальшого осмислення в контексті розвитку інклюзивної культури в суспільстві.

Науковий інтерес до теми кризових переживань батьків дитини з інвалідністю останніми десятиліттями зростає. Це пов'язано з поглибленням досліджень у сфері сімейної психології, нейропсихології, психосоціальної підтримки, а також з практичною необхідністю забезпечення якісної допомоги родинам у складних життєвих обставинах. У фокусі дослідження – вивчення ресурсного потенціалу батьків, стратегій подолання (копінгу) та шляхів трансформації кризового досвіду.

Об'єкт дослідження: криза батьківства дитини з інвалідністю.

Предмет дослідження: психологічні особливості кризових переживань батьків дитини з інвалідністю.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати й емпірично дослідити психологічні особливості кризових переживань батьків дитини з інвалідністю, визначити психологічні ресурси, що сприяють подоланню кризи, та розробити програму психологічної підтримки цієї категорії батьків.

Завдання дослідження:

1. Здійснити аналіз наукових джерел щодо сутності кризових станів, особливостей батьківства у сім'ях, що виховують дітей з інвалідністю та

визначити зміст і структуру психологічних ресурсів, що сприяють подоланню кризи.

2. Провести емпіричне дослідження психологічних особливостей кризових переживань у батьків дитини з інвалідністю.

3. Розробити та апробувати програму психологічної підтримки батьків дітей з інвалідністю.

Шляхами реалізації мети та завдань дослідження є: теоретичний аналіз наукових джерел; емпіричне дослідження із використанням психодіагностичних методик; узагальнення й інтерпретація результатів; розробка й апробація практичних рекомендацій; кількісний і якісний аналіз даних із застосуванням методів математичної статистики.

Практичне значення дослідження полягає у можливості застосуванню у психологічну практику теоретично обґрунтованої та апробованої експериментальної програми психологічної підтримки батьків дітей з інвалідністю. Отримані результати теоретичного та практичного дослідження можуть бути використані у практичній діяльності психологів; системі післядипломної педагогічної освіти, під час викладання навчальних дисциплін.

Структура та обсяг дослідження. Магістерська робота складається зі вступу, двох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел і додатків. Загальний обсяг роботи - 83 сторінки, обсяг основного тексту складає 61 сторінок.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ КРИЗОВИХ ПЕРЕЖИВАНЬ БАТЬКІВ ДИТИНИ З ІНВАЛІДНІСТЮ

1.1 Психологічні аспекти кризових переживань у родині з дітьми з інвалідністю

У сучасному суспільстві питання захисту дітей, а також забезпечення прав і свобод родин, які їх виховують, набуває все більшої актуальності, ставши пріоритетним напрямом державної політики більшості країн світу. Україна не є винятком: останніми роками в нашій країні спостерігається поступове розширення форм підтримки сімей, що виховують дітей з інвалідністю. Ці діти, яких ще називають дітьми з інвалідністю, характеризуються наявністю різноманітних порушень – фізичних, інтелектуальних, сенсорних, моторних, а також труднощів у емоційному реагуванні та соціальній адаптації. Саме через поєднання психологічних, медичних та соціальних обмежень, вони потребують комплексної, багатоаспектної підтримки [11].

У науковому просторі дедалі частіше з'являються дослідження, присвячені впливу появи в сім'ї дитини з інвалідністю на функціонування родини як системи, а також на формування життєвої перспективи самої дитини. Зміна парадигми – від медичного до сімейно-центричного підходу – стала можливою завдяки усвідомленню того, що наявність інвалідності в дитини є не лише її особистим випробуванням, а насамперед кризовим викликом для всієї родини. Сім'я, в якій з'являється така дитина, переживає глибокі трансформації, які зачіпають емоційний, соціальний, економічний і навіть моральний її виміри.

Історично склалося так, що діти з інвалідністю впродовж довгого часу залишалися поза увагою громадськості, перебуваючи на периферії соціального простору. Лише згодом розпочався процес інтеграції таких дітей у суспільство, що потребувало оновлення законодавства й формування правового підґрунтя для їхньої захищеності. Зокрема, ключовими

нормативними актами, що гарантують реалізацію прав дітей з інвалідністю в Україні, є Конвенція ООН про права дитини, Конвенція про права осіб з інвалідністю, Конституція України, а також Закон України «Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам» [1-4]. Утім, варто визнати, що формальне існування нормативної бази не завжди супроводжується її ефективною імплементацією на практиці. Часто сім'ї, що виховують дітей з інвалідністю, стикаються з нестачею соціальної підтримки, недостатністю інфраструктурних рішень і браком ресурсів для забезпечення повноцінного розвитку своїх дітей.

Формування особистості дитини, незалежно від наявності чи відсутності психофізичних порушень, відбувається, передусім, у сімейному середовищі. Саме сім'я виступає першоджерелом емоційної підтримки, головною соціалізуючою інстанцією, що формує у дитини модель взаємодії зі світом. Особливу вагу має характер взаємин між батьками й дитиною, адже від них залежить, якою мірою дитина зможе інтегруватися в соціум. Наявність взаєморозуміння, прийняття та підтримки в сім'ї здатна значно компенсувати наявні труднощі у розвитку.

Однак, не кожна родина виявляється здатною витримати тривалий тиск, який спричиняє постійна необхідність піклування про дитину з інвалідністю. Психоемоційне виснаження, складність у прийнятті діагнозу, а також брак ресурсів часто призводять до того, що батьки не можуть адекватно реагувати на виклики, які постають перед ними. Психологи Жмир В., Циганок С. зазначають, що тривале перебування в травмуючих обставинах може спричинити глибокі психологічні деформації у батьків, що, своєю чергою, позначається на їхньому ставленні до дитини. У деяких випадках емоційна напруга виявляється надто великою, що призводить до розладу сімейних відносин або навіть розпаду родини. Особистісні якості батьків, зокрема рівень стресостійкості, безпосередньо впливають на те, наскільки ефективною буде їхня участь у вихованні дитини, а також на рівень взаємодії з професіоналами різних галузей. Низька стресостійкість може вказувати на

небезпеку відсторонення від дитини, ізоляції від соціуму або ухилення від відповідальності за її майбутнє [12].

Переважає частина догляду за дитиною з інвалідністю зазвичай покладається на матір. У багатьох жінок, які постійно перебувають поруч із дитиною, формується феномен так званої «соціальної інвалідизації». Це явище полягає в поступовому виключенні жінки з соціального життя, втраті соціальних зв'язків, зниженні рівня самореалізації. Постійне фізичне й емоційне напруження, відсутність часу на особисті потреби призводять до емоційного вигорання. Водночас, чоловіки, як правило, намагаються демонструвати зовнішній спокій, що сприймається як «стримане прийняття» ситуації. Це часто породжує нерозуміння з боку партнерки. Традиційна гендерна соціалізація заважає чоловікам відкрито висловлювати власні емоції або звертатися за підтримкою. Як наслідок, вони залишаються наодинці зі своїм болем, що ускладнює процес подолання кризи, пов'язаної з інвалідністю дитини [24].

Родина, у якій виховується дитина з інвалідністю, одночасно стикається з низкою проблем, що мають міждисциплінарний характер. Це і соціальні труднощі (адаптація в суспільстві, подолання бар'єрів, прийняття іншими), і педагогічні (організація навчального процесу, взаємодія з педагогами, доступність освітніх ресурсів), і психологічні (формування внутрішнього прийняття дитини, адаптація до нових обставин життя), і економічні (фінансові витрати, пов'язані з доглядом, реабілітацією, медичним супроводом), і медичні (потреба в якісному обслуговуванні, доступ до спеціалізованих послуг, забезпечення лікування). Кожен із цих аспектів ускладнює процес інтеграції дитини з інвалідністю у звичайне життя, а тому потребує злагодженого підходу з боку як держави, так і фахівців різних напрямів.

Отже, сучасна соціальна політика повинна не тільки декларувати цінності захисту дітей з інвалідністю, а й передбачати системну підтримку сімей, які перебувають у складних життєвих обставинах. Це має включати не

лише економічну допомогу, а й розвинуту систему психолого-педагогічного супроводу, спрямовану на гармонізацію внутрішньосімейного середовища та формування стійкої життєвої перспективи як для дитини, так і для її батьків.

Один із найвідоміших підходів до розуміння психологічної адаптації родини до нових життєвих обставин, пов'язаних з появою в сім'ї дитини з інвалідністю, було запропоновано психотерапевткою Ерікою Шухардт. Дослідниця провела масштабне вивчення досвіду двох тисяч родин, які виховують дітей з інвалідністю, що дозволило їй виокремити характерну динаміку переживань батьків, що виникають після народження дитини з порушеннями розвитку. Створена нею модель у формі спіралі демонструє, як змінюється внутрішній стан батьків упродовж цього складного шляху – від повного заперечення до усвідомлення власної ролі та місії в житті дитини [23].

Шлях, яким проходять батьки після звістки про діагноз дитини, розпочинається зі стадії глибокого емоційного потрясіння – шоку. У цей момент свідомість батьків виявляється неготовою сприймати нову реальність, вони психологічно «вимикаються» від інформації, яка надходить. Для спеціалістів важливо усвідомити: на цій початковій фазі не варто перевантажувати батьків деталями про стан дитини або намагатися одразу їх переконати – найперше, що їм потрібно, це час на осмислення події.

Наступним етапом у процесі адаптації є заперечення. Батьки починають відкидати сам факт того, що з дитиною щось не так, відмовляються визнавати діагноз або шукати допомогу. Часто в цей період вони ігнорують будь-які спроби залучення до корекційної чи реабілітаційної роботи, закриваються у своєму світі, створюючи своєрідний психологічний бар'єр. Фахівцям доцільно надати родині можливість побути в тиші, не тиснучи, натомість демонструючи готовність до діалогу, коли сім'я буде до нього готова [12].

Коли родина починає виходити зі стадії заперечення, настає період інтенсивного пошуку. Батьки в цей час гарячково звертаються до фахівців, шукають альтернативні діагнози, пробують різноманітні методики лікування,

часто очікуючи на диво. На жаль, саме на цьому етапі відбувається найбільше розчарувань, адже абілітація – ключовий фактор змін – часто залишається поза увагою. Роль фахівця полягає у делікатному роз'ясненні того, що «чудесної пігулки» не існує, а позитивна динаміка можливостей дитини потребує часу, послідовної праці та підтримки [34].

Емоційне напруження часто призводить до наступної фази – етапу злості та агресії. Питання типу: «Чому саме ми?», «Хто в цьому винен?» – є звичними у цей період. Батьки відчують гнів, розчарування, обурення – і ці почуття мають право на існування. На цьому етапі важливо надати можливість людині висловитися, не намагаючись одразу заспокоїти чи переконати. Завдання психолога або спеціаліста – стати «контейнером» для негативних емоцій, прийняти їх, не відповідаючи емоціями на емоції. Ключове повідомлення для батьків – те, що дитина з інвалідністю не є покаранням, вона є реальністю, яку слід прийняти з повагою і турботою.

Після сплеску емоцій часто настає фаза пригнічення – депресивний стан. Усвідомлення того, що жодна з надій не справдилася, приносить з собою втрату енергії, занепад сил, апатію. Часто в батьків опускаються руки. Цей період є критично важливим, адже саме тут вони потребують максимальної підтримки з боку оточення, фахівців, родичів. Найменша емоційна допомога може стати вирішальною.

Наступний крок у спіралі – етап примирення. Родина поступово приймає той факт, що дитина має інвалідність, проте починає змінювати до цього ставлення. Вперше відбувається не просто визнання діагнозу, а справжнє прийняття дитини як повноцінної особистості. Батьки починають помічати не лише труднощі, а й радості спілкування з дитиною, її посмішки, дрібні успіхи. Цей момент – один із найважливіших у всьому процесі адаптації, адже він знаменує собою перехід від болю до радості, від втрати – до можливості.

Фінальною стадією моделі Е. Шухардт є солідарність. Це період, коли батьки розуміють, що не самотні. Їхній досвід резонує з життями інших

родин, які також виховують дітей з інвалідністю. Це час, коли вони починають активно взаємодіяти з іншими батьками, об'єднуватись у групи підтримки, брати участь у суспільному житті, сприяти розвитку інклюзивної освіти, поширенню практик раннього втручання. Таким чином, із пасивного об'єкта підтримки батьки перетворюються на активних суб'єктів соціальних змін [23].

Підсумовуючи, можна зазначити, що внутрішній ресурс родини, здатність її членів підтримувати одне одного, приймати дитину з її особливостями, є визначальним чинником ефективності виховання дитини з інвалідністю. Саме атмосфера любові, поваги й безумовного прийняття дозволяє ефективно подолати будь-які труднощі. У сім'ї, де панують підтримка й розуміння, психологічні й соціальні виклики не лише не руйнують, а можуть стати основою для зростання та перетворення.

1.2 Соціально-психологічні аспекти батьківства у родинах, що виховують дітей з інвалідністю

Сучасна психологічна наука дедалі частіше звертається до ідеї незалежного способу життя, де пріоритет віддається індивідуальним інтересам людини, незалежно від її соціального становища, матеріального добробуту чи стану здоров'я. Кожна особа, попри свої фізичні чи психічні особливості, має рівні права, гарантовані Конституцією [3]. Незалежність людини з інвалідністю передбачає не лише матеріальну, а й моральну, правову та соціальну свободу. Особливий акцент робиться на тому, що людина з обмеженими можливостями має бути повноцінно інтегрована в суспільство, а не просто адаптована до нього. Сьогодні з'являється все більше ініціатив, спрямованих на підтримку батьків, які виховують дітей з інвалідністю. Часто такі ініціативи виникають завдяки об'єднанню зусиль самих батьків, які створюють громадські чи психологічні організації. Основна мета цих організацій полягає в абілітації, реабілітації та соціалізації дітей з інвалідністю, а також у наданні підтримки їхнім сім'ям.

Особливо актуальним останнім часом є питання включення дітей з інвалідністю у суспільне життя. У країнах Західної Європи та США вже давно не існує дитячих закладів, де б діти з інвалідністю навчалися окремо від своїх однолітків. За кордоном активна інтеграція людей з інвалідністю у суспільство розпочалася приблизно два десятиліття тому, і проведені дослідження свідчать про значне підвищення якості життя та соціокультурного рівня таких осіб. Суспільство в цих країнах демонструє повагу до проблем людей з обмеженими можливостями, стаючи більш відкритим і толерантним до їхніх потреб [38].

Однак, ключовою причиною труднощів, із якими стикаються батьки дітей з інвалідністю, залишається традиційно байдуже ставлення суспільства до людей із обмеженнями. Основними викликами для таких дітей та їхніх батьків є соціальна ізоляція і відчуження від спільноти. Важливими для нашого дослідження є рекомендації, які допомагають батькам долати негативні реакції на упереджене ставлення оточуючих. Батькам необхідно усвідомити, що забобони щодо фізичних чи психічних вад часто є наслідком недостатньої поінформованості, а не ворожого ставлення. Аналіз власних переживань, викликаних реакцією інших, за підтримки фахівця, може допомогти зрозуміти, що почуття сорому чи меншовартості часто мають суб'єктивний характер. Батькам також варто визначити, що для них важливіше: уникнення осуду чи реалізація власної потреби в соціальній активності, зокрема перебування з дитиною в громадських місцях.

Історичний аналіз ставлення суспільства до осіб з інвалідністю підкреслює центральну проблему: адаптація батьків до умов життя, ускладнених особливостями дитини, значною мірою залежить від того, як суспільство сприймає людей з інвалідністю. Саме суспільне ставлення визначає, наскільки успішно батьки зможуть пристосуватися до нових реалій. Тому в психологічній роботі з такими сім'ями необхідно враховувати специфіку їхньої дезадаптації, спричиненої зовнішніми соціальними факторами.

Питання кризових станів, пов'язаних із хворобою чи інвалідністю, вивчає Столярчук О.А., яка визначає кризу як подію з невизначеним результатом, що супроводжується ризиком втрат. Вона виокремлює такі ознаки кризової ситуації: стресогенна подія, переживання горя, почуття втрати чи приниження, втрата контролю над подіями, порушення звичного ритму життя, невизначеність майбутнього та тривалі страждання. Ці характеристики повною мірою відображають психологічний стан батьків, які дізнаються про особливості розвитку своєї дитини. Отже, психологічна підтримка таких батьків має враховувати їхній кризовий стан. Вона також звертає увагу на такі кризові реакції, як тривога, що є основою кризи; депресія, що проявляється у пригніченості, апатії та негативному сприйнятті себе; гнів як реакція на несправедливість; і почуття провини, яке часто не відповідає реальності [42].

Також важливо розрізнати механізми декомпенсації кризових станів, щоб правильно вибудовувати взаємодію між фахівцем і батьками, враховуючи їхні індивідуальні психологічні особливості. Психологічні аспекти роботи з батьками висвітлює Титаренко Т.М., наголошуючи на серйозності їхніх проблем, які потребують як термінової, так і тривалої допомоги. Батьки дітей з інвалідністю часто відчують хронічну пригніченість, безпорадність, тривогу чи агресію, що ускладнює їхні стосунки в сім'ї. Матеріальні труднощі, подружні конфлікти чи розлучення лише погіршують психологічну атмосферу. Постійний стрес призводить до втрати впевненості у власних силах, підвищеної дратівливості та втоми, що ускладнює прийняття зважених рішень щодо виховання дитини [45].

У своїх роботах Титаренко Т.М. аналізує різні способи реагування батьків на кризову ситуацію, пов'язану з народженням дитини з інвалідністю. Деякі батьки мають тенденцію перебільшувати серйозність обставин, занурюючись у стан постійного відчаю. Вони розвивають модель поведінки, зосереджену на жалості до себе та дитини, що стає основою їхнього існування. Такі люди зациклюються на своїх стражданнях, сподіваючись

лише на зовнішню підтримку, не покладаючись на власні ресурси. Психологічна допомога в таких випадках має спрямовуватися на формування активнішого підходу до життя, зміцнення почуття відповідальності та віри у свої можливості [43].

Інша група батьків демонструє позірну байдужість до особливостей своєї дитини, використовуючи цей механізм як спосіб захисту від болісної реальності. Така поведінка завдає дитині менше шкоди, ніж попередній підхід, але вона не стимулює батьків до активного пошуку шляхів реабілітації чи розвитку дитини. Консультаційна робота з такими батьками повинна допомогти їм визнати свої страхи й невпевненість, водночас переконуючи їх у здатності подолати труднощі. Часто ці батьки видаються впевненими, не звертаються по допомогу, але за такою зовнішньою силою ховається виснажлива самопожертва, коли власні потреби повністю ігноруються на користь дитини, що призводить до емоційного згорання [43].

Життя кожної людини періодично стикається з невизначеністю, але однією з найскладніших ситуацій є неможливість передбачити майбутнє. Дослідники виділяють три основні види криз, які переживають батьки після народження дитини з інвалідністю: криза діагнозу, що супроводжується шоком від отриманої звістки, втратою життєвих перспектив, тривогою через невідомість і розпачем; криза цінностей, коли батьківські очікування руйнуються, виникає внутрішній конфлікт між любов'ю до дитини та її неприйняттям, а також почуття провини; і криза реальності, пов'язана з фінансовими труднощами та упередженим ставленням оточуючих.

Дослідження кризових станів батьків дітей із психічними порушеннями проводили В. Жмир і С. Циганок, які підкреслюють, що такі сім'ї належать до найменш захищених верств населення. У контексті нашого дослідження важливим є їхній акцент на специфічних проблемах: хронічний стрес, ізоляція від суспільства, розрив соціальних зв'язків, втрата елементарних навичок спілкування та відсутність комплексної системи позалікарняної психологічної й соціальної допомоги [12]. Окремо автори звертають увагу на

труднощі родичів, зокрема напружені взаємини з близькими на етапах післядіагностичного шоку, госпіталізації, реабілітації, підтримувального лікування та амбулаторного нагляду, а також проблеми з доступом до медичних, психологічних, юридичних і соціальних послуг. Дослідження виявило готовність батьків і хворих співпрацювати з фахівцями, але водночас показало, що вони часто не відчують себе рівноправними партнерами, через що виникають розбіжності у сприйнятті проблем між сім'ями та спеціалістами.

Особливе значення для нашого дослідження мають праці І. Іванової, присвячені темі інвалідності. Вона зазначає, що однією з ключових проблем батьків дітей з інвалідністю є брак детальної інформації про захворювання, його наслідки для дитини та сім'ї, а також обмежений доступ до даних про психологічну, педагогічну чи правову підтримку та можливості спілкування з іншими сім'ями з подібним досвідом [13]. Життя батьків на кожному етапі ускладнене додатковими викликами. У дошкільний період мати часто жертвує кар'єрою, щоб цілковито присвятити себе догляду за дитиною, усвідомлюючи пов'язані з цим труднощі. У цей час нерідко сім'ї залишають чоловіки, не витримуючи психологічного навантаження. Виникають кризи, спричинені госпіталізацією, емоційними травмами дитини, а також труднощі з пошуком дошкільних закладів через недостатню інформованість про спеціалізовані установи.

Шкільний вік дитини є важливим етапом підготовки до самостійного життя, де якість освіти безпосередньо впливає на її майбутнє. Відсутність соціально-педагогічної чи психологічної підтримки може серйозно обмежити розвиток дитини. У підлітковому віці догляд за дитиною ускладнює фізичні аспекти, додаються питання вибору професії, розвитку соціальних і побутових навичок, а також особистісних стосунків. Для батьків дітей старшого віку гостро стоїть проблема майбутнього дитини після їхнього відходу, що посилює тривогу. Позитивна атмосфера в сім'ї сприяє гармонійному розвитку дитини, тоді як дезадаптація батьків підвищує

ймовірність виникнення додаткових ускладнень, пов'язаних з інвалідністю. Важливою є концепція інтеграції людей з інвалідністю в суспільство, яка передбачає формування толерантного ставлення до них, створення умов для реалізації їхнього потенціалу та комплексну підтримку, орієнтовану на батьків [13].

Роботи Ткаченко Л.М., Романовської Д.Д., зосереджені на причинах напружених стосунків між батьками та дітьми з інвалідністю, пропонуючи рішення за участю психологів, педагогів і соціальних працівників. Труднощі у взаємодії можуть загострюватися через низький рівень освіченості батьків, помилкові уявлення про виховання чи упередження щодо стосунків із дітьми. Це призводить до таких проблем, як неприйняття дитини чи її унікальності, що проявляється в постійній дратівливості, переважанні негативних суджень про поведінку дитини, надмірній строгості чи поблажливості, нерозумінні її потреб і хибному тлумаченні її дій. Наприклад, спроби дитини відстояти свою позицію можуть сприйматися як непокор, а її обмеження – як небажання співпрацювати. Такі стосунки ускладнені непослідовністю батьків, невідповідністю їхніх вимог можливостям дитини, упередженим ставленням, нав'язуванням власних поглядів, а також чергуванням надмірної уваги з періодами байдужості. Розбіжності між батьками, коли один дозволяє те, що забороняє інший, дезорієнтують дитину, викликаючи в неї розгубленість або спонукаючи маніпулювати цими суперечностями, що може провокувати конфлікти в сім'ї [38, 44].

У своїх наукових розробках Титаренко Т.М. виокремлює ключові аспекти взаємин між батьками та дітьми з інвалідністю, підкреслюючи такі їхні особливості, як надмірна опіка, вибіркове задоволення потреб дитини з ігноруванням інших, уникнення встановлення чітких меж і обов'язків для неї, нестабільність виховного підходу, невпевненість у власних діях, страх втрати дитини та перенесення на неї власних негативних рис [45].

Дослідження, проведені Хворовою Г., Онуфрик М., Майоровою Н., стосовно потреб батьків, які виховують дітей з обмеженнями, показують, що

на першому плані стоять фінансові труднощі, за ними слідує потреба у відпочинку, а також бажання мати цікаву роботу для себе та можливості працевлаштування для дітей. Обмежений інтерес до соціальних контактів чи психологічної підтримки пояснюється традиційними для України цінностями, які підкреслюють приватність сімейного життя та самостійне вирішення внутрішніх проблем. Соціальна реабілітація таких батьків пов'язана з необхідністю відновлення гармонії в сімейних стосунках, повернення до активної участі в суспільному житті та налагодження зв'язків із зовнішнім світом [47].

Основними напрямками роботи з батьками дітей з інвалідністю є нормалізація сімейної атмосфери, встановлення здорових взаємин із дитиною, допомога в реалістичній оцінці її можливостей, підтримка у вирішенні особистих труднощів і сприяння у виборі професійного шляху для дитини. Вибір пріоритетів у такій роботі ґрунтується на результатах психодіагностики. Серед форм взаємодії з батьками ефективними є батьківські об'єднання, регулярні заняття, тренінги та дискусії, які підбираються залежно від поставлених цілей за активної участі самих батьків.

Дослідники також звертають увагу на ознаки неблагополуччя в сім'ях, такі як постійне незадоволення обставинами, опір реабілітаційним заходам, надмірна турбота про дитину, ізольовані стосунки типу «мати-дитина», свідоме обмеження соціальних зв'язків і негативне сприйняття дитини. Такі сім'ї часто характеризуються конфліктністю, хаотичністю, суперечливістю у вимогах до дитини та відсутністю єдиного підходу до виховання [18].

Національна система психологічної підтримки батьків дітей з інвалідністю перебуває на етапі становлення. Учені пропонують різноманітні програми та технології психологічної роботи, які проходять експериментальну перевірку. За результатами таких експериментів моделі вдосконалюються, щоб забезпечити найефективнішу взаємодію з батьками та надати їм дієву допомогу.

Л. Пінчукова у своїх працях розглядає батьків дітей з інвалідністю як ключовий об'єкт психологічної підтримки. Вона виокремлює низку факторів, що сприяють народженню дітей із порушеннями розвитку: погіршення екологічної ситуації, радіаційне забруднення, незбалансоване харчування, дефіцит чистої води, безлад у суспільному розвитку, брак ідеалів і мети в житті, недостатній рівень медичних послуг, порушення моральних принципів і неусвідомлене ставлення до власного існування. Серед соціальних причин авторка називає формальність демократичних законів, низький рівень соціального захисту, безробіття та відсутність чітких громадянських ідеалів [35].

На думку Л. Пінчукової, однією з основних проблем таких батьків є сприйняття дитини як джерела порушення сімейного порядку. Для підвищення батьківської компетентності необхідні знання з психології та педагогіки, участь у спеціалізованих програмах соціальних служб, громадських ініціативах, а також консультації з психологами, педагогами та юристами. Запропонована авторкою програма підтримки сімей спрямована на усвідомлення батьками своїх труднощів у взаємодії з дитиною та в сімейних стосунках, розвиток навичок спілкування та творчого потенціалу. Важливими для нашого дослідження є спостереження авторки щодо ставлення батьків до себе, дитини та світу [35].

Часто батьки переходять від початкових почуттів образи й безсилля до активного пошуку рішень, знаходячи підтримку серед людей із подібними проблемами. Проте суспільне ставлення до них залишається майже незмінним, і саме сім'я стає першим джерелом допомоги. У деяких випадках психологічне навантаження виявляється непосильним, що призводить до відмови від дитини. Ставлення батьків до дитини залежить від її стану здоров'я, психофізичних особливостей, перспектив розвитку, а також від самопочуття самих батьків. Ставлення до себе проявляється в поведінці, висловлюваннях і зовнішньому вигляді, часто з акцентом на проблему інвалідності одного з батьків. Л. Пінчукова зазначає, що головні труднощі

реалізації програми пов'язані з необхідністю усвідомлення батьками власних проблем, а також із потребою не лише соціальної, а й законодавчої підтримки [35].

Особливе місце в роботі з батьками посідає психологічний тренінг. До методів психологічної підтримки, спрямованих на поступову трансформацію внутрішніх сімейних стосунків, належать підходи, що включають створення сприятливого середовища, наприклад, через програми оздоровчого відпочинку з елементами психологічної реабілітації; організацію терапевтичних груп, зокрема міжсімейних відновлювальних груп; розвиток навичок соціальної взаємодії; методика спільної режисури; формування соціального поля; поєднання розвитку навичок із кризовим підходом; роботу сімейних центрів; сімейну терапію у формі соціального супроводу; а також методи розв'язання сімейних конфліктів.

1.3 Психологічні ресурси особистості в контексті подолання кризових станів батьками дітей з інвалідністю

Психологічні ресурси можна розглядати як систему внутрішніх потенціалів особистості, що виявляються в її здатності ефективно взаємодіяти із середовищем, долати труднощі, підтримувати гнучкість мислення та поведінки, а також адаптуватися до змін без втрати власної цілісності. Деякі дослідники, зокрема С. Гобсон, Дж. Холмс розглядають психологічні ресурси як сукупність індивідуальних характеристик, особистісних властивостей, знань, навичок, установок і переконань, які дозволяють людині ефективно функціонувати в умовах життєвого стресу [52].

Кризові стани батьків, які дізнаються про інвалідність своєї дитини, характеризуються високим рівнем дезорганізації внутрішнього світу. Ці переживання зазвичай супроводжуються страхом, соромом, почуттям провини, безпорадністю, гнівом, запереченням або депресією. У таких ситуаціях саме наявність або відсутність психологічних ресурсів визначає те, як родина справляється з викликом, чи відбувається прийняття дитини, чи

формується нова життєва стратегія, чи, навпаки, ситуація спричиняє тривалу дезадаптацію та порушення психічного здоров'я членів сім'ї.

У сучасному науковому дискурсі виділяють кілька основних підходів до визначення змісту психологічних ресурсів. Один із них – когнітивно-поведінковий – акцентує увагу на тому, що ресурси особистості формуються у процесі навчання, соціалізації та індивідуального досвіду подолання труднощів. Тут до психологічних ресурсів належать оптимістичне мислення, переконання у власній ефективності (self-efficacy), здатність до планування, вміння керувати емоціями, а також репертуар копінг-стратегій [33].

Психоаналітичний підхід, натомість, зосереджується на глибинних структурах особистості. Психологічні ресурси в цьому випадку пов'язані зі здатністю суб'єкта до сублімації, формування зрілих захисних механізмів, рівнем інтеграції внутрішнього конфлікту. У цьому контексті ключову роль відіграє підтримка з боку значущих інших, особливо в ранньому дитинстві, яка формує базову впевненість у світі та в собі.

Екзистенційно-гуманістичний підхід підкреслює значущість пошуку сенсу, автентичності, здатності робити вибір і нести відповідальність за нього. У межах цієї парадигми кризова ситуація, зокрема пов'язана з інвалідністю дитини, може розглядатися не тільки як джерело страждання, а й як можливість глибинного переосмислення цінностей, цілей, способу життя. Відтак, психологічні ресурси набувають смислотворчої функції, стають опорою для формування нової картини світу, в якій з'являється місце для прийняття й підтримки дитини з інвалідністю [33].

Таким чином, поняття психологічних ресурсів у контексті подолання кризових станів батьками дітей з інвалідністю є багатоплановим і потребує міждисциплінарного аналізу. Це поняття охоплює як внутрішні характеристики особистості – когнітивні, емоційні, мотиваційні, поведінкові, – так і зовнішні чинники, зокрема соціальну підтримку, інформаційне забезпечення, середовище прийняття. Психологічні ресурси не є статичною

структурою – вони розвиваються, формуються у взаємодії з досвідом і часто активізуються саме в критичних обставинах.

У сучасній соціально-педагогічній та психологічній практиці домінує традиційний підхід, що характеризується певною однобічністю. Зусилля спеціалістів у більшості випадків спрямовані виключно на процес реабілітації дитини, тоді як робота з батьками часто лишається поза увагою або має лише опосередкований характер. Такий підхід істотно звужує можливості ефективної допомоги, оскільки не враховує ті глибокі психологічні трансформації, які відбуваються у батьків дітей з інвалідністю. На сучасному етапі розвитку психолого-педагогічної науки набуває дедалі більшої актуальності розгляд сім'ї як цілісної системи, де важливо не лише здійснювати реабілітаційний вплив на дитину, а й активно підтримувати процес адаптації батьків до умов життя, ускладнених необхідністю постійного догляду та виховання дитини з інвалідністю [9].

Присутність дитини з інвалідністю в родині нерідко стає причиною виникнення конфліктів, що деструктивно впливають на стабільність сімейної системи. Частими наслідками стають напруження у шлюбі, розриви стосунків, що виливаються у неповну сім'ю, яка, в свою чергу, негативно позначається на фізичному й психоемоційному розвитку дитини. Деякі батьки несвідомо ототожнюють недолік дитини з власною провиною або навіть сприймають це як відображення своєї неповноцінності. Внутрішній конфлікт, обумовлений глибоким почуттям провини, часто не усвідомлюється, однак він формує основу тривалих деструктивних емоційних станів, що заважають конструктивному вихованню.

Значний внесок у вивчення процесу адаптації батьків до виховання дитини з інвалідністю зробила Колупаєва А. А. [18], яка виокремила ключові критерії цього процесу. Вона пропонує оцінювати рівень адаптації за чотирма основними напрямками: соціально-психологічним станом батьків, рівнем їх соціокультурної адаптованості, характером взаємин із дитиною та реабілітаційним потенціалом. У залежності від поєднання цих факторів,

виділяються три рівні адаптації: високий, середній і низький. Така класифікація дозволяє чіткіше зрозуміти, з якими проблемами стикаються різні категорії родин та які ресурси є актуальними для надання їм цілеспрямованої допомоги.

Цікаві спостереження зробили О. В. Хмизова та Н. В. Остапенко [46], які запропонували умовний поділ батьків дітей-інвалідів на три групи залежно від рівня їх адаптаційних здібностей. До першої групи належать ті батьки, які проявляють високу психологічну стійкість і здатність до конструктивного сприйняття ситуації. Вони активно працюють над розвитком потенціалу дитини, постійно шукають нові шляхи та методи виховання, мають оптимістичний погляд на майбутнє, підтримують інших батьків, а також не забувають про власний особистісний ріст. Саме ці батьки здатні ефективно поєднувати турботу про дитину з реалізацією власних життєвих цілей, зберігаючи баланс і гармонію.

До другої групи можна віднести тих батьків, які з великою увагою ставляться до дитини з інвалідністю, намагаються забезпечити її розвиток, однак при цьому мають знижений емоційний фон. Здебільшого це матері, які після народження дитини залишилися самі, і для яких турбота про дитину стала єдиною життєвою домінантою. Вони часто жертвують власними інтересами, мотивуючи це фразою «я живу заради дитини». Такий підхід має свої ризики: з одного боку, він свідчить про відданість і самопожертву, з іншого – може призводити до формування внутрішньої напруги, емоційного виснаження, почуття незадоволеності життям та заниженої самооцінки. Коли жінка повністю виключає себе як суб'єкта розвитку, вона втрачає можливість бути ресурсом для своєї дитини. Як результат, процес розвитку дитини також втрачає динаміку і опору [46].

Отже, розуміння внутрішніх процесів, які відбуваються у свідомості батьків дитини з інвалідністю, є ключовим для побудови ефективної системи соціально-психологічного супроводу. Такий підхід передбачає не лише допомогу у формуванні нових моделей поведінки, але й глибоку роботу зі

зміною установок, переконань і внутрішніх позицій батьків, що дозволить їм стати справжніми партнерами в процесі розвитку своєї дитини.

Третю категорію батьків, які виховують дітей з інвалідністю, можна охарактеризувати як таких, що здебільшого забезпечують матеріальні потреби дитини – оплачують лікування, купують якісний одяг, сучасні іграшки, проте при цьому не виявляють належної емоційної залученості та підтримки. Часто спостерігається, що ці батьки мають недостатній рівень прийняття особливостей дитини, що призводить до емоційного відчуження. У деяких випадках батьки намагаються заповнити внутрішній дефіцит сприйняття народженням іншої дитини, ніби компенсуючи тим самим «втрату» очікуваної норми. У результаті турбота про дитину з інвалідністю поступово відсувається на другий план [46].

До цієї ж категорії належать і ті батьки, які, посилаючись на «об'єктивні обставини», делегують відповідальність за розвиток дитини іншим членам родини, фахівцям або доглядальникам. Вони майже не беруть участі в безпосередньому вихованні та розвитку дитини в домашніх умовах, що, безумовно, впливає на якість взаємодії та формування емоційного зв'язку між дитиною та батьками.

Наслідки, зумовлені особливостями ставлення до дитини з боку батьків, що були описані для другої та третьої груп, мають виразно негативний вплив на динаміку розвитку дитини, уповільнюючи процес її соціальної, емоційної та когнітивної реабілітації. Це необхідно враховувати при розробці індивідуальних стратегій психологічної допомоги та супроводу родин.

Сім'ї, що виховують дітей з інвалідністю, безумовно потребують системної та всебічної психолого-педагогічної допомоги. Надання такої підтримки має базуватись на гуманістичному підході до особистості кожного члена сім'ї, акцентуючи увагу на формуванні позитивного погляду на майбутнє дитини, на орієнтації батьків до проактивного планування життєвого шляху дитини та її поступової інтеграції в соціум.

Адаптаційні порушення дітей, які виростають у подібному середовищі, часто пов'язані з формуванням так званого «комплексу жертви». Цей психологічний феномен проявляється у байдужості до себе й оточення, ухиленні від відповідальності, втраті мотивації та зниженні самооцінки. Іншим поширеним проявом є «комплекс знедоленості», що формується як внутрішня установка на те, що допомоги чекати нема звідки, а покладатися можна лише на себе. Таке емоційне самопочуття суттєво впливає на психологічне благополуччя як самих дітей, так і їхніх батьків. Воно стає перешкодою для гармонійних стосунків з оточенням, посилює конфлікти – як внутрішньоособистісні, так і міжособистісні, ускладнює навчання та засвоєння соціальних норм поведінки [25].

У зв'язку з вищевикладеним стає очевидною необхідність системної психологічної підтримки таких родин. Комплексний підхід до надання допомоги дає змогу вирішувати проблеми дитини з інвалідністю через вдосконалення сімейного середовища: покращення емоційного клімату, гармонізацію стосунків між подружжям, між батьками та дитиною, формування атмосфери довіри та підтримки.

Ходаківська О.М. [48] підкреслює важливість побудови психологічної роботи з родинами, що виховують дитину з інвалідністю, у трьох основних напрямках: по-перше, здійснення детального психологічного аналізу проблем, які виникають у членів родини внаслідок виховання дитини з інвалідністю; по-друге, організація процесу консультування сім'ї; і по-третє – реалізація психолого-педагогічної та психокорекційної підтримки, яка охоплює як дитину, так і її батьків. Особливу увагу психолог має приділяти саме корекційній роботі, оскільки батьки зазвичай не володіють знаннями щодо причин порушень розвитку, ефективних методів взаємодії з дитиною, а також механізмів подолання складнощів, що виникають у процесі навчання, виховання й повсякденного спілкування.

Відповідно до досліджень Ткаченко Л. М. [44], робота з родинами, які мають дитину з інвалідністю, повинна бути багатокомпонентною. Серед

основних напрямків вона визначає необхідність гармонізації внутрішньосімейних взаємин, корекції психоемоційного стану матері, налагодження здорових дитячо-батьківських стосунків, формування об'єктивного уявлення про можливості дитини (як фізичні, так і психологічні). Не менш важливим є навчання батьків спеціальним корекційним прийомам, які допоможуть організувати розвивальну взаємодію з дитиною в умовах домашнього середовища. Також важливо опанувати ефективні виховні стратегії, спрямовані на розвиток особистості дитини.

З огляду на специфіку потреб дитини з інвалідністю, процес її розвитку та виховання потребує глибоких знань про природу захворювання, його наслідки та потенціал дитини. Це зумовлює необхідність організації злагодженої взаємодії між фахівцями різного профілю – педагогами, медиками, психологами, соціальними працівниками, тобто побудови мультидисциплінарної команди. Батькам має надаватися не лише теоретична інформація, а й практичні поради щодо організації повсякденного життя з дитиною, приклади ефективного досвіду інших батьків, рекомендації з розв'язання проблем у вихованні.

Одним із найефективніших інструментів є групові форми роботи: проведення семінарів, лекцій, тренінгів, батьківських зборів, відкритих консультацій, а також індивідуальна робота – особисті бесіди, індивідуальне консультування, створення психотерапевтичних груп підтримки. Такий підхід дозволяє не лише передавати знання, а й створювати простір для взаємодії, в якому батьки не залишаються наодинці зі своїми труднощами, а отримують можливість для емоційного розвантаження, розширення власного досвіду та зміцнення внутрішніх ресурсів [7].

У процесі спільної діяльності з батьками важливо враховувати їх належність до певних груп адаптивності, як це запропоновано у класифікації О.В. Хмизової та Н.В. Остапенко [46]. Наприклад, батьки, що демонструють високий рівень адаптації до обставин, часто залучаються до групової психокорекційної роботи, виконуючи роль позитивного прикладу. Їхній

досвід, сповнений віри у потенціал дитини та в ефективність реабілітаційного процесу, може надихати інших батьків та стимулювати формування нового бачення проблематики.

Щодо батьків, які належать до другої групи адаптивності, у роботі з ними ефективно застосовуються методики творчого самовираження, що дозволяють відновити віру в себе, розвинути навички конструктивної комунікації та особистісного самовдосконалення. Значне місце займають техніки емоційного розвантаження, що допомагають знизити рівень психологічного напруження, а також соціально-психологічні тренінги, спрямовані на аналіз та осмислення складних життєвих ситуацій. У рамках спеціальних тренінгових програм батьки навчаються приймати дитину такою, якою вона є, надаючи їй можливість самовираження та прояву ініціативи – навіть у повсякденних дрібницях, як-от вибір одягу чи іграшок. Особливо підкреслюється важливість формування у батьків здатності встановлювати межі, не піддаючись усім примхам дитини, а також зберігати здорову турботу без надмірної тривоги. Для представників цієї групи доцільним вважається використання методів самовиховання, що сприяють усвідомленій зміні власних поведінкових шаблонів і стимулюють особистісне зростання.

Що стосується батьків, умовно віднесених до третьої групи, у роботі з ними доцільно застосовувати психотерапевтичні техніки, орієнтовані на аналіз реальних дій та формування адекватної поведінки в конкретних життєвих ситуаціях. Основний акцент у такій терапії робиться не на емоційних переживаннях, а на усвідомленні й аналізі власних учинків. Ефективними є також психолого-педагогічні інструменти, спрямовані на розвиток соціальних навичок, заохочення до відповідального батьківства, формування об'єктивного світогляду. Це включає як обговорення теоретичних аспектів через ознайомлення з науково-популярною літературою, так і практичні вправи, що сприяють переосмисленню батьківських установок щодо дитини та поглиблюють розуміння її психологічного й фізичного стану [9].

Для досягнення повноцінного ефекту соціально-психологічної реабілітації дитини з інвалідністю необхідним є не лише формування здорового емоційного клімату в родині, але й активне залучення батьків до соціального життя. М. Титаренко [45] наголошує, що саме усвідомлення батьками впливу власного суперечливого ставлення на розвиток дитини є першим кроком до позитивних змін. У таких випадках надзвичайно ефективними можуть бути не лише індивідуальні консультації, але й групові форми психотерапевтичної роботи. За умови об'єднання кількох родин, які мають схожі труднощі, створюється простір для обміну досвідом, глибокого обговорення проблем, виконання проєктивних завдань та інсценування типових ситуацій із сімейного життя. Ці методи допомагають батькам не лише краще розуміти себе та дитину, а й спільно формувати нові моделі поведінки, що базуються на прийнятті, взаємоповазі та емоційній підтримці.

Крім того, Т.М. Титаренко вважає доцільним проведення ігрових форм роботи, у яких беруть участь як батьки, так і діти. Спільна участь у психотерапевтичних іграх сприяє налагодженню емоційного контакту, відкриває можливості для розвитку нових форм позитивної взаємодії та поглиблює емоційну чутливість дорослих до потреб дитини. Психолог, паралельно з цим, здійснює індивідуальну роботу з дитиною, допомагаючи їй подолати недовіру, яка могла сформуватися у зв'язку з непослідовністю або емоційною нестабільністю батьків. Таким чином, у дитини поступово формується відчуття стабільності, безпеки та віри у надійність дорослого, що є базовою умовою для розвитку її емоційної зрілості та соціальної включеності.

Надзвичайно важливо донести до батьків дитини з інвалідністю ключову ідею, яку висловлює Т.М. Титаренко [45]: необхідно чітко розмежовувати власний життєвий простір і простір дитини, не дозволяючи їм надмірно перетинатися. Прагнення занадто тісно інтегрувати свої бажання, очікування й уявлення у світ дитини може лише нашкодити її самостійності та самосприйняттю. Натомість, пріоритетом має бути підтримка віри у власну

дитину, прийняття її мрій, планів і бажань. Саме така позиція створює умови для активізації внутрішньої ініціативи дитини у побудові власної картини світу, стимулює її прагнення до незалежності, саморозвитку і відповідального вибору.

Формування довірчих стосунків із батьками, створення стабільного середовища, де дитина має право на помилку, підтримку, самовираження, – усе це відкриває перед нею нові горизонти для розвитку. Зречення від інфантильної залежності, що зберігається у дітей з інвалідністю, можливе лише у безпечному і приймаючому середовищі. Саме у такій обстановці активізується особистісний потенціал, з'являється усвідомлення своєї значущості, народжується бажання реалізовувати власні плани, мрії, і, попри наявні труднощі, рухатися вперед. За переконанням Т.М. Титаренко, у кожної людини є вроджена потреба до зростання, розвитку, вдосконалення, яка здатна компенсувати навіть об'єктивні фізичні чи психічні обмеження [43]. Завдяки цій потребі формується внутрішній мотив для пошуку нових шляхів самореалізації, і саме вона є джерелом енергії, що штовхає особистість до активного життя.

У цьому контексті важливо окреслити ключові напрями психологічної допомоги родинам, які виховують дитину з інвалідністю. Така допомога має включати діагностичну, консультативну, корекційну, реабілітаційну, прогностичну та мультидисциплінарну складові. Саме інтеграція цих напрямів дозволяє спеціалісту, зокрема психологу, вибудувати систему підтримки, яка відповідає як потребам дитини, так і її сім'ї. Завдяки систематичній, професійно організованій роботі фахівця з родиною поступово формується конструктивна модель виховання, яка базується на партнерстві, повазі та взаємній підтримці. Така модель взаємодії – «співробітництво» – є найбільш адаптивною, адже вона не лише забезпечує ефективний психоемоційний супровід дитини, але й сприяє внутрішньому зростанню самих батьків.

Наслідком такої трансформації є позитивні зрушення у системі світосприйняття батьків, гармонізація їхньої самосвідомості та переосмислення власного ставлення до «особливості» дитини. Прийняття її такою, якою вона є – без порівнянь, очікувань і претензій – стає основою для побудови міцного емоційного контакту між батьками й дитиною. Установка на безумовне прийняття, що формується у процесі психологічної роботи, змінює не лише ставлення до самої дитини, а й загалом до ситуації, в якій опинилася сім'я. Усвідомлення того, що присутність дитини в житті – це цінність, а не тягар, стає основою для якісного оновлення всієї родинної системи.

Основна мета професійної діяльності фахівців, які працюють із «особливими» родинами – психологів, соціальних педагогів, психотерапевтів – полягає у створенні стійкого переконання у батьків, що вони не залишені сам на сам із труднощами. Важливо донести до сім'ї думку, що поряд завжди є фахівці, готові підтримати, вислухати, надати консультацію чи супровід у складних обставинах. Відчуття підтримки з боку спеціаліста формує у батьків емоційну стабільність, знижує рівень тривожності, допомагає подолати стан внутрішньої дезорганізації.

Зрештою, діяльність із підтримки таких родин є не лише професійною функцією психолога, але й важливою соціальною місією, що спрямована на формування в суспільстві атмосфери прийняття, поваги й включення людей з інвалідністю у повноцінне життя. Таким чином, психологічна допомога сім'ї – це не лише про дитину. Це про цілу родинну систему, яка має знайти в собі сили зростати разом зі своєю дитиною.

Висновки до 1 розділу

Таким чином, нами охарактеризовано психологічні аспекти кризових переживань у батьків дитини з інвалідністю як глибокий трансформаційний процес. Цей процес охоплює емоційний, соціальний, економічний та моральний виміри сімейної системи. Описано модель у формі спіралі: шок, заперечення, пошук, злоба, пригнічення, примирення, солідарність. Модель

відображає динаміку адаптації батьків від потрясіння до прийняття та активної участі. Виявлено ключові особливості переживань: психоемоційне виснаження, гендерні відмінності, міждисциплінарні проблеми, соціальні, педагогічні, психологічні, економічні, медичні та вплив низького рівня стресостійкості на сімейні відносини.

Досліджено соціально-психологічні аспекти батьківства у родинах, що виховують дітей з інвалідністю, як процес, ускладнений соціальною ізоляцією, упередженим ставленням суспільства та хронічним стресом. Кризові стани включають стресогенну подію, горе, втрату контролю, невизначеність. Типи реакцій охоплюють перебільшення серйозності та позірну байдужість. Особливості складаються з криз діагнозу, цінностей та реальності, проблем на етапах розвитку дитини, напружених взаємин через надмірну опіку чи нестабільність виховання, а також потреб батьків у фінансовій та соціальній підтримці. Ресурси подолання охоплюють нормалізацію сімейної атмосфери, батьківські об'єднання, тренінги, психологічний супровід та програми. Ці ресурси спрямовані на підвищення компетентності, усвідомлення труднощів та інтеграцію в суспільство через інклюзивні ініціативи.

Виявлено психологічні ресурси особистості в контексті подолання кризових станів як систему внутрішніх та зовнішніх чинників. Ця система забезпечує адаптацію, самореалізацію та стійкість. Підходи до ресурсів включають когнітивно-поведінковий, гуманістичний та психоаналітичний. Ресурси складаються з оптимістичного мислення, підтримки значущих інших, рефлексії та трансформації кризи в посттравматичне зростання. Ці ресурси сприяють відновленню рівноваги та ефективному батьківству.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ КРИЗОВИХ ПЕРЕЖИВАНЬ БАТЬКІВ ДИТИНИ З ІНВАЛІДНІСТЮ

2.1 Організація роботи та методики дослідження

Дослідження проводилося в період з січня по червень 2025 року в місті Київ на базі ГО «Громадська організація «Бачити серцем»», яка надає підтримку сім'ям дітей з інвалідністю, а також через онлайн-платформи для батьків. Участь у дослідженні була добровільною, учасники були поінформовані про мету дослідження, конфіденційність даних і можливість припинити участь на будь-якому етапі. Усі методики проводилися з дотриманням етичних принципів психологічних досліджень.

Перший етап (січень-березень 2025) – теоретичний. Здійснено аналіз наукової літератури щодо кризових переживань батьків дітей з інвалідністю, психологічних ресурсів та стратегій подолання.

Другий етап (квітень 2025) – емпіричний. Проведено первинну психодіагностику з використанням стандартизованих методик. Організовано набір вибірки, забезпечено інформовану згоду учасників, конфіденційність та добровільність участі.

Третій етап (травень-червень 2025) – формувальний та контрольний. Апробовано програму психологічної підтримки батьків дитини з інвалідністю (9 тижнів, 9 тренінгів по 1,5 години). Проведено повторну діагностику, узагальнено результати, здійснено статистичну обробку даних (t-критерій Стьюдента для залежних вибірок, якісний тематичний аналіз інтерв'ю).

У дослідженні взяли участь 30 батьків дітей з інвалідністю (20 жінок і 10 чоловіків) віком від 25 до 50 років (середній вік – 38 років). Діти учасників мали різні діагнози (аутизм, ДЦП, порушення слуху, розумова відсталість), а стаж виховання дитини з інвалідністю варіював від 2 до 15 років (середній стаж – 7 років). Соціально-демографічні характеристики вибірки представлені в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Соціально-демографічні характеристики вибірки

Характеристика	Кількість	Відсоток (%)
Стать		
Жінки	20	66,7
Чоловіки	10	33,3
Вік		
25–35 років	12	40,0
36–45 років	15	50,0
46–50 років	3	10,0
Стаж виховання дитини		
До 5 років	10	33,3
5–10 років	14	46,7
Понад 10 років	6	20,0

Дослідження психологічних особливостей кризових переживань батьків дітей з інвалідністю вимагає комплексного підходу до діагностики емоційних, когнітивних і поведінкових аспектів їхнього стану. Вибір методик зумовлений необхідністю оцінити рівень стресу, тривоги, фрустрації, ригідності, втрати контролю та суб'єктивне сприйняття кризової ситуації, що виникає внаслідок виховання дитини з особливими потребами. Для цього було обрано три психодіагностичні методики: «Шкала сприйняття стресу» (PSS-10) Коена, Камарка та Мермельштейна, «Опитувальник станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності» (адаптований варіант методики Г. Айзенка С.Д. Максименко, Л.М. Карамушкою, Т.В. Зайчиковою) та напівструктуроване інтерв'ю, розроблене автором дослідження. Кожна методика спрямована на вивчення окремих аспектів кризових переживань, що забезпечує цілісний аналіз психологічного стану батьків.

1. Шкала сприйняття стресу (PSS-10) Коена, Камарка та Мермельштейна. Методика призначена для оцінки рівня суб'єктивно сприйманого стресу, що дозволяє визначити, наскільки батьки відчують ситуацію виховання дитини з інвалідністю як стресову, непередбачувану чи некеровану. PSS-10 вимірює загальний рівень стресу за останній місяць, що є актуальним для аналізу хронічного напруження.

Виховання дитини з інвалідністю пов'язане з хронічним стресом, спричиненим як об'єктивними труднощами (медичними, фінансовими), так і суб'єктивним сприйняттям ситуації. PSS-10 є валідним і надійним інструментом, який дозволяє кількісно оцінити рівень стресу та виявити батьків, які перебувають у зоні ризику через високе емоційне навантаження.

2. Опитувальник «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності» (варіант методики Г. Айзенка, адаптований С.Д. Максименко, Л.М. Карамушкою, Т.В. Зайчиковою). Методика базується на адаптації моделі особистості Г. Айзенка з додаванням підшкал для оцінки тривоги, фрустрації, агресивності та ригідності, адаптованих до контексту України С.Д. Максименко, Л.М. Карамушкою, Т.В. Зайчиковою. Для потреб цього дослідження методика була модифікована шляхом додавання питань для оцінки втрати контролю, пов'язаної з відчуттям безпорадності в ситуаціях, що стосуються виховання дитини з інвалідністю. Опитувальник складається з 70 питань, які оцінюються за 4-бальною шкалою (від 0 – «зовсім не згоден» до 3 – «повністю згоден»), згрупованих у п'ять підшкал:

- Тривога: вимірює рівень емоційної напруги та занепокоєння, зокрема страх за майбутнє дитини.
- Фрустрація: оцінює роздратування чи безпорадність перед перешкодами (наприклад, брак ресурсів).
- Агресивність: визначає схильність до гніву чи ворожості (додаткова інформація для аналізу емоційних реакцій).
- Ригідність: аналізує гнучкість мислення та поведінки, зокрема адаптацію до змін у догляді за дитиною.

- Втрата контролю: додана підшкала (5 питань), що відображає відчуття безпорадності.

Методика дозволяє виявити домінуючі психоемоційні стани батьків і їхній вплив на кризові переживання.

3. Напівструктуроване інтерв'ю «Психологічні особливості кризових переживань батьків дітей з інвалідністю», розроблене автором дослідження. Методика спрямована на якісний аналіз суб'єктивного досвіду батьків, їхніх емоційних переживань, когнітивних оцінок ситуації та соціальних факторів, що впливають на кризові стани. Інтерв'ю дозволяє отримати глибше розуміння індивідуальних особливостей переживань, які не охоплюються стандартизованими тестами. Напівструктуроване інтерв'ю є незамінним для дослідження унікального досвіду батьків, оскільки дозволяє виявити індивідуальні особливості кризових переживань, які не фіксуються кількісними методиками. Воно доповнює дані тестів, надаючи якісну інформацію про контекст і суб'єктивне значення ситуації.

Вибір зазначених методик обґрунтований їхньою спрямованістю на різні аспекти кризових переживань батьків дітей з інвалідністю. PSS-10 дозволяє кількісно оцінити рівень стресу, що є основою кризового стану. Опитувальник станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності розкриває емоційні та когнітивні компоненти, що впливають на адаптацію батьків. Напівструктуроване інтерв'ю забезпечує якісне розуміння емоційних і соціальних аспектів, що доповнює кількісні дані.

Комбінація цих методик створює цілісну картину психологічних особливостей кризових переживань батьків дитини з інвалідністю, дозволяючи виявити як загальні закономірності, так і індивідуальні відмінності. Дані, отримані за допомогою представлених методик, оброблялися з використанням пакета SPSS для кількісного аналізу (розрахунок середніх значень, стандартних відхилень, кореляцій) та якісного аналізу (інтерпретація відповідей), що забезпечило надійність і достовірність результатів.

2.2 Аналіз результатів дослідження психологічних особливостей кризових переживань батьків дитини з інвалідністю

Для діагностики психологічних особливостей кризових переживань батьків дітей з інвалідністю було проведено емпіричне дослідження з використанням трьох психодіагностичних методик, описаних у пункті 2.1: «Шкала сприйняття стресу» (PSS-10) Шелдона Коена, Тома Камарка та Роберта Мермельштейна, Опитувальник станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності» (адаптований варіант методики Г. Айзенка) (адаптація С.Д. Максименко, Л.М. Карамушкою, Т.В. Зайчиковою) та напівструктуроване інтерв'ю, розроблене автором дослідження. У цьому розділі представлено організацію дослідження, характеристики вибірки, процедуру проведення та аналіз отриманих результатів.

Дослідження проводилося наступним чином: учасники заповнювали бланки «Шкали сприйняття стресу» (PSS-10) та «Опитувальника станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності» у спокійній обстановці (в офлайн-групах або онлайн через Google Forms). Час виконання обох тестів складав 25–30 хвилин. Дані оброблялися за допомогою статистичних методів (середнє арифметичне, відсотковий розподіл) з використанням програми SPSS Statistics.

Напівструктуроване інтерв'ю проводилося індивідуально (офлайн або через Zoom) з 15 учасниками, які виявили готовність до глибшого спілкування. Тривалість інтерв'ю складала 30-40 хвилин. Відповіді записувалися (за згодою) або нотувалися, після чого проводився тематичний аналіз для виокремлення ключових тем переживань.

1. Шкала сприйняття стресу (PSS-10)

Результати за PSS-10 показали високий рівень сприйманого стресу серед батьків. Середній бал склав 26,3 (із максимальних 40), що вказує на значне психоемоційне напруження. Розподіл учасників за рівнями стресу представлено в таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

Розподіл респондентів за рівнем стресу

Рівень стресу	Бали (PSS-10)	Кількість	Відсоток (%)
Низький	0–13	2	6,7
Середній	14–26	12	40,0
Високий	27–40	16	53,3

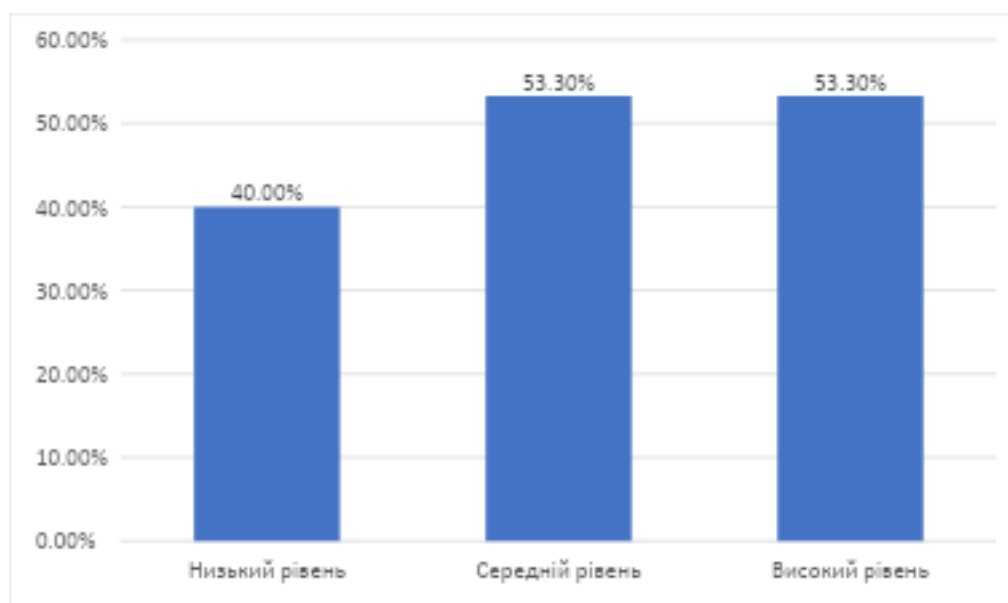


Рис. 2.1 Результати дослідження рівня стресу у батьків дітей з інвалідністю за методикою Шкала сприйняття стресу (PSS-10)

Високий рівень стресу (53,3%) був характерний для батьків із більшим стажем виховання дитини (понад 5 років) та тих, чиї діти потребують постійного догляду. Жінки (середній бал 27,8) демонстрували вищий рівень стресу порівняно з чоловіками (середній бал 23,9), що може бути пов'язано з більшою емоційною залученістю матерів у догляд. Основними джерелами стресу, зазначеними учасниками, були невизначеність щодо майбутнього дитини, фінансові труднощі та брак соціальної підтримки.

2. Опитувальник станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності (адаптований варіант методики Г. Айзенка). Аналіз результатів

показав різний рівень вираженості психоемоційних станів серед батьків. Середні бали за підшкалами представлено в таблиці 2.3.

Таблиця 2.3

Розподіл психоемоційних станів серед респондентів

Психоемоційний стан	Середній бал (0–3)	Відсоток учасників (%)
Тривога	2,4	73,3
Фрустрація	2,1	66,7
Агресивність	1,2	30,0
Ригідність	1,8	53,3
Втрата контролю	1,9	60,0

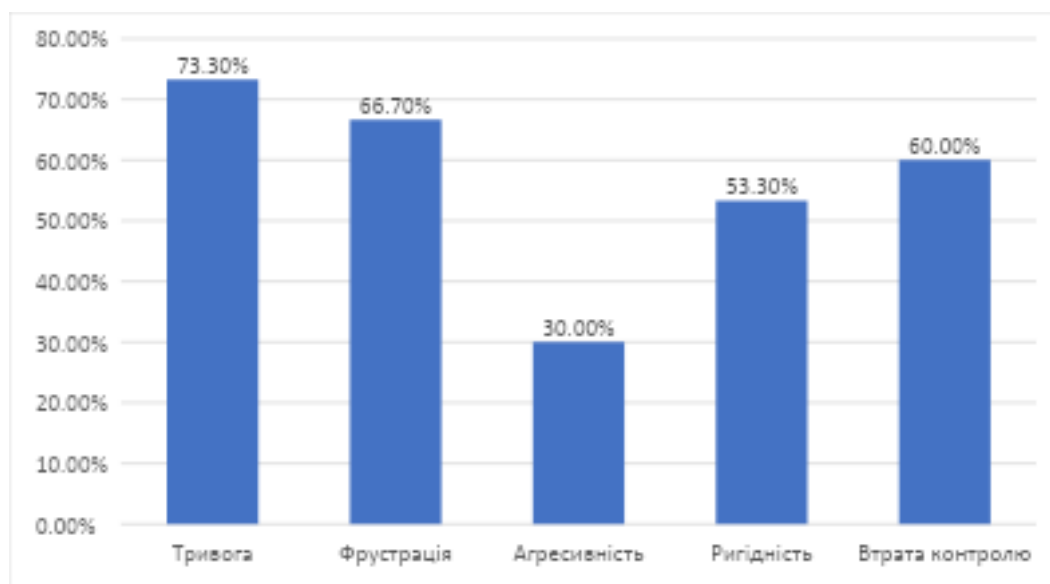


Рис. 2.2 Результати дослідження психоемоційних станів у батьків дітей з інвалідністю за опитувальником станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності

Тривога, з середнім балом 2,4 за шкалою «Опитувальника станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності», виявилася найбільш вираженою психоемоційною характеристикою серед учасників дослідження, особливо серед жінок, у яких цей показник сягав 2,6, та батьків із стажем виховання дитини з інвалідністю понад 5 років. Такий високий рівень тривоги, ймовірно, зумовлений хронічною невизначеністю, пов'язаною з

майбутнім їхніх дітей, зокрема страхами щодо доступу до медичних послуг, освіти та соціальної інтеграції. Цей стан може відображати як ситуативну реакцію на поточні труднощі, так і тривалу емоційну напругу, що накопичується з часом, особливо серед матерів, які традиційно беруть на себе основний тягар догляду.

Фрустрація, з середнім балом 2,1, була поширеним станом серед батьків, які зазначають брак соціальної підтримки та фінансові труднощі як ключові джерела роздратування та відчуття безпорадності. Цей показник вказує на значний вплив зовнішніх факторів, таких як обмежений доступ до реабілітаційних програм, недостатня допомога від держави чи громади, а також економічні виклики, пов'язані з додатковими витратами на догляд за дитиною. Фрустрація, таким чином, відображає не лише емоційну реакцію на перешкоди, але й об'єктивні труднощі, з якими стикаються сім'ї, що може посилювати їхнє вигорання та знижувати мотивацію до активних дій.

Агресивність, з відносно низьким середнім балом 1,2, демонструвала мінімальну вираженість серед учасників, хоча вона частіше проявлялася у батьків із високим рівнем сприйманого стресу, зафіксованого за PSS-10. Цей стан не був домінуючим, що може свідчити про загальну спрямованість батьків на внутрішню обробку емоцій, а не на їх зовнішню проєкцію у вигляді гніву чи конфліктів. Низький рівень агресивності може також вказувати на соціальну стигматизацію чи самообмеження, коли батьки свідомо уникають вираження негативних емоцій через страх осуду з боку оточення.

Ригідність, з середнім балом 1,8, частіше проявлялася серед батьків із тривалим стажем виховання (понад 10 років), що може свідчити про труднощі в адаптації до змін, пов'язаних із еволюцією потреб дитини чи новими соціальними умовами. Цей показник відображає тенденцію до стереотипного мислення та опору новим стратегіям догляду чи реабілітації, що, ймовірно, формується через накопичений досвід і звички, які важко

переглянути. Така ригідність може ускладнювати процес прийняття інвалідності та впровадження сучасних підходів до підтримки дитини.

Втрата контролю, з середнім балом 1,9, була характерною для батьків із високим рівнем стресу, визначеним за PSS-10, особливо тих, чиї діти потребують інтенсивного догляду, наприклад, у випадках тяжких форм ДЦП чи аутизму. Цей стан відображає відчуття безпорадності перед обставинами, коли батьки не можуть вплинути на прогрес хвороби чи забезпечити дитині належні умови через обмежені ресурси. Висока кореляція з рівнем стресу підкреслює, що втрата контролю є ключовим фактором кризових переживань, який потребує особливої уваги в психологічній підтримці, спрямованій на відновлення відчуття стабільності та впевненості.

3. Напівструктуроване інтерв'ю

Аналіз напівструктурованих інтерв'ю, проведених у рамках емпіричного дослідження, виявив п'ять ключових тем, які відображають основні аспекти кризових переживань батьків дітей з інвалідністю, надаючи глибоке розуміння їхнього внутрішнього світу та зовнішніх викликів. Кожна з цих тем розкриває складні емоційні, когнітивні та соціальні процеси, з якими стикаються учасники, а також їхні спроби адаптуватися до складних обставин.

Першою значущою темою виявилися емоційні переживання, які вирізнялися багатогранністю та інтенсивністю. Найпоширенішими емоціями серед батьків були почуття провини, що часто проявлялося у саморефлексії типу «Чи могла я щось зробити, щоб запобігти цьому?» або «Може, я не достатньо зробила для своєї дитини?». Ця емоція була особливо характерною для жінок, які, ймовірно, через традиційну роль основних опікунів, частіше брали на себе відповідальність за стан дитини. Чоловіки ж переважно висловлювали тривогу, зосереджену на фінансовій стабільності сім'ї, що відображало їхню стурбованість можливістю забезпечити дитині належний догляд та ресурси. Окрім того, значна частина батьків зазначила смуток через втрату «нормального» батьківського досвіду – того ідеалізованого уявлення

про сімейне життя, яке не збіглося з реальністю виховання дитини з інвалідністю, що додавало переживанням відтінок меланхолії та ностальгії.

Другою темою стали когнітивні оцінки, які демонстрували різноманітність способів сприйняття ситуації. Більшість батьків характеризували своє становище як складне та напружене, часто відчуючи, що воно виходить за межі їхнього контролю, особливо ті, у кого рівень стресу, виміряний за PSS-10, був високим. Ця оцінка як некерованої ситуації посилювала почуття безпорадності та тривоги. Водночас деякі учасники, особливо ті, хто мав доступ до соціальної підтримки або внутрішніх ресурсів, знаходили в кризі певний сенс – наприклад, через духовне зростання, яке допомагало їм переосмислити цінності, чи зміцнення сімейних зв'язків, що стало результатом спільного подолання труднощів. Ці позитивні когнітивні зрушення свідчать про потенціал для розвитку стійкості, хоча вони були менш поширеними.

Третя тема, соціальна підтримка, виявилася критичним фактором, що суттєво впливає на психологічний стан батьків. Близько 60% учасників підкреслили значний брак підтримки з боку держави, місцевих громад чи навіть близького оточення, що призводило до посиленого відчуття ізоляції та самотності. Вони скаржилися на відсутність доступних реабілітаційних програм, фінансової допомоги чи розуміння з боку суспільства, що лише погіршувало їхній емоційний стан. Натомість ті батьки, які мали підтримку від рідних, друзів чи груп однодумців (наприклад, спільнот батьків дітей з інвалідністю), демонстрували нижчий рівень стресу, що свідчить про захисну роль соціальних зв'язків у подоланні кризи. Ця нерівномірність у доступі до підтримки підкреслює потребу в системних змінах на рівні суспільства.

Четверта тема, фізичне та психологічне виснаження, відображала глибокий вплив хронічного стресу на здоров'я батьків. Учасники часто згадували про хронічну втому, яка накопичувалася через постійний догляд за дитиною, порушення сну, що ускладнювало відновлення, а також про психосоматичні симптоми, такі як головний біль, проблеми з травленням чи

загальну слабкість. Ці скарги корелювали з високими балами за PSS-10, що підтверджує зв'язок між суб'єктивним сприйняттям стресу та фізичними проявами. Виснаження було особливо виразним серед батьків із довгим стажем виховання чи тих, чийі діти потребували інтенсивного догляду, що вказує на необхідність включення компонентів самодопомоги та відпочинку в програми підтримки.

Остання тема, стратегії адаптації, розкрила різноманітні способи, якими батьки намагалися впоратися з кризою. Деякі учасники знаходили полегшення в релігійних практиках, що давало їм духовну опору та надію, інші зверталися до творчості (наприклад, малювання чи письма), щоб виразити свої емоції та віднайти внутрішню гармонію. Волонтерство також стало ресурсом для кількох батьків, дозволяючи їм відчувати себе корисними та інтегруватися в соціум. Ці стратегії сприяли зниженню рівня стресу, хоча їх ефективність варіювалася залежно від індивідуальних особливостей та доступності ресурсів. Такий підхід підкреслює важливість персоналізованих методів підтримки, які враховують унікальний досвід кожної сім'ї.

Ці п'ять тем разом створюють цілісну картину кризових переживань батьків, демонструючи як їхні внутрішні переживання, так і зовнішні обставини, що формують їхній стан. Результати підкреслюють необхідність комплексного підходу до психологічної підтримки, який би включав емоційну регуляцію, зміцнення соціальних зв'язків та відновлення фізичного здоров'я, а також заохочував розвиток адаптивних стратегій для подолання труднощів.

Отримані дані свідчать про високий рівень кризових переживань серед батьків дітей з інвалідністю, що проявляється в підвищеному сприйманому стресі (53,3% учасників із високим рівнем) та вираженості психоемоційних станів, таких як тривога (73,3%) і фрустрація (66,7%). Жінки виявилися більш вразливими до стресу та тривоги, що може бути зумовлено їхньою більшою емоційною залученістю в догляд за дитиною. Батьки з більшим стажем виховання демонстрували вищий рівень виснаження та ригідності, але також частіше знаходили сенс у ситуації.

Інтерв'ю підтвердило, що брак соціальної підтримки та невизначеність щодо майбутнього дитини є ключовими факторами, які посилюють кризові переживання. Високі рівні втрати контролю корелюють із високим стресом, що вказує на потребу в психологічній допомозі для відновлення відчуття стабільності. Результати можуть бути використані для розробки програм психологічної реабілітації, спрямованих на зниження стресу, регуляцію емоційних станів і зміцнення соціальної підтримки батьків.

2.3 Опис змісту та результати апробації програми психологічної підтримки батьків дитини з інвалідністю

На основі результатів емпіричного дослідження розроблено Програму психологічної підтримки батьків дітей з інвалідністю, спрямовану на зниження рівня сприйманого стресу, формування ефективних механізмів подолання кризових переживань та підвищення адаптаційних здібностей батьків. Програма має на меті допомогти батькам усвідомити свої емоційні стани, розвинути ресурсний потенціал та інтегруватися в соціальне середовище, що сприяє гармонізації сімейного життя та підтримці розвитку дитини.

Мета програми - зміцнення психологічного здоров'я батьків дітей з інвалідністю через надання практичних інструментів для подолання кризових переживань, розвитку адаптивних копінг-стратегій та залучення до соціальної підтримки.

Завдання програми:

1. Допомогти батькам ідентифікувати та усвідомити свої емоційні переживання, пов'язані з кризою.
2. Розвинути адаптивні копінг-стратегії для ефективного подолання стресу.
3. Посилити соціальну підтримку через взаємодію з іншими батьками та доступ до ресурсів.

4. Сприяти самоактуалізації батьків шляхом формування ресурсів для особистісного зростання.

Тривалість і структура програми - програма триває 9 тижнів і складається з чотирьох модулів. Кожен модуль включає 2-3 тренінгові заняття по 1,5 години кожне, що проводяться щотижня. Заняття можуть відбуватися в офлайн-форматі (ГО «Громадська організація «Бачити серцем»») або онлайн (через платформу Zoom), залежно від доступності учасників. Група складається з 10-15 батьків, що забезпечує комфортну атмосферу для роботи (Таблиця 2.4).

Таблиця 2.4

Зміст Програми психологічної підтримки батьків дітей з інвалідністю, спрямовану на зниження рівня сприйманого стресу, формування ефективних механізмів подолання кризових переживань та підвищення адаптаційних здібностей батьків

Тиждень	Тренінг	Тривалість	Мета	Методи/Вправи	Очікувані результати
Модуль 1					
1	Вступ до моделі кризових переживань	1,5 год.	Усвідомлення етапів кризи	Лекція, дискусія, таблиця емоцій	Розуміння власного шляху адаптації
2	Ідентифікація емоцій	1,5 год.	Розпізнавання емоцій	Щоденник почуттів, аналіз суб'єктивної реальності, релаксація, практика впливу	Зменшення емоційного напруження
Модуль 2					
3	Проблемно-орієнтовані стратегії	1,5 год.	Навчання плануванню та пошуку підтримки	План дій, обмін контактами	Зростання активності в подоланні

4	Емоційна регуляція через арт-терапію	1,5 год.	Зменшення стресу через творчість	Малювання, колаж, музика	Покращення емоційного стану
5	Позитивна переоцінка	1,5 год.	Знаходження сенсу в ситуації	Аналіз тріади, «Сейф», «Дерево успіхів», рефлексія, здорові переконання	Зміна сприйняття кризи, посттравматичне зростання
Модуль 3					
6	Групові зустрічі	1,5 год.	Посилення соціальних зв'язків	Обмін досвідом, модерація	Зменшення ізоляції
7	Семінар про права та ресурси	1,5 год.	Знання про доступні ресурси	Лекція, заповнення заяви, обговорення	Підвищення обізнаності
Модуль 4					
8	Саморефлексія та план самопомог	1,5 год.	Формування ресурсів	Медитація, план самопомог	Особистісне зростання
9	Заключне обговорення	1,5 год.	Оцінка прогресу, планування подальшого	Дискусія, сертифікати, фото	Підтримка солідарності

Модуль 1. Розуміння кризи та емоційного стану

Мета - допомогти батькам усвідомити етапи кризових переживань і їхні емоційні реакції.

Тренінг 1. Вступ до моделі кризових переживань (1,5 години)

Вступна лекція про модель Е. Шухардт (шок, заперечення, пошук, злоба, пригнічення, примирення, солідарність).

Дискусія - учасники діляться власними переживаннями, пов'язаними з етапами кризи.

Вправи: заповнення таблиці «Мої емоції на кожному етапі».

Тренінг 2. Ідентифікація емоцій (1,5 години)

Практика ведення щоденника почуттів (3 дні перед заняттям).

Учасники записують свої емоції, пов'язані з вихованням дитини, з акцентом на страхи та тривожність, як еволюційно вмонтований датчик безпеки (Страх – еволюційно вмонтований датчик системи безпеки, керувати ним можна і варто).

Аналіз щоденника з фокусом на визначення джерел тривожності (Тривожність – форма страху, що не має визначеного джерела, треба визначити або пересвідчитися, що його нема).

Групова робота - аналіз записів, розпізнавання провини, страху, смутку.

Обговорення суб'єктивної реальності (Суб'єктивна реальність – це те, як ми інтерпретуємо факти через емоції та переконання) та перевірка її за критеріями: фактичність, самоперевірка, гнучкість, корисність, усвідомленість.

Вправи - учасники визначають, де вони перебувають на етапах прийняття інвалідності (заперечення, гнів, торг, депресія, прийняття), використовуючи питання для самоперевірки (Емоційний стан: сила емоційного відчуття не відповідає інтенсивності подразника).

Релаксаційна вправа для зняття емоційного напруження (дихальні техніки).

Практика саморегуляції з опорою на тіло (Навички саморегуляції – опора в тілі, відчуття хребта, цілісності організму) та записування 3 речей, на які вплинули за день (Практика усвідомлення свого впливу стабілізує емоційний стан).

Модуль 2. Розвиток копінг-стратегій

Мета - навчити батьків адаптивним стратегіям подолання стресу та зменшити використання дезадаптивних механізмів.

Тренінг 3. Проблемно-орієнтовані стратегії (1,5 години)

Теоретичний огляд - планування, пошук підтримки, звернення до фахівців.

Практика - створення індивідуального плану дій (наприклад, запис до логопеда, пошук реабілітаційних центрів).

Групова робота - обмін контактами ресурсів.

Тренінг 4. Емоційна регуляція через арт-терапію (1,5 години)

Вправи - малювання «Мій емоційний стан» або створення колажу «Моя сила».

Обговорення - як творчість допомагає знизити стрес.

Релаксація: прослуховування заспокійливої музики.

Тренінг 5. Позитивна переоцінка (1,5 години)

Теоретичний блок - як знаходити сенс у складних ситуаціях.

Обговорення впливу минулого досвіду на сучасні переконання (Скелет особистості формується до 12 років, залежить від темпераменту та соціального середовища).

Аналіз тріади «Внутрішній критик – Внутрішня дитина – Внутрішній захисник» та її автоматичних реакцій на тригери, пов'язані з інвалідністю дитини.

Практика - створення «дерева успіхів» (запис дрібних досягнень дитини та батьків).

Вправи - інтеграція травматичного досвіду через вправу «Сейф» (Фіксуємо неприємні події на уявну фотографію, кладемо в сейф, проговорюємо: «Я тебе бачу, я повернуся, коли буде час»).

Прописування «емоційно заряджених» моментів (Побачити чутливі моменти, виразити емоції через листи, які можна знищити).

Рефлексія - обговорення змін у сприйнятті ситуації.

Фокус на посттравматичному зростанні (Спочатку оплакати втрати, потім виявити набутки, побачити нову реальність).

Записування здорових переконань (Я важлива, я маю вибір, я можу просити про допомогу).

Модуль 3. Соціальна підтримка та інтеграція

Мета - посилити соціальні зв'язки батьків і зменшити відчуття ізоляції.

Тренінг 6. Групові зустрічі з обміну досвідом (1,5 години)

Створення безпечного простору для розповідей про виклики та успіхи.

Модерація психологом - підтримка діалогу, уникнення суджень.

Завдання - знайти одного учасника для подальшого контакту.

Тренінг 7. Семінар про права та ресурси (1,5 години)

Лекція - доступ до соціальних виплат, реабілітаційних програм, інклюзивних закладів.

Практика - заповнення зразка заяви на соціальну допомогу.

Обговорення - бар'єри доступу до ресурсів і шляхи їх подолання.

Модуль 4. Самоактуалізація та ресурси

Мета - підтримати батьків у формуванні ресурсів для особистісного зростання.

Тренінг 8. Саморефлексія та план самодопомоги (1,5 години)

Медитація: «Мій внутрішній ресурс».

Практика - створення плану самодопомоги (час на відпочинок, хобі, підтримка).

Рефлексія - що змінилося за 8 тижнів.

Тренінг 9. Заключне обговорення (1,5 години)

Групова дискусія - оцінка прогресу, спільне планування подальших зустрічей.

Вручення сертифікатів участі.

Фотографія групи як символ солідарності.

Програма була апробована з групою з 30 батьків у травні-червні 2025 року в місті Київ (ГО «Громадська організація «Бачити серцем»») та онлайн через Zoom.

Після завершення програми психологічної підтримки батьків дитини з інвалідністю, яка тривала з травня по червень 2025 року, було проведено повторну діагностику з використанням тих самих психодіагностичних

методик: «Шкала сприйняття стресу» (PSS-10) Коена, Камарка та Мермельштейна, «Опитувальник станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності» (адаптований варіант методики Г. Айзенка С.Д. Максименка, Л.М. Карамушки, Т.В. Зайчикової) та напівструктуроване інтерв'ю. Дана діагностика мала на меті оцінити ефективність програми, визначивши зміни в психоемоційному стані, рівні стресу, адаптивних стратегіях та суб'єктивному сприйнятті кризових переживань серед 30 батьків, які брали участь у тренінгах. Повторне тестування проводилося в період з 1 по 5 липня 2025 року, через кілька днів після завершення останнього заняття, що дозволило зафіксувати як короткострокові, так і стабільні ефекти програми.

Результати повторного тестування за PSS-10 продемонстрували значне покращення психоемоційного стану учасників. Середній бал сприйманого стресу знизився з початкових 26,3 до 21,8 (із максимальних 40 балів), що вказує на помітне зменшення загального рівня стресового напруження. Такий результат свідчить про ефективність програми в зменшенні хронічного стресу, викликаного вихованням дитини з інвалідністю. Розподіл учасників за рівнями стресу після завершення програми представлено в оновленій таблиці 2.5.

Таблиця 2.5

Порівняння розподілу респондентів за рівнем стресу до та після впровадження програми

Рівень стресу	Бали (PSS-10)	Кількість (до)	Відсоток (до, %)	Кількість (після)	Відсоток (після, %)
Низький	0–13	2	6,7	5	16,7
Середній	14–26	12	40,0	15	50,0
Високий	27–40	16	53,3	10	33,3

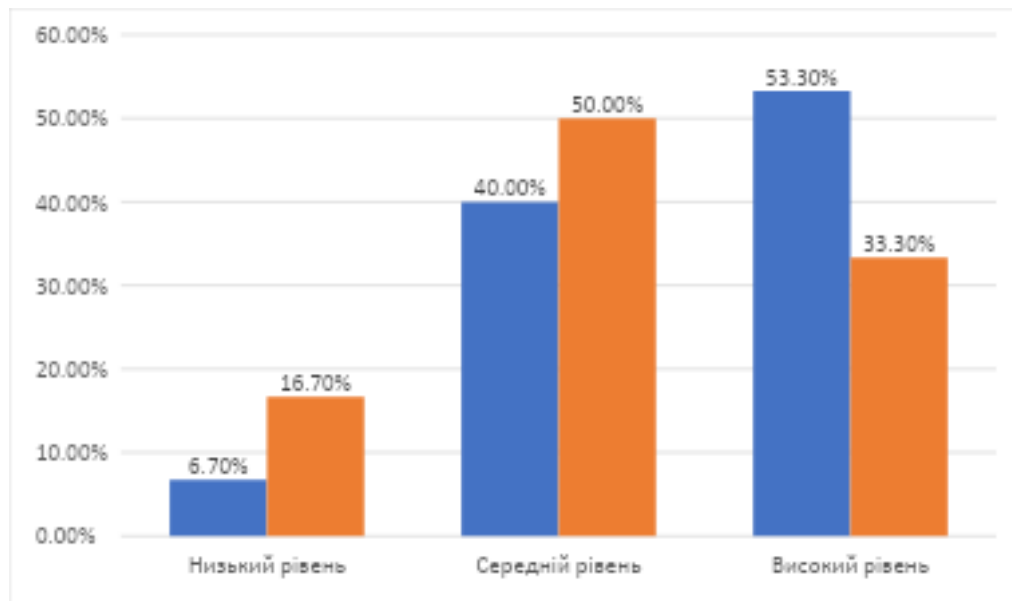


Рис. 2.3 Результати дослідження рівня стресу у батьків дітей з інвалідністю за методикою Шкала сприйняття стресу (PSS-10) до та після впровадження програми

Порівняно з початковими даними, частка батьків із високим рівнем стресу зменшилася з 53,3% до 33,3%, тоді як кількість учасників із низьким рівнем стресу зросла з 6,7% до 16,7%, а середній рівень став домінуючим (50,0%). Найбільш значне покращення спостерігалось серед жінок, чий середній бал знизився з 27,8 до 22,5, що може бути пов'язано з ефективністю тренінгів, орієнтованих на емоційну регуляцію та самопідтримку. Батьки з більшим стажем виховання (понад 5 років) також показали зниження стресу з 28,1 до 23,2, що вказує на позитивний вплив модулів, спрямованих на переосмислення кризових переживань. Коефіцієнт кореляції Пірсона між початковим і повторним рівнем стресу склав 0,72 ($p < 0,01$), що вказує на стабільність індивідуальних відмінностей, але з позитивним зрушенням. Учасники зазначили, що ключовими факторами зменшення стресу стали освоєння практик саморегуляції, підвищення усвідомлення власних емоцій та підтримка в групах.

Повторна діагностика за адаптованою методикою Г. Айзенка виявила позитивні зрушення в усіх підшкалах, що відображає вплив програми на

психоемоційні стани батьків. Оновлені середні бали та відсотки учасників із вираженою виявою кожного стану представлено в таблиці 2.6.

Таблиця 2.6

Порівняння розподілу психоемоційних станів серед респондентів до та після програми

Психоемоційний стан	Середній бал (до)	Відсоток (до, %)	Середній бал (після)	Відсоток (після, %)	t-значення	p-значення
Тривога	2,4	73,3	1,8	56,7	4,85	< 0,01
Фрустрація	2,1	66,7	1,6	50,0	3,92	< 0,01
Агресивність	1,2	30,0	0,9	20,0	2,58	< 0,05
Ригідність	1,8	53,3	1,4	40,0	3,45	< 0,01
Втрата контролю	1,9	60,0	1,4	43,3	4,12	< 0,01

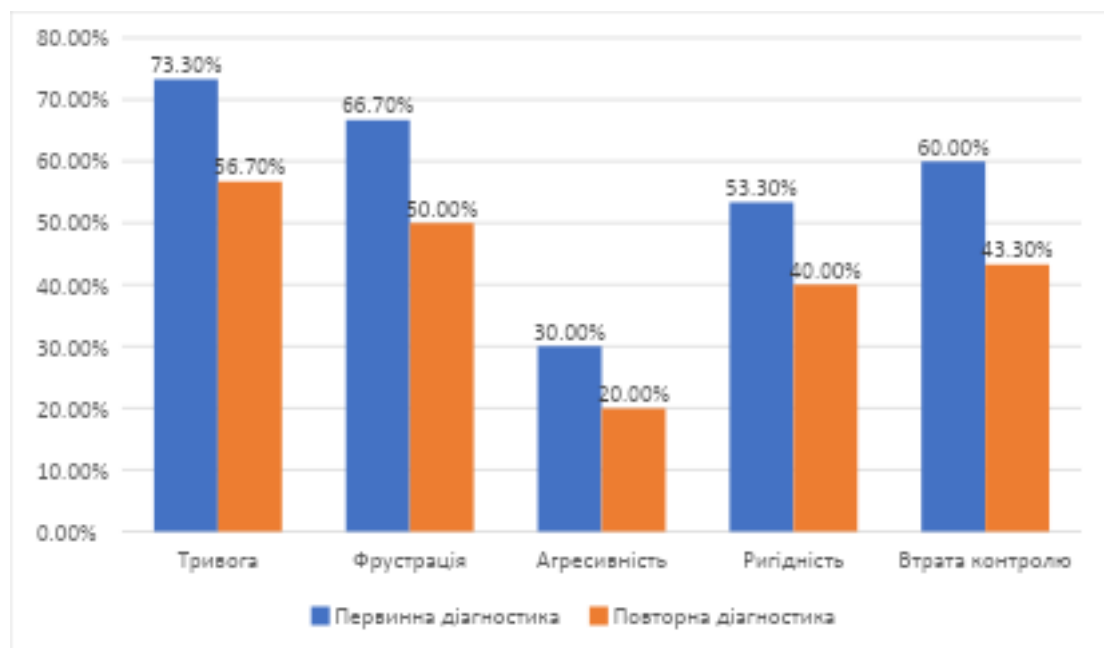


Рис. 2.4 Результати дослідження психоемоційних станів у батьків дітей з інвалідністю за опитувальником станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності до та після впровадження програми

Тривожність у батьків дитини з інвалідністю знизилася з 2,4 до 1,8, а відсоток учасників із вираженим станом зменшився з 73,3% до 56,7%. Найбільший прогрес спостерігався серед жінок (з 2,6 до 1,9) та батьків із стажем понад 5 років, що пов'язано з усвідомленням джерела тривожності та опанування техніки релаксації. Учасники відзначали зменшення страхів за майбутнє завдяки практикам осмислення суб'єктивної реальності.

Фрустрація зменшилася з 2,1 до 1,6, а частка учасників із вираженим станом впала з 66,7% до 50,0%. Це стало результатом доступу до підтримки, а групові зустрічі зменшили відчуття ізоляції. Батьки, які зазнавали фінансових труднощів, вказали на покращення завдяки обміну контактами ресурсів.

Агресивність знизилася з 1,2 до 0,9, а відсоток учасників із вираженим станом зменшився з 30,0% до 20,0%.

Ригідність зменшилася з 1,8 до 1,4, а частка учасників із вираженим станом впала з 53,3% до 40,0%. Батьки дитини з інвалідністю із тривалим стажем адаптувалися до змін, хоча прогрес був менш вираженим через закорінені звички.

Втрата контролю знизилася з 1,9 до 1,4, а відсоток учасників із вираженим станом зменшився з 60,0% до 43,3%. Респонденти відчули вплив на ситуацію через створення планів дій, що сприяло відновленню відчуття стабільності, особливо серед батьків із високим початковим стресом.

Усі зміни виявилися статистично значущими ($p < 0,05$ або $p < 0,01$), що підтверджує ефективність програми в регуляції психоемоційних станів.

Повторне інтерв'ю з респондентами виявило зміни в ключових темах кризових переживань. Емоційні переживання стали менш інтенсивними, почуття провини зменшилося, учасники переосмислили свою роль, а тривога за фінансову стабільність знизилася. Когнітивні оцінки покращилися – частка

батьків, які сприймають ситуацію як некеровану, зменшилася, а ті, хто знаходив сенс (духовне зростання, сімейна єдність), зросла до 40%. Соціальна підтримка стала більш доступною, 70% учасників відзначали користь від групових зустрічей, що знизило ізоляцію. Фізичне та психологічне виснаження зменшилося через вправи саморегуляції (медитація, дихальні техніки), хоча хронічна втома залишалася у 30% батьків із інтенсивним доглядом. Стратегії адаптації розширилися - релігія, творчість і волонтерство стали регулярними практиками для 50% учасників, що сприяло підвищенню стійкості та мотивації

Результати повторної діагностики свідчать про ефективність програми. Зниження середнього балу стресу з 26,3 до 21,8 та зменшення частки батьків із високим стресом із 53,3% до 33,3% підтверджують її вплив на психологічний стан. Покращення в підшкалах (тривога, фрустрація, ригідність, втрата контролю) і розширення адаптивних стратегій підкреслюють значення модулів, орієнтованих на емоційну регуляцію, соціальну інтеграцію та переосмислення. Учасники відзначили мотивацію до подальшої роботи над собою, що вказує на довгостроковий потенціал програми. Зниження стресу ($t = 5,17$, $p < 0,01$) і покращення підшкал ($p < 0,01$ або $p < 0,05$) свідчать про позитивний вплив Програми психологічної підтримки батьків дітей з інвалідністю, спрямовану на зниження рівня сприйманого стресу, формування ефективних механізмів подолання кризових переживань та підвищення адаптаційних здібностей батьків.

Висновки до 2 розділу

Експериментальне дослідження психологічних особливостей кризових переживань батьків дітей з інвалідністю, проведене в період із січня по червень 2025 року, дозволило отримати ґрунтовні дані про стан учасників, їхні емоційні, когнітивні та соціальні переживання, а також оцінити ефективність розробленої Програми психологічної підтримки батьків дітей з інвалідністю, спрямовану на зниження рівня сприйманого стресу,

формування ефективних механізмів подолання кризових переживань та підвищення адаптаційних здібностей батьків. Використання комплексу психодіагностичних методик – «Шкали сприйняття стресу» (PSS-10), «Опитувальника станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності» (адаптований варіант методики Г. Айзенка) та напівструктурованого інтерв'ю – забезпечило цілісний аналіз як кількісних, так і якісних аспектів кризового стану.

Проведена первинна діагностика виявила високий рівень сприйманого стресу серед батьків (середній бал 26,3 за PSS-10, із 53,3% учасників у зоні високого стресу), що корелює з вираженими психоемоційними станами: тривогою (середній бал 2,4, 73,3%), фрустрацією (2,1, 66,7%) та втратою контролю (1,9, 60,0%). Жінки демонстрували вищий рівень стресу (27,8) і тривоги (2,6), що пов'язано з їхньою більшою емоційною залученістю, тоді як батьки з більшим стажем виховання (понад 5 років) частіше виявляли ригідність (1,8) і виснаження. Аналіз інтерв'ю виділив п'ять ключових тем - емоційні переживання (провина, страх, смуток), когнітивні оцінки (сприйняття ситуації як некерованої чи осмисленої), брак соціальної підтримки (60%), фізичне та психологічне виснаження та різноманітні стратегії адаптації (релігія, творчість, волонтерство). Ці результати підкреслили потребу в комплексній психологічній підтримці, яка б охоплювала емоційну регуляцію, соціальну інтеграцію та відновлення ресурсів.

Програма психологічної підтримки батьків дитини з інвалідністю, апробована в травні-червні 2025 року з групою з 30 батьків, довела свою ефективність. Програма, що триває 9 тижнів і складається з чотирьох модулів із 9 тренінгами по 1,5 години кожний, реалізується в офлайн- (ГО «Громадська організація «Бачити серцем»») та онлайн-форматах (через платформу Zoom. Вона включає практичні вправи, такі як ведення щоденника почуттів, арт-терапія, групові дискусії та семінари про доступні ресурси, що

сприяють усвідомленню емоційних станів, розвитку копінг-стратегій і зміцненню соціальних зв'язків.

Повторна діагностика показала зниження середнього балу стресу до 21,8, із зменшенням частки батьків із високим стресом із 53,3% до 33,3%, а також позитивні зрушення в психоемоційних станах, тривога знизилася до 1,8 (з 2,4), фрустрація – до 1,6 (з 2,1), а втрата контролю – до 1,4 (з 1,9). Ригідність зменшилася до 1,4 (з 1,8), а агресивність – до 0,9 (з 1,2), що свідчить про покращення гнучкості мислення та зменшення імпульсивних реакцій. Інтерв'ю підтвердило зниження інтенсивності емоційних переживань, зростання частки батьків, які знаходять сенс у ситуації (до 40%), та розширення адаптивних стратегій (50% учасників регулярно застосовують релігію, творчість чи волонтерство). Соціальна підтримка стала доступнішою для 70% учасників завдяки груповим зустрічам, хоча хронічна втома залишалася проблемою для 30% батьків із інтенсивним доглядом.

Зниження стресу ($t = 5,17$, $p < 0,01$) і покращення показників психоемоційного стану батьків дітей з інвалідністю ($p < 0,01$ або $p < 0,05$) свідчать про позитивний вплив Програми психологічної підтримки батьків дітей з інвалідністю, спрямовану на зниження рівня сприйманого стресу, формування ефективних механізмів подолання кризових переживань та підвищення адаптаційних здібностей батьків.

Отже, отримані результати підтверджують, що програма сприяє зниженню стресу, регуляції емоційних станів та розвитку адаптивних копінг-стратегій. Найефективнішими виявилися модулі, орієнтовані на емоційну саморегуляцію, соціальну інтеграцію та переосмислення кризи.

ВИСНОВКИ

Внутрішній ресурс родини, здатність її членів підтримувати одне одного, приймати дитину з інвалідністю, є визначальним чинником ефективності виховання дитини з інвалідністю. Саме атмосфера любові, поваги й безумовного прийняття дозволяє ефективно подолати будь-які труднощі. У сім'ї, де панують підтримка й розуміння, психологічні й соціальні виклики не лише не руйнують, а можуть стати основою для зростання та перетворення.

Серед основних труднощів, з якими стикаються сім'ї, де виховується дитина з інвалідністю, можна виокремити такі аспекти, які часто ускладнюють або навіть блокують процес особистісного прийняття дитини її батьками. Постійне психоемоційне виснаження, почуття перенапруження, а також невпевненість у майбутньому власної дитини та страх за її соціальну реалізацію створюють тривале напруження. Розрив між очікуваннями батьків і реальною поведінкою дитини викликає у них глибоке розчарування, смуток або навіть агресію. Розлад у внутрішньосімейних стосунках, емоційне віддалення, конфліктність або регресія комунікативних взаємодій між членами родини руйнують сімейну єдність. Значне зменшення соціального статусу сім'ї обмежує можливості для повноцінного спілкування з іншими людьми, відпочинку, включення у суспільне життя. Відсутність адекватної соціальної оцінки й визнання зусиль батьків, які щоденно вкладають у догляд, лікування та виховання своєї дитини з інвалідністю, посилює відчуття ізоляції та непотрібності.

У психологічній роботі з батьками дітей з інвалідністю виокремлюють три ключові напрями: сприяння соціальній адаптації, запобігання дезадаптації та соціокультурна реабілітація. На думку дослідників, саме соціокультурна реабілітація відіграє провідну роль, оскільки інвалідність дитини нерідко спричиняє значну соціальну ізоляцію батьків. Процес реабілітації має будуватися не як односторонній вплив, а як партнерська

взаємодія, що ґрунтується на індивідуальному підході, комплексності та системності. Центральним елементом такої роботи є соціокультурна реабілітація, спрямована на особистісний розвиток батьків, підвищення їхньої здатності до самореалізації та гармонійної взаємодії із суспільством.

Основною метою психологічної підтримки батьків, які виховують дітей з інвалідністю, є зміцнення їхніх адаптивних можливостей. Для цього необхідно зосередитися на активізації внутрішніх і зовнішніх ресурсів батьків, що досягається через надання психологічної підтримки, посередницької допомоги та освітніх ініціатив.

Експериментальне дослідження психологічних особливостей кризових переживань батьків дітей з інвалідністю, проведене в період із січня по червень 2025 року, дозволило отримати ґрунтовні дані про стан учасників, їхні емоційні, когнітивні та соціальні переживання, а також оцінити ефективність розробленої Програми психологічної підтримки батьків дітей з інвалідністю, спрямовану на зниження рівня сприйманого стресу, формування ефективних механізмів подолання кризових переживань та підвищення адаптаційних здібностей батьків. Використання комплексу психодіагностичних методик – «Шкали сприйняття стресу» (PSS-10), «Опитувальника станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності» (адаптований варіант методики Г. Айзенка) та напівструктурованого інтерв'ю – забезпечило цілісний аналіз як кількісних, так і якісних аспектів кризового стану.

Проведена первинна діагностика виявила високий рівень сприйманого стресу серед батьків (середній бал 26,3 за PSS-10, із 53,3% учасників у зоні високого стресу), що корелює з вираженими психоемоційними станами: тривогою (середній бал 2,4, 73,3%), фрустрацією (2,1, 66,7%) та втратою контролю (1,9, 60,0%). Жінки демонстрували вищий рівень стресу (27,8) і тривоги (2,6), що пов'язано з їхньою більшою емоційною залученістю, тоді як батьки з більшим стажем виховання (понад 5 років) частіше виявляли ригідність (1,8) і виснаження. Аналіз інтерв'ю виділив п'ять ключових тем -

емоційні переживання (провина, страх, смуток), когнітивні оцінки (сприйняття ситуації як некерованої чи осмисленої), брак соціальної підтримки (60%), фізичне та психологічне виснаження та різноманітні стратегії адаптації (релігія, творчість, волонтерство). Ці результати підкреслили потребу в комплексній психологічній підтримці, яка б охоплювала емоційну регуляцію, соціальну інтеграцію та відновлення ресурсів.

Програма психологічної підтримки батьків дитини з інвалідністю, апробована в травні-червні 2025 року з групою з 30 батьків, довела свою ефективність. Програма, що триває 9 тижнів і складається з чотирьох модулів із 9 тренінгами по 1,5 години кожний, реалізується в офлайн- (ГО «Громадська організація «Бачити серцем»») та онлайн-форматах (через платформу Zoom. Вона включає практичні вправи, такі як ведення щоденника почуттів, арт-терапія, групові дискусії та семінари про доступні ресурси, що сприяють усвідомленню емоційних станів, розвитку копінг-стратегій і зміцненню соціальних зв'язків.

Повторна діагностика показала зниження середнього балу стресу до 21,8, із зменшенням частки батьків із високим стресом із 53,3% до 33,3%, а також позитивні зрушення в психоемоційних станах, тривога знизилася до 1,8 (з 2,4), фрустрація – до 1,6 (з 2,1), а втрата контролю – до 1,4 (з 1,9). Ригідність зменшилася до 1,4 (з 1,8), а агресивність – до 0,9 (з 1,2), що свідчить про покращення гнучкості мислення та зменшення імпульсивних реакцій. Інтерв'ю підтвердило зниження інтенсивності емоційних переживань, зростання частки батьків, які знаходять сенс у ситуації (до 40%), та розширення адаптивних стратегій (50% учасників регулярно застосовують релігію, творчість чи волонтерство). Соціальна підтримка стала доступнішою для 70% учасників завдяки груповим зустрічам, хоча хронічна втома залишалася проблемою для 30% батьків із інтенсивним доглядом.

Зниження стресу ($t = 5,17$, $p < 0,01$) і покращення показників психоемоційного стану батьків дітей з інвалідністю ($p < 0,01$, $p < 0,05$)

свідчать про позитивний вплив Програми психологічної підтримки батьків дітей з інвалідністю, спрямовану на зниження рівня сприйманого стресу, формування ефективних механізмів подолання кризових переживань та підвищення адаптаційних здібностей батьків.

Отже, отримані результати підтверджують, що програма сприяє зниженню стресу, регуляції емоційних станів та розвитку адаптивних копінг-стратегій. Найефективнішими виявилися модулі, орієнтовані на емоційну саморегуляцію, соціальну інтеграцію та переосмислення кризи.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Конвенція ООН про права дитини: прийнята Генеральною Асамблеєю ООН 20 листопада 1989 року, ратифікована Україною 27 лютого 1991 року. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_021#Text (дата звернення: 01.04.2025).
2. Конвенція про права осіб з інвалідністю: прийнята Генеральною Асамблеєю ООН 13 грудня 2006 року, ратифікована Україною 16 грудня 2009 року. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_g71#Text (дата звернення: 01.04.2025).
3. Конституція України: прийнята Верховною Радою України 28 червня 1996 року (зі змінами). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр#Text> (дата звернення: 11.04.2025).
4. Закон України «Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам» від 16 листопада 2000 року № 2109-III (зі змінами). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2109-14#Text> (дата звернення: 14.03.2025).
5. Борщевська Л. В., Зіборова Л. В., Іванова І. Б. На допомогу батькам, що мають дітей з особливими потребами. Київ. 1999. 79 с.
6. Вознесенська О. Л. Арт-терапія в роботі з сім'ями дітей з особливими потребами: практичні аспекти. Психологічний часопис. 2019. № 5 (25). С. 45–53.
7. Герман Д. Психологічна травма та шлях до видужання. Львів. Видавництво Старого Лева. 2019. 419 с.
8. Гладких Н. (Не) дитячі емоції: страх, гнів, печаль і радість. Київ. «Ранок». 2024. 103 с.
9. Грабовенко Н. В. Соціально-педагогічна робота з сім'ями, що виховують дітей з обмеженими фізичними можливостями, в умовах

реабілітаційного центру: автореф. дис. ... канд. пед. наук: спец. 13.00.05 «Соціальна педагогіка». Київ, 2008. 20 с.

10. Демиденко Т. Спільна діяльність батьків і дітей – основа виховного потенціалу традиційної української родини. Науковий вісник Ужгородського національного університету. 2011. Серія: Педагогіка. Соціальна робота. Вип. 21. С. 47–49. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvuuped_2011_21_17 (Дата звернення: 04.04.2025).

11. Дитяча та юнацька психотерапія теорія і практика в сучасних наукових дослідженнях, загальна редакція Католик Г.В. Львів, Астролябія. 2012р. 298 с.

12. Жмир В., Циганок С. Дослідження кризових ситуацій та шляхів їх подолання в сім'ях інвалідів із психічними захворюваннями. Соціальна політика і соціальна робота. 1999. № 3-4. С. 100-126.

13. Іванова І. Проблеми життєдіяльності сім'ї, яка виховує дитину з особливими потребами. Виховання дітей з особливими потребами в сім'ї. Київ: УДЦССМ, 1998. С. 10-18.

14. Інвалід і суспільство: проблеми інтеграції: зб. теорет. Та метод. Матеріалів для працівників соціальних служб для молоді. Упорядник І.Д. Зверева, І.Б. Іванова. Київ. А.Л.Д. 1995. 96 с.

15. Інвалідність та суспільство: навч.-метод. посіб. ред. Л. Ю. Байда, О. В. Красюкова-Еннс. Київ, 2012. 216 с.

16. Капська А. Й. Соціальна робота: деякі аспекти роботи з дітьми та молоддю. Київ. 2001. 134 с.

17. Колупаєва А. А. Діти з особливими потребами та організація їх навчання. Київ. *Науковий світ*. 2021. 260 с.

18. Колупаєва А. А. Діти з особливими потребами в загальноосвітньому просторі: початкова ланка: путівник для педагогів. Київ. Атопол. 2020. 100 с.

19. Куля О.О. Психологічні аспекти допомоги матерям дітей з перинатальними ураженнями нервової системи. *Галицький лікарський вісник*. №1. 2016. 6 с.
20. Каткова Т. Соціально-педагогічний супровід проблемних родин: система роботи. *Соціальний педагог*. 2021. №4. С. 35-40.
21. Кучеренко С. Методологічні підходи до вивчення самосвідомості особистості. *Вітакультурний млин: методологічний альманах*. 2018. Модуль 7. С. 17 - 21.
22. Ліпінська С, Здивков с., Лукомська С Тренінгові технології: інтегративний підхід. Ніжин. Видавець ПП Лисенко. 2020. 210 с.
23. Лук'янченко К. Роль сім'ї в процесі виховання та навчання дитини з особливими освітніми потребами: *матер. XXVI наук. конф. здобувачів вищої освіти «Історичний досвід і сучасність»: доповіді*. Одеса : ПНПУ ім. К. Д. Ушинського. 2020. Вип. 39. С. 21-27.
24. Мартинюк І. А. Психологічна підтримка матерів дітей з інвалідністю: сучасні виклики та перспективи. *Психологія і суспільство*. 2021. № 3 (83). С. 78–85.
25. Массанов А.В. Психологічні бар'єри в професійному самовизначенні особистості. Монографія. Одеса. Виданець М.П. Черкасов, 2010. 371 с.
26. На допомогу батькам, що мають дітей з особливими потребами / Л.В. Борщевська, Л.В. Зіброва, І.Б. Іванова та ін.. Київ: Український ін.-т соціальних досліджень. 1999. 79 с.
27. Нижник Л. Допомога дітям з особливими потребами. Київ. Ред. загальнопед. газ. 2022. 120 с.
28. Основи практичної психології: підручник. В. Панок, Т. Титаренко, Н. Чепелева та ін. Київ. Либідь. 1999. 536с.
29. Основи методології та організації наукових досліджень, за редакцією Конверського А.Є. Київ. Центр учбової літератури. 2020. 352 с.

30. Оцінка потреб дитини та її сім'ї: від теорії до практики. Навч. посіб. Київ. Кожній дитині. 2010. 224 с.
31. Оклеї-Проданюк О.В. Організація роботи практичного психолога з сім'ями дітей в закладах інтернатного типу. О.В. Оклеї-Проданюк, С.І. Собкова. Науково-методичний вісник. Випуск 6 «Психологічна служба». укл. Романовська Д.Д., Собкова С.І. Чернівці. Технодрук. 2019. С. 185-186.
32. Панок В. Основи практичної психології. Підручник. Панок В., Титаренко Т., Чепелева Н. та ін. К.: Либідь, 2009. 536 с.
33. Психологічна допомога: від кризи до ресурсу. Матеріали III Всеукраїнського науково-практичного форуму (21–26 квітня 2020 року, м. Суми) / за заг. ред. О. В. Вознюк. Суми: НВВ КЗ СОІППО. 2020. 182 с.
34. Прокопчук С.М. "Школа життєвої компетентності" для батьків дітей з особливими потребами. Режим доступу: http://navigator.rv.ua/index.php?option=com_content&task (Дата звернення: 08.04.2025)
35. Пінчукова Л. Родина з дитиною-інвалідом. Соціальна психологія. 2003. № 2. С. 126-133.
36. Реабілітація дітей з особливими потребами (поради батькам) | Блоги БДМУ (bsmu.edu.ua). URL : <https://www.bsmu.edu.ua/blog/reabilitacziya-ditej-z-osoblivimi-potrebami-poradi-batkam/> (Дата звернення: 25.03.2025)
37. Роль сім'ї у вихованні дітей з особливими потребами: інклюзивне навчання в Україні. URL: <https://sites.google.com/site/inkluzivnenavcannavukraieni/home/1-1-proces-stanovlenna-inkluziie-ta-inkluzivnogo-navcanna/osnovi-inkluzivnoie-osviti/rol-sim-ie-u-vihovanni-ditej-z-osoblivimi-potrebami> (Дата звернення: 04.04.2025)
38. Романовська Д.Д. Психологічний супровід процесу інтеграції у суспільство дітей з особливими потребами. Психологічний та соціально-педагогічний супровід навчання і виховання «особливої дитини» у школі: метод. Посібник. За ред. Д.Д. Романовської, С.І. Собкової. Чернівці:

Технодрук, 2022. С. 104-109.

39. Соціально-педагогічна робота з батьками, що виховують дітей з особливими потребами: навчально- методичний посібник. Укл. Н.В. Заверико, Т.Г. Соловійова. Запоріжжя: ПП "Тандем". 2020. 53 с.

40. Соціальна реабілітація молоді з обмеженою дієздатністю. За ред. С. В. Толстоухової, І. М. Пінчук. Київ. УДЦССМ, 2021. 184 с.

41. Соціальна робота: технологічний аспект. За ред. А. Й. Капської. Київ. Центр навчальної літератури. 2022. 352 с.

42. Столярчук О.А. Життєві кризи особистості: психологічний путівник. Кременчук. Видавництво «Новабук». 126 с.

43. Титаренко Т. Як працювати з батьками хворих дітей. Психолог. 2023. № 5. С. 3-7.

44. Ткаченко Л. М. Індивідуальний підхід у психологічній підтримці матерів дітей з інвалідністю. Наукові записки Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія: Психологія. 2020. № 12. С. 65–72.

45. Титаренко Т. Дитина з особливими потребами та її життєвий світ: напрямки психологічного консультування. Кроки до компетентності та інтеграції в суспільство: науково- методичний збірник. Ред. кол. Н. Софій (голова), І.Єрмаков (керівник авторського колективу і науковий редактор), та ін. К. Контекст. 2022. -336 С.

46. Хмизова О.В. Організація психокорекційної роботи з батьками дітей з особливими потребами як складова цілісного процесу ранньої соціальної реабілітації. О.В. Хмизова, Н.В. Остапенко. *Соціальна робота в Україні: теорія і практика науково-методичний журнал*. 2021. № 3/4. С. 203-211.

47. Хворова Г., Онуфрик М., Майорова Н. Центр (відділення) денного догляду для дітей з інвалідністю: нормативно-правове забезпечення, адміністрування, психолого-педагогічний супровід, підтримка компетентного батьківства: інф.-метод. посіб. Фонд соціального захисту інвалідів; ГО

«Родина». Київ, 2020. 3 с.

48. Ходаківська О.М. Психологічні особливості сім'ї з дитиною – інвалідом. Проблеми сучасної психології. Випуск 5. Збірник наукових праць КПНУ імені Івана Огієнка. Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України. 2009. 10 с.

49. Циба В.Т. Теоретичні засади соціальної психології: системний підхід: монографія. Київ, Університет «Україна». 2011р.

50. Чечко Т. М. Соціально-педагогічна підтримка батьків дітей з особливостями психофізичного розвитку в дошкільних навчальних закладах: дис. ... канд. пед. наук 13.00.05 – соціальна педагогіка. Київ. 2018. 353 с.

51. Яценко Т.С. Психологічні основи групової психокорекції: навч. посібник. Київ. Либідь, 1996. 264 с.

52. Adler A. Social interest: A challenge to man kind. New York: Capricorn Books. 1994. 200 p.

53. Beck A. T. Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. New York: Penguin Books, 1976. 356 p.

54. Bowlby J. Attachment and Loss: Vol. 1. Attachment. London: Hogarth Press, 1969. 428 p.

55. Hastings R. P. Child behaviour problems and partner mental health as correlates of stress in mothers and fathers of children with developmental disabilities. Journal of Intellectual Disability Research. 2003. Vol. 47. P. 231–237.

56. Harris S.L. Familie soft he development allydisabled: A guide to behavioral intervention. New York: Pergamon, 1983. 190 p.

57. Kübler-Ross E. On Death and Dying. New York: Macmillan, 1969. 289 p.

58. Mary N.L. Reactions of black, His panic, andwhite mothers to having a child with handicaps. Mental Retardation, Oklahoma, 1990. 132 p.

59. Olchansky S. Chronic sorrow; a response to having a defective child. Social Casework. 1992. 199 p.

60. Searle S.J. Stage sofparents reaction. Exceptional Parent. 1998. 302 p.

61. Selzer M. M. Families of persons with developmental disabilities: Stress and support. *International Review of Research in Mental Retardation*. 2004. Vol. 28. P. 331–360.
62. Seligman M. Ed. *The family with a handicapped child* (2nd ed.). Boston. Allyn & Bacon. 1991. 531 p.
63. Zucman E. *Childhood disability in the family*. World Rehabilitation Fund. Monograph No. 14, New York. 1982. 320 p.

ДОДАТКИ

Додаток А

Методика: Шкала сприйняття стресу (PSS-10). Коена, Камарка та Мермельштейна.

Методика призначена для оцінки суб'єктивного рівня сприйманого стресу за останній місяць. Вона вимірює, наскільки людина сприймає життєві ситуації як стресові, непередбачувані чи некеровані, що дозволяє визначити ступінь психоемоційного напруження. Результати допомагають виявити осіб із високим рівнем стресу, оцінити їхню вразливість до стресових факторів і розробити відповідні заходи психологічної підтримки.

Інструкція щодо проведення:

Учаснику надається бланк із 10 твердженнями, які стосуються переживань і думок за останній місяць (наприклад, «Як часто ви відчували, що не можете впоратися з усіма справами, які вам доводиться робити?»).

Учасник оцінює частоту кожного твердження за 5-бальною шкалою:

0 – ніколи

1 – майже ніколи

2 – іноді

3 – досить часто

4 – дуже часто

Тестування триває 5–7 хвилин і може проводитися індивідуально або в групі в спокійній обстановці (офлайн або онлайн через електронні форми, наприклад, Google Forms).

Обробка результатів

Для тверджень 1, 2, 3, 6, 9, 10 бали нараховуються за прямою шкалою (0–4).

Для тверджень 4, 5, 7, 8 застосовується зворотне оцінювання (0=4, 1=3, 2=2, 3=1, 4=0).

Загальна сума балів варіює від 0 до 40, де вищі бали вказують на вищий рівень сприйманого стресу.

Інтерпретація:

0–13: низький рівень стресу

14–26: середній рівень стресу

27–40: високий рівень стресу

Інструкція для учасника

Будь ласка, подумайте про свої почуття та думки за останній місяць. Для кожного твердження оберіть варіант, який найкраще відображає, як часто ви відчували чи думали певним чином. Відповідайте щиро, немає правильних чи неправильних відповідей.

Як часто ви відчували роздратування через те, що щось відбувалося несподівано?

☐ 0 – Ніколи

☐ 1 – Майже ніколи

☐ 2 – Іноді

☐ 3 – Досить часто

☐ 4 – Дуже часто

Як часто ви відчували, що не можете контролювати важливі речі у вашому житті?

☐ 0 – Ніколи

☐ 1 – Майже ніколи

☐ 2 – Іноді

☐ 3 – Досить часто

☐ 4 – Дуже часто

Як часто ви відчували нервовість чи стрес?

☐ 0 – Ніколи

☐ 1 – Майже ніколи

☐ 2 – Іноді

☐ 3 – Досить часто

☐ 4 – Дуже часто

Як часто ви відчували впевненість у своїй здатності впоратися з особистими проблемами? *(зворотне оцінювання)*

☐ 0 – Ніколи

☐ 1 – Майже ніколи

☐ 2 – Іноді

☐ 3 – Досить часто

☐ 4 – Дуже часто

Як часто ви відчували, що все йде так, як ви хочете? *(зворотне оцінювання)*

☐ 0 – Ніколи

☐ 1 – Майже ніколи

☐ 2 – Іноді

☐ 3 – Досить часто

☐ 4 – Дуже часто

Як часто ви відчували, що не можете впоратися з усіма справами, які вам доводиться робити?

☐ 0 – Ніколи

☐ 1 – Майже ніколи

☐ 2 – Іноді

☐ 3 – Досить часто

☐ 4 – Дуже часто

Як часто ви могли контролювати подразнення у вашому житті? *(зворотне оцінювання)*

☐ 0 – Ніколи

☐ 1 – Майже ніколи

☐ 2 – Іноді

☐ 3 – Досить часто

☐ 4 – Дуже часто

Як часто ви відчували, що все під контролем? *(зворотне оцінювання)*

- ☐ 0 – Ніколи
- ☐ 1 – Майже ніколи
- ☐ 2 – Іноді
- ☐ 3 – Досить часто
- ☐ 4 – Дуже часто

Як часто ви відчували злість через те, що щось відбувалося поза вашим контролем?

- ☐ 0 – Ніколи
- ☐ 1 – Майже ніколи
- ☐ 2 – Іноді
- ☐ 3 – Досить часто
- ☐ 4 – Дуже часто

Як часто ви відчували, що труднощі накопичуються так сильно, що ви не можете їх подолати?

- ☐ 0 – Ніколи
- ☐ 1 – Майже ніколи
- ☐ 2 – Іноді
- ☐ 3 – Досить часто
- ☐ 4 – Дуже часто

Обґрунтування використання

Шкала сприйняття стресу (PSS-10) є однією з найпоширеніших і валідних методик для оцінки суб'єктивного стресу в різних популяціях, включаючи батьків дітей з інвалідністю, працівників у стресових умовах чи людей у кризових ситуаціях. Її переваги включають:

Опитувальник станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності» (адаптований варіант методики Г. Айзенка С.Д.

Максименком, Л.М. Карамушкою, Т.В. Зайчиковою)

Методика призначена для діагностики психоемоційних станів, що відображають емоційну реактивність, когнітивну гнучкість та поведінкові особливості особистості в умовах стресу. Методика дозволяє оцінити як тимчасові стани, так і стійкіші риси особистості, що впливають на реакцію на кризові ситуації.

Опитувальник складається з 70 питань, розподілених на п'ять основних підшкал:

Тривога. Вимірює рівень емоційної напруги, занепокоєння та страхів, пов'язаних із невизначеністю чи майбутніми подіями.

Фрустрація. Оцінює ступінь роздратування, безпорадності чи розчарування перед перешкодами.

Агресивність. Визначає схильність до гніву, ворожості чи імпульсивних реакцій (наприклад, «Часто відчуваю бажання посваритися з кимось»).

Ригідність. Аналізує гнучкість мислення та поведінки, схильність до стереотипів і опору змінам.

Втрата контролю. Додаткова підшкала, введена в адаптованій версії, відображає відчуття безпорадності чи відсутності впливу на ситуацію.

Кожне питання оцінюється за 4-бальною шкалою (0 – «зовсім не згоден», 1 – «скоріше не згоден», 2 – «скоріше згоден», 3 – «повністю згоден»), що дозволяє отримати кількісні показники для кожної підшкали. Загальний час заповнення становить 20-30 хвилин, залежно від рівня саморефлексії учасника.

Підшкала «Тривога»

1. Чи часто я відчуваю неспокій без видимої причини?
2. Чи турбуюся я про майбутнє своєї дитини частіше, ніж про власне?

3. Чи виникає у мене відчуття тривоги, коли я думаю про здоров'я близьких?
4. Чи важко мені розслабитися навіть у спокійній обстановці?
5. Чи здається мені, що щось погане може статися в найближчий час?
6. Чи прокидаюся я вночі через хвилювання?
7. Чи відчуваю я напругу, коли планую день для своєї сім'ї?
8. Чи часто я уявляю найгірший сценарій подій?
9. Чи переживаю я через те, що не можу контролювати ситуацію з дитиною?
10. Чи відчуваю я страх перед осудом з боку інших людей?
11. Чи турбує мене думка про фінансові труднощі в майбутньому?
12. Чи відчуваю я тривогу, коли доводиться спілкуватися з фахівцями (лікарями, педагогами)?
13. Чи важко мені заснути через хвилювання про завтра?
14. Чи здається мені, що я не впораюся з новими викликами?
15. Чи відчуваю я напругу в тілі, коли думаю про дитину?
16. Чи турбуюся я про те, як інші сприймають мою сім'ю?
17. Чи виникає у мене відчуття паніки в стресових ситуаціях?
18. Чи боюся я залишитися наодинці зі своїми думками?

Підшкала «Фрустрація»

19. Чи дратують мене ситуації, коли я не можу досягти мети?
20. Чи відчуваю я розчарування, коли не отримую підтримки від інших?
21. Чи виводять мене з рівноваги фінансові труднощі в сім'ї?
22. Чи здається мені, що мої зусилля не приносять результатів?
23. Чи відчуваю я безпорадність, коли стикаюся з бюрократією?
24. Чи дратують мене затримки в отриманні медичних послуг для дитини?
25. Чи відчуваю я роздратування, коли плани руйнуються через обставини?
26. Чи здається мені, що я марную свій час на марні справи?

- 27. Чи виводять мене з себе люди, які не розуміють моїх проблем?
- 28. Чи відчуваю я розчарування, коли не можу знайти потрібну інформацію?
- 29. Чи дратує мене брак часу для себе через догляд за дитиною?
- 30. Чи відчуваю я безсилля перед складними рішеннями?
- 31. Чи здається мені, що мої потреби завжди відходять на другий план?
- 32. Чи виводять мене з рівноваги ситуації, коли мене ігнорують?

Підшкала «Агресивність»

- 33. Чи відчуваю я бажання посваритися з кимось через накопичений гнів?
- 34. Чи виникає у мене бажання різко відповісти на критику?
- 35. Чи трапляється, що я підвищую голос у спірних ситуаціях?
- 36. Чи відчуваю я роздратування на оточуючих через їхню байдужість?
- 37. Чи хочеться мені іноді звинуватити когось у своїх проблемах?
- 38. Чи відчуваю я гнів, коли хтось не виконує обіцянок?
- 39. Чи трапляється, що я критикую інших через їхню поведінку?
- 40. Чи відчуваю я бажання виплеснути емоції на близьких?
- 41. Чи виникає у мене агресивність, коли стикаюся з несправедливістю?
- 42. Чи хочеться мені іноді уникати спілкування через накопичений гнів?
- 43. Чи відчуваю я роздратування на себе за власні невдачі?
- 44. Чи трапляється, що я висловлюю гнів через дії, а не слова?

Підшкала «Ригідність»

- 45. Чи важко мені змінювати звички, навіть якщо це потрібно?
- 46. Чи вважаю я, що мій підхід до справ завжди правильний?
- 47. Чи не люблю я, коли хтось пропонує нові способи вирішення проблем?
- 48. Чи тримаюся я за старі методи догляду за дитиною?
- 49. Чи важко мені адаптуватися до нових умов у сім'ї?
- 50. Чи вважаю я, що зміни завжди ускладнюють життя?
- 51. Чи не подобається мені, коли хтось перебиває мої плани?

52. Чи вважаю я, що старі правила кращі за нові?
53. Чи важко мені приймати чужі ідеї щодо виховання?
54. Чи тримаюся я за певні звички, навіть якщо вони неефективні?
55. Чи не люблю я, коли доводиться швидко перебудовуватися?
56. Чи вважаю я, що мій досвід завжди достатній для рішень?
57. Чи важко мені визнавати власні помилки?

Підшкала «Втрата контролю»

58. Чи часто здається, що я не можу вплинути на те, що відбувається?
59. Чи відчуваю я безпорадність перед станом здоров'я дитини?
60. Чи здається мені, що обставини керують моїм життям?
61. Чи відчуваю я, що не контролюю свій розпорядок дня?
62. Чи здається мені, що я залежу від рішень інших людей?
63. Чи відчуваю я безсилля перед медичними діагнозами?
64. Чи здається мені, що я не можу змінити ситуацію в сім'ї?
65. Чи відчуваю я, що втрачаю контроль над власними емоціями?
66. Чи здається мені, що мої зусилля марні через зовнішні фактори?
67. Чи відчуваю я безпорадність, коли стикаюся з новими проблемами?
68. Чи здається мені, що я не маю впливу на майбутнє дитини?
69. Чи відчуваю я, що не можу впоратися з повсякденними труднощами?
70. Чи здається мені, що я залежу від обставин, а не керую ними?

Методика застосовується в індивідуальному або груповому форматі. Учасникам пропонується відповідати на питання, відображаючи свій стан за останні 7-10 днів, що забезпечує актуальність даних. Перед початком тестування проводять короткий інструктаж, пояснюючи мету дослідження та гарантуючи анонімність. Заповнення відбувається в спокійній обстановці, бажано без зовнішніх подразників. Результати обробляються шляхом підрахунку балів за кожною підшкалою.

**Зміст напівструктурованого інтерв'ю для дослідження
психологічних особливостей кризових переживань батьків дітей з
інвалідністю**

Мета інтерв'ю - виявити суб'єктивний досвід, емоційні переживання, когнітивні оцінки та соціальні фактори, що впливають на кризові стани батьків дітей з інвалідністю, для глибшого розуміння їхнього психологічного стану та стратегій адаптації.

Тривалість: 30–40 хвилин.

Формат - індивідуальне інтерв'ю (офлайн або онлайн через Zoom), із записом відповідей (за згодою учасника) або нотуванням для подальшого тематичного аналізу.

Структура інтерв'ю: напівструктуроване інтерв'ю поділено на три основні блоки запитань, кожен із яких спрямований на дослідження окремого аспекту кризових переживань. Запитання сформульовані відкрито, щоб стимулювати розгорнуті відповіді, але допускають уточнення залежно від контексту розмови. Додаткові уточнювальні запитання використовуються для поглиблення відповідей.

Зміст напівструктурованого інтерв'ю

Вступна частина (5 хвилин)

Мета - створення довірливої атмосфери, пояснення мети дослідження, забезпечення комфорту учасника.

Привітання, представлення дослідника.

Пояснення мети інтерв'ю: «Ми хочемо краще зрозуміти ваш досвід як батька/матері дитини з інвалідністю, щоб розробити ефективні способи психологічної підтримки».

Інформування про конфіденційність, добровільність участі та можливість зупинити інтерв'ю.

Запитання для встановлення контакту: «Розкажіть, будь ласка, коротко про себе та вашу сім'ю».

Блок 1. Емоційні переживання (10–12 хвилин)

Мета - виявити емоційний стан батьків, домінуючі почуття та їхній вплив на повсякденне життя.

Основні запитання:

1. Які почуття найчастіше виникають у вас, коли ви думаєте про ситуацію з вашою дитиною?
2. Чи є моменти, коли ви відчуваєте провину, страх, смуток чи, можливо, надію? Що їх викликає?
3. Як ці емоції впливають на ваше повсякденне життя, наприклад, на роботу чи стосунки в сім'ї?
4. Чи були ситуації, коли ви відчували полегшення або радість у зв'язку з вихованням вашої дитини? Що цьому сприяло?

Уточнювальні запитання (за потреби):

- Чи змінювалися ваші емоції з моменту встановлення діагнозу дитини?
- Чи є щось, що допомагає вам справлятися з важкими емоціями?

Цей блок дозволяє оцінити емоційну вразливість батьків, виявити домінуючі переживання (провина, страх, надія) та їхній вплив на психологічний стан.

Блок 2. Когнітивні оцінки ситуації (10–12 хвилин)

Мета - дослідити, як батьки сприймають і оцінюють ситуацію виховання дитини з інвалідністю, їхні уявлення про власні ресурси та майбутнє.

Основні запитання:

5. Як ви оцінюєте свою здатність справлятися з труднощами, пов'язаними з вихованням вашої дитини?
6. Чи відчуваєте ви, що ситуація є контрольованою, чи, навпаки, вона здається вам непередбачуваною?
7. Яким ви бачите майбутнє вашої дитини та ваше власне в цій ситуації?

8. Чи змінилися ваші життєві цінності або погляди на життя після народження дитини з інвалідністю?

Уточнювальні запитання (за потреби):

- Чи є у вас відчуття, що ви можете вплинути на ситуацію? Якщо так, то як?

- Чи знаходите ви сенс у цій ситуації, наприклад, через особистий розвиток чи зміцнення сім'ї?

Цей блок спрямований на аналіз когнітивних аспектів кризових переживань, зокрема сприйняття контролю, невизначеності та смисложиттєвих орієнтацій батьків.

Блок 3. Соціальна підтримка та стратегії адаптації (10–12 хвилин)

Мета - визначити рівень соціальної підтримки, доступні ресурси та способи, якими батьки справляються з кризою.

Основні запитання:

9. Чи отримуєте ви підтримку від рідних, друзів, громадських організацій чи фахівців? Якщо так, то яку саме?

10. Чи відчуваєте ви брак підтримки? Якщо так, то в чому він проявляється?

11. Які способи ви використовуєте, щоб справлятися зі стресом чи важкими моментами? Наприклад, чи звертаєтесь до релігії, творчості, фізичної активності?

12. Чи є щось, що могло б полегшити ваш стан або допомогти вам у вихованні дитини?

Уточнювальні запитання (за потреби):

- Чи брали ви участь у групах підтримки для батьків? Який це дало ефект?

- Чи зверталися ви за психологічною допомогою? Якщо ні, то чому?

Цей блок дозволяє оцінити зовнішні та внутрішні ресурси батьків, їхні копінг-стратегії та потенційні потреби в психологічній чи соціальній допомозі.

Завершальна частина (3–5 хвилин)

Мета - підведення підсумків, зниження емоційного напруження, подяка учаснику.

Запитання для завершення: «Чи є щось, що ви хотіли б додати чи про що ми не поговорили?»

Подяка за участь: «Дякую за вашу відкритість і час. Ваш досвід дуже цінний для нашого дослідження».

Надання контактів дослідника для подальших запитань або отримання результатів (за бажанням учасника).

Якщо учасник виглядає емоційно виснаженим, запропонувати коротку розмову для стабілізації стану або контакти психологічної підтримки.

Метод аналізу даних

Відповіді учасників аналізуються за допомогою методу тематичного кодування. Кожна відповідь категоризується за ключовими темами (наприклад, «почуття провини», «невизначеність майбутнього», «соціальна ізоляція»), що дозволяє виокремити основні патерни кризових переживань.

Результати інтерв'ю зіставляються з даними кількісних методик (PSS-10, опитувальник копінг-стратегій) для створення цілісної картини психологічного стану батьків.

Модуль 1. Розуміння кризи та емоційного стану

Мета модуля - допомогти батькам усвідомити етапи кризових переживань і їхні емоційні реакції.

Тренінг 1. Вступ до моделі кризових переживань (1,5 години).

Мета тренінгу - усвідомлення етапів кризи за моделлю Е. Шухардт (шок, заперечення, пошук, злоба, пригнічення, примирення, солідарність).

Методи. Лекція, дискусія, таблиця емоцій.

Очікувані результати - розуміння власного шляху адаптації.

Вправа 1. Заповнення таблиці «Мої емоції на кожному етапі».

Мета - допомогти учасникам ідентифікувати та систематизувати свої емоції на кожному етапі кризи.

Процедура

Психолог роздає (або ділиться в Zoom) шаблон таблиці з колонками: «Етап кризи» (шок, заперечення тощо), «Мої емоції» (наприклад, страх, гнів, смуток), «Приклади з життя» (конкретні ситуації, пов'язані з дитиною з інвалідністю), «Як я реагую зараз».

Таблиця «Мої емоції на кожному етапі»

Етап кризи	Мої емоції	Приклади з життя	Як я реагую зараз
Шок			
Заперечення			
Пошук			
Злоба			
Пригнічення			
Примирення			
Солідарність			

Учасники індивідуально заповнюють таблицю протягом 10-15 хвилин, згадуючи власні переживання.

Групова дискусія. Кожен учасник ділиться одним-двома прикладами (5-7 хвилин на людину, модератор стежить за часом і емоційним комфортом). Обговорюються спільні патерни, наприклад, як шок переходить у заперечення.

Підсумок. Психолог пояснює, що розуміння етапів допомагає нормалізувати емоції та рухатися до солідарності.

Тривалість - 30-40 хвилин.

Очікувані результати - учасники отримають візуальне представлення свого емоційного шляху, що зменшить відчуття хаосу та сприятиме усвідомленню прогресу.

Тренінг 2. Ідентифікація емоцій (1,5 години).

Мета тренінгу - розпізнавання емоцій, з акцентом на страхи, тривожність та провину.

Методи. Щоденник почуттів, аналіз суб'єктивної реальності, релаксація, практика впливу.

Очікувані результати - зменшення емоційного напруження.

Вправа 1. Практика ведення щоденника почуттів.

Мета - навчити фіксувати емоції для їхнього усвідомлення (домашнє завдання: 3 дні перед заняттям).

Процедура

Учасники записують щодня емоції (наприклад, страх, тривожність, смуток), пов'язані з вихованням дитини, з описом ситуацій (наприклад, «Страх перед майбутнім дитини – еволюційно вмонтований датчик безпеки»).

На занятті.

1. Груповий аналіз записів (10-15 хвилин індивідуального перегляду, потім обговорення в колі). Фокус на джерелах тривожності (тривожність як форма страху без чіткого джерела – визначити або переконатися в його відсутності).

2. Розпізнавання емоцій. Обговорення провини, страху, смутку через приклади з щоденників. Матеріали: Щоденник (зошит або цифровий шаблон).

Тривалість: 20-25 хвилин (обговорення).

Очікувані результати - усвідомлення емоційних патернів, зменшення інтенсивності неконтрольованих емоцій.

Вправа 2. Аналіз суб'єктивної реальності.

Мета - перевірити інтерпретацію фактів через емоції та переконання.

Процедура

Психолог пояснює критерії: фактичність (чи базується на фактах?), самоперевірка (чи можу я перевірити?), гнучкість (чи є альтернативи?), корисність (чи допомагає?), усвідомленість (чи розумію вплив?).

Учасники обирають одну емоцію з щоденника та перевіряють її за критеріями (індивідуально, 10 хвилин).

Групова робота. Пари або малі групи діляться висновками, психолог допомагає рефреймінгу (наприклад, «Страх – не ворог, а сигнал»).

Матеріали. Аркуші для нотаток.

Тривалість: 20-25 хвилин.

Очікувані результати - зміна сприйняття реальності, зменшення емоційного напруження через раціоналізацію.

Вправа 3. Визначення етапів прийняття інвалідності.

Мета - самооцінка за етапами (заперечення, гнів, торг, депресія, прийняття).

Процедура

Учасники відповідають на питання для самоперевірки (наприклад, «Чи сила емоційного відчуття відповідає подразнику?»).

Індивідуальне заповнення шкали (від 1 до 5 для кожного етапу).

Обговорення в групі. Як перейти до прийняття.

Матеріали. Шкала етапів (шаблон).

Тривалість: 15-20 хвилин.

Очікувані результати - усвідомлення поточного стану, мотивація до прогресу.

Шкала етапів прийняття інвалідності

Інструкція. Ця шкала призначена для саморефлексії щодо вашого емоційного стану на кожному етапі прийняття інвалідності вашої дитини за моделлю Е. Шухардт. Для кожного етапу оцініть, наскільки ви зараз перебуваєте в цьому стані, за шкалою від 1 до 5, де:

1 – зовсім не відчуваю цього стану;

5 – дуже сильно відчуваю цей стан.

Етап	Опис етапу	Оцінка (1–5)	Питання для самоперевірки
Заперечення	Відмова визнавати реальність інвалідності, ігнорування фактів.		Чи я уникаю думок про ситуацію? Чи заперечую її серйозність?
Гнів	Злість, роздратування, звинувачення себе чи інших.		Чи відчуваю я гнів до себе, інших чи обставин?
Торг	Спроби «укласти угоду» з собою чи світом, шукати компроміси.		Чи шукаю я способи «виправити» ситуацію через дії чи думки?
Депресія	Смуток, відчуття втрати, безнадія, апатія.		Чи відчуваю я безнадію або пригнічення через ситуацію?
Прийняття	Усвідомлення реальності, готовність адаптуватися та рухатися вперед.		Чи готовий я прийняти ситуацію та працювати з нею?

Після заповнення подумайте над питаннями для самоперевірки (наприклад, «Чи сила мого емоційного відчуття відповідає подразнику?») і будьте готові поділитися думками в групі.

Примітки для заповнення:

1. Будьте чесними із собою, оцінюючи свій стан.
2. Зверніть увагу на питання для самоперевірки, щоб глибше зрозуміти свої емоції.
3. Після заповнення подумайте: «Що я можу зробити, щоб рухатися до прийняття?»

Використання. Використовуйте цю шкалу індивідуально під час тренінгу. Після заповнення (5-7 хвилин) візьміть участь у груповому обговоренні, щоб поділитися думками та отримати підтримку.

Вправа 4. Релаксаційна вправа (дихальні техніки)

Мета - зняття емоційного напруження.

Процедура

Психолог веде - глибоке дихання (вдих на 4, затримка на 4, видих на 4).

Фокус на тілі - відчуття хребта, цілісності організму (навички саморегуляції).

Тривалість: 10-15 хвилин.

Очікувані результати - миттєве розслаблення, інструмент для домашнього використання.

Вправа 5. Практика усвідомлення впливу.

Мета - стабілізація емоційного стану через фіксацію досягнень.

Процедура

Учасники записують 3 речі, на які вплинули за день (наприклад, «Допомогла дитині з вправою»).

Обговорення. Як це стабілізує стан.

Матеріали. Нотатки.

Тривалість: 10 хвилин.

Очікувані результати - зростання самооцінки, зменшення безпорадності.

Модуль 2. Розвиток копінг-стратегій

Мета модуля - навчити адаптивним стратегіям подолання стресу.

Тренінг 3: Проблемно-орієнтовані стратегії (1,5 години) Мета тренінгу: Навчання плануванню та пошуку підтримки. Методи: План дій, обмін контактами. Очікувані результати: Зростання активності в подоланні.

Вправа 1: Створення індивідуального плану дій Мета: Практичне планування для подолання проблем. Процедура:

Теоретичний огляд: Планування, пошук підтримки, звернення до фахівців.

Учасники створюють план (наприклад, «Запис до логопеда: дата, контакти»).

Групова робота: Обмін ідеями. Матеріали: Шаблон плану. Тривалість: 30-40 хвилин. Очікувані результати: Конкретні кроки, мотивація до дій.

Вправа 2: Обмін контактами ресурсів Мета: Пошук соціальної підтримки. Процедура:

Учасники діляться контактами (реабілітаційні центри тощо).

Створення спільного списку. Матеріали: Дошка або чат. Тривалість: 20-25 хвилин. Очікувані результати: Розширення мережі підтримки.

Тренінг 4: Емоційна регуляція через арт-терапію (1,5 години) Мета тренінгу: Зменшення стресу через творчість. Методи: Малювання, колаж, музика. Очікувані результати: Покращення емоційного стану.

Вправа 1: Малювання «Мій емоційний стан» або створення колажу «Моя сила» Мета: Візуалізація емоцій для їхньої регуляції. Процедура:

Учасники малюють або створюють колаж (кольори, символи для емоцій/сили).

Обговорення: Як творчість знижує стрес. Матеріали: Папір, фарби, журнали для колажу. Тривалість: 30-40 хвилин. Очікувані результати: Katarsis через мистецтво, позитивний настрій.

Вправа 2: Релаксація з музикою Мета: Заспокоєння через аудіо.
Процедура:

Прослуховування заспокійливої музики (5-10 хвилин).

Обговорення відчуттів. Матеріали: Аудіо. Тривалість: 15-20 хвилин.
Очікувані результати: Зниження напруження.

Тренінг 5: Позитивна переоцінка (1,5 години) Мета тренінгу: Знаходження сенсу в ситуації. Методи: Аналіз тріади, «Сейф», «Дерево успіхів», рефлексія, здорові переконання. Очікувані результати: Зміна сприйняття кризи, посттравматичне зростання.

Вправа 1: Аналіз тріади «Внутрішній критик – Внутрішня дитина – Внутрішній захисник» Мета: Розуміння автоматичних реакцій на тригери.
Процедура:

Теоретичний блок: Вплив минулого (скелет особистості до 12 років).

Учасники ідентифікують ролі в тріаді щодо інвалідності дитини.

Обговорення реакцій. Матеріали: Схема тріади. Тривалість: 20-25 хвилин. Очікувані результати: Усвідомлення внутрішніх конфліктів.

Вправа 2: Вправа «Сейф» Мета: Інтеграція травматичного досвіду.
Процедура:

Фіксація неприємних подій на уявну фотографію.

«Кладемо в сейф» з фразою: «Я тебе бачу, я повернуся, коли буде час».

Групове обговорення. Матеріали: Немає. Тривалість: 15-20 хвилин.
Очікувані результати: Відкладення травми для обробки.

Вправа 3: Створення «Дерева успіхів» Мета: Фіксація досягнень.
Процедура:

Малювання дерева: Коріння – ресурси, гілки – досягнення дитини/батьків.

Запис дрібних успіхів. Матеріали: Папір, маркери. Тривалість: 20-25 хвилин. Очікувані результати: Фокус на позитиві.

Вправа 4: Прописування «емоційно заряджених» моментів Мета: Вираження емоцій. Процедура:

Запис чутливих моментів у листи (можна знищити).

Обговорення. Матеріали: Папір. Тривалість: 15 хвилин. Очікувані результати: Емоційний реліз.

Вправа 5: Рефлексія та запис здорових переконань Мета: Формування позитивних установок. Процедура:

Обговорення змін (спочатку оплакати втрати, потім набутки).

Запис: «Я важлива, я маю вибір, я можу просити про допомогу».

Матеріали: Нотатки. Тривалість: 15-20 хвилин.

Очікувані результати: Посттравматичне зростання.

Модуль 3. Соціальна підтримка та інтеграція

Мета модуля: Посилити соціальні зв'язки та зменшити ізоляцію.

Тренінг 6: Групові зустрічі з обміну досвідом (1,5 години) Мета тренінгу: Посилення соціальних зв'язків. Методи: Обмін досвідом, модерація. Очікувані результати: Зменшення ізоляції.

Вправа 1: Обмін розповідями про виклики та успіхи Мета: Створення безпечного простору. Процедура:

Коло: Кожен ділиться (5 хвилин на людину).

Модерація: Уникнення суджень.

Завдання: Знайти партнера для контакту. Матеріали: Немає. Тривалість: 50-60 хвилин. Очікувані результати: Емоційна підтримка, нові зв'язки.

Тренінг 7: Семінар про права та ресурси (1,5 години) Мета тренінгу: Знання про доступні ресурси. Методи: Лекція, заповнення заяви, обговорення. Очікувані результати: Підвищення обізнаності.

Вправа 1: Заповнення зразка заяви на соціальну допомогу Мета: Практичне навчання. Процедура:

Лекція: Соціальні виплати, програми, інклюзивні заклади.

Заповнення шаблону заяви.

Обговорення бар'єрів та шляхів подолання. Матеріали: Шаблони заяв. Тривалість: 30-40 хвилин. Очікувані результати: Практичні навички доступу до ресурсів.

Модуль 4. Самоактуалізація та ресурси

Мета модуля: Підтримка в формуванні ресурсів для зростання.

Тренінг 8: Саморефлексія та план самодопомоги (1,5 години) Мета тренінгу: Формування ресурсів. Методи: Медитація, план самодопомоги. Очікувані результати: Особистісне зростання.

Вправа 1: Медитація «Мій внутрішній ресурс» Мета: Усвідомлення внутрішніх сил. Процедура:

Керована медитація (10-15 хвилин): Візуалізація ресурсів.

Обговорення. Матеріали: Аудіо. Тривалість: 20-25 хвилин. Очікувані результати: Зміцнення внутрішньої опори.

Вправа 2: Створення плану самодопомоги Мета: Планування відпочинку та підтримки. Процедура:

Запис: Час на хобі, відпочинок, підтримку.

Рефлексія: Зміни за 8 тижнів. Матеріали: Шаблон плану. Тривалість: 30-40 хвилин. Очікувані результати: Інструменти для самостійності.

Тренінг 9: Заключне обговорення (1,5 години) Мета тренінгу: Оцінка прогресу, планування подальшого. Методи: Дискусія, сертифікати, фото. Очікувані результати: Підтримка солідарності.

Вправа 1: Групова дискусія оцінки прогресу Мета: Підсумок змін. Процедура:

Коло: Оцінка прогресу, планування зустрічей.

Вручення сертифікатів. Матеріали: Сертифікати. Тривалість: 40-50 хвилин. Очікувані результати: Мотивація до продовження.

Вправа 2: Групове фото Мета: Символ солідарності. Процедура:

Фотографування групи. Матеріали: Камера. Тривалість: 5-10 хвилин. Очікувані результати: Емоційна єдність.