

Уманський державний педагогічний університет  
імені Павла Тичини

Факультет соціальної та психологічної освіти

Кафедра психології

**ВИПУСКНА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**

**освітній ступінь «магістр»**

на тему:

**ДИНАМІКА ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ БАТЬКІВ ДІТЕЙ З  
ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ**

**Виконала:**

студентка 2-го курсу, групи 266

Спеціальності: 053 Психологія

Освітня програма: »Психологія«

Гусак Катерина Владиславівна

**Керівник:**

кандидат психол. наук

Радзівіл Катерина Павлівна

**Рецензент:**

кандидат психол. наук, професор

Якимчук Борис Андрійович

Умань –2023

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП</b>		3
<b>РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ БАТЬКІВ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ</b>		
		7
1.1.	Етимологія понять «діти з особливими потребами» та «раннє втручання» у сучасному науковому просторі.....	7
1.2.	Соціально-психологічні чинники психоемоційних станів батьків дітей з особливими потребами.....	19
1.3.	Психоемоційні стани батьків на різних етапах адаптації до народження дитини із особливими потребами.....	34
<b>РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ДИНАМІКИ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ БАТЬКІВ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ</b>		
		42
2.1.	Організація та методика емпіричного дослідження емоційної сфери батьків дітей з особливими потребами.	42
2.2.	Психологічний аналіз динаміки психоемоційного стану батьків неповносправних дітей.....	47
2.3.	Методичні рекомендації організації роботи батьківського клубу як форми психологічного супроводу з батьками дітей з особливими освітніми потребами.....	57
<b>ВИСНОВКИ</b>		63
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b>		66

## ВСТУП

**Актуальність дослідження.** Раннє дитинство є ключовим етапом в розвитку особистості, водночас є одним з найуразливіших періодів для дітей у суспільстві. На сьогоднішній день в Україні існує обмежений спектр соціальних послуг для батьків, які мають дітей раннього віку з порушеннями психофізичного розвитку, або таких, що можуть призвести до інвалідності. У багатьох випадках медичні працівники рекомендують батькам передавати дітей із важкими формами інвалідності на утримання й догляд до закладів інтернатного типу. Таким чином, вивчення цього питання має велике значення для розробки та вдосконалення програм та послуг, спрямованих на підтримку родин та забезпечення оптимального розвитку дітей в ранньому віці з порушеннями психофізичного розвитку.

Сучасна система медичного обслуговування в Україні недостатньо орієнтована на забезпечення батьківської психологічної допомоги та консультацій у питаннях ставлення до захворювань або порушень розвитку дітей. Рівень емоційного напруження, що переживають батьки, також залежить від того, як пройшов процес діагностування проблем, пов'язаних із функціонуванням їхніх дітей, і як була подана інформація щодо порушень розвитку.

Дослідженню кризових чинників у разі народження неповносправної дитини були присвячені праці Н. Бастун, І. Іванової, І. Калюжної, М. Карпи, А. Кукурудзи, А. Кравцова, О. Личковської, К. Островської, М. Радченко, О. Романчук, М. Химко та інших.

В українському науковому дискурсі досліджувалися аспекти характеристик сімей, які виховують дітей із психофізичними вадами у працях Б. Андрейко, Г. Кукурудзи, Г. Соколової, В. Ткачової та інших.

З урахуванням недостатнього дослідженості проблеми виникнення емоційних станів та їх факторів у батьків дітей з особливими потребами, що виникають на різних етапах переживань та адаптації до народження

неповносправної дитини із порушеннями психофізичного розвитку, можна визначити цю тему як теоретично та практично цінну, що зумовило вибір теми кваліфікаційної роботи «Динаміка психоемоційного стану батьків дітей з особливими потребами».

**Об'єкт дослідження:** емоційна сфера батьків дітей з особливими освітніми потребами.

**Предмет дослідження:** динаміка психоемоційного стану батьків дітей з особливими освітніми потребами.

**Мета дослідження** полягає у дослідженні динаміки емоційного стану батьків дітей з особливими освітніми потребами на ранньовіковому етапі адаптації батьків до виховання дітей із порушенням психофізичного розвитку.

Відповідно до сформульованої мети визначено такі **завдання дослідження:**

1. Здійснити теоретичний аналіз наукових джерел, які вивчають психоемоційний стан батьків дітей з особливими потребами, визначити чинники його динаміки.

2. Розробити методичне забезпечення дослідження динаміки психоемоційного стану батьків дітей на різних етапах раннього розвитку дитини з особливими потребами.

3. Здійснити емпіричне дослідження, спрямоване на вивчення динаміки психоемоційного стану батьків дітей з особливими потребами на різних етапах раннього розвитку.

4. Розробити методичні рекомендації організації роботи батьківського клубу як форми психологічного супроводу з батьками дітей з особливими освітніми потребами.

**Методи дослідження:**

– теоретичні методи: аналіз, синтез, узагальнення, систематизація, інтерпретація, класифікація;

– емпіричні психодіагностичні методи: тест «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенк), «Методика САН», опитувальник «Шкала депресії Бека», методика «Торонтська шкала алекситимії» (Toronto Alexithymia Scale, TAS).

– методи обробки та інтерпретації емпіричних даних: кількісний та якісний аналіз (описова статистика; порівняння вибірових середніх). Статистичну обробку емпіричних даних і графічну презентацію результатів здійснено за допомогою програми Microsoft Excel.

### **Теоретичне та практичне значення роботи.**

Теоретичне значення роботи полягає в розширенні розуміння динаміки психоемоційного стану батьків дітей з особливими потребами, у вивченні факторів, які впливають на цей стан та у розробці концептуальної основи для аналізу етапів переживання та адаптації. Дослідження може сприяти поглибленню наукового розуміння впливу виховання дітей із порушенням у розвитку на емоційний стан їхніх батьків, що може мати перспективи для подальших теоретичних розвідок у галузі психології сім'ї та розвитку дитини.

Практичне значення дослідження полягає у визначенні рекомендацій для розвитку ефективних стратегій підтримки ресурсів батьків дітей із особливими потребами. Результати роботи можуть використовуватися педагогами, психологами та іншими фахівцями, які працюють у сфері психолого-педагогічного супроводу сімей, а також служити основою для розробки програм та інтервенцій, спрямованих на підтримку психоемоційного стану батьків дітей з особливими потребами.

### **Експериментальна база дослідження.**

Центр раннього втручання комунального некомерційного підприємства «Дитяча міська поліклініка № 6» Одеської міської ради. У дослідженні брали участь 40 матерів дітей з особливими потребами від 0 до 4-х років.

### **Апробація результатів дослідження.**

1. Гусак К. В. Специфіка стадій психологічного адаптаційного процесу батьків дітей з особливими потребами. *Експериментальні та теоретичні*

дослідження в контексті сучасної науки: матеріали IV Всеукраїнської студентської наукової конференції. Вінниця: ТОВ «УКРЛОГОС Груп», 2023. С.133–134.

2. Гусак К. В., Радзівіл К.П. . Особливості психологічного супроводу батьків дітей з обмеженими можливостями. *Актуальні питання психології: теорія, методика, практика*: збірник матеріалів XII-тої Всеукраїнської наукової Інтернет-конференції, Умань. С.7–9.

3. Гусак К. В. Вплив батьківського клубу на психоемоційний стан батьків дітей з порушеннями психофізичного розвитку. *Вісник Науково-дослідної лабораторії інклюзивної педагогіки*. Вип. 9 : Спеціальна та інклюзивна освіта: теорія, методика, практика : матеріали 9-ої Всеукр. наук.-практ. конф. Умань: Візаві, 2023 р. С.55–57.

**Структура роботи.** Робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел, який налічує 62 найменування. Повний обсяг роботи становить 72 сторінки. Обсяг основного тексту складає 65 сторінок і містить 6 таблиць, 7 рисунки на 7-ми сторінках.

## РОЗДІЛ І

### ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ БАТЬКІВ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ

#### **1.1. Етимологія понять «діти з особливими потребами» та «раннє втручання» у сучасному науковому просторі.**

Згідно з даними, представленими ООН, у світі приблизно 450 мільйонів осіб мають порушення психічного та фізичного розвитку, що складає приблизно 10% населення планети. З цієї кількості, приблизно 200 мільйонів становлять діти з обмеженими можливостями. Важливо зауважити, що як у нашій країні, так і в усьому світі, спостерігається тенденція до зростання кількості дітей з особливими потребами. Україна також не є винятком, оскільки за останні десять років частота дитячої інвалідності збільшилася вдвічі [44]. Донедавна в Україні в законодавстві використовувалися такі терміни, як «інваліди», «діти з вадами», «аномальні особи», «дефективні» та інші подібні для опису дітей з особливими потребами.

Термін «інвалід» був вперше визначений на міжнародному рівні в Декларації ООН «Про права інвалідів» (1975 р.), як «особа, яка не може самостійно повністю або частково задовольнити свої особисті або соціальні потреби через вроджені або набуті порушення фізичних або розумових здібностей»[34]. Також, термін «інвалід» визначався як «особа, яка частково або повністю не може виконувати певні дії і втратила працездатність, назавжди або на тривалий час»[14].

У міжнародних нормативних документах різних країн зустрічається термін «діти з особливими потребами». Цей термін вказує на зміщення акценту від недоліків і порушень у дітей, відхилень від норми – до фокусу на їхніх особливих потребах. Термін «особливі потреби» використовується для опису осіб, чиї соціальні, фізичні або емоційні особливості потребують

спеціальної уваги та послуг, що допомагають їм розвинути свій потенціал [24].

У 1994 році Саламанською декларацією було офіційно визнано та використано термін «особливі потреби» на міжнародному рівні, застосовуючи його до «дітей, молоді і дорослих» з фізичними і/чи розумовими вадами, які мають «особливі освітні потреби в межах загальної системи освіти» [31].

Процес формування ставлення суспільства та владних установ до дітей з особливими потребами пройшов шлях від застою до інклюзії в багатьох країнах світу. Цей процес відзначається нормалізацією та передбачає ідею, що життя дітей з обмеженими можливостями має бути максимально близьким до умов і стилю життя всього суспільства. Гуманізація суспільних відносин знайшла відображення в міжнародних правових актах, таких як Загальна декларація ООН про права людини (1948), Декларація ООН про права інвалідів (1975), Конвенція про права дитини (1989) та інші. Наприклад, Декларація ООН про права інвалідів була першим нормативно-правовим документом, який визнав осіб з особливими потребами як повноправних членів суспільства, які потребують соціального та правового захисту [12].

У Конвенції ООН про права дитини передбачено, що наявність інвалідності у дитини повинна бути підставою для захисту від дискримінації. Неповносправна дитина, як розумово, так і фізично, має мати можливість жити в достойних умовах, які сприяють її підвищенню впевненості в собі та забезпечують її участь у житті суспільства. Для дитини з інвалідністю важливо мати гідний рівень умов життя, що сприяє максимальній самостійності і соціальній інтеграції [51].

Неурядові організації та батьки дітей з інвалідністю відіграють важливу роль у реалізації прав дітей з особливими потребами в українському суспільстві. Їхні зусилля сприяють створенню умов існування, які стають все більш безбар'єрними. Вони також сприяють зміщенню фокусу уваги від



дефектів та відхилень, на розвиток та становлення дітей з обмеженими можливостями. Результатом цієї роботи є формування громадської думки та суспільного визнання важливості прав дітей з особливими потребами.

Хоча знак рівності між поняттями «інвалідність» і «особлива потреба» поступово знімається, це питання залишається досить суперечливим і віддзеркалює гірку правду: бути інвалідом часто асоціюється з неблагополуччям. Тому узагальнений образ дитини з особливими потребами формується на основі різних джерел і національного та міжнародного досвіду, спонукаючи сучасне суспільство роздумувати про роль і місце таких дітей в ньому. Вони не вписуються в наше стереотипне уявлення про нормальність, і це є головним стимулом для рефлексії.

Поняття «діти з особливими потребами» є загальним та включає в себе всіх дітей, чії потреби виходять за межі загальноприйнятих стандартів. Це охоплює дітей з порушеннями психофізичного розвитку, включаючи дітей із інвалідністю, а також дітей з соціально вразливих груп. Проте найважливіше – це підкреслення їхнього статусу як дітей. Це поняття спрямоване на витіснення таких термінів, як «аномальні діти», «діти з порушеннями розвитку», «діти з відхиленнями», які уточнюють їх як інвалідів, ідіотів чи даунів, і позначають їх як ненормальних та неповноцінних осіб. Це підкріплюється ідеєю визнаного дослідника та дефектолога Л. Виготського: «Зрозуміло для кожного, що сліпа чи глухоніма дитина в першу чергу є дитиною, і лише після цього – дитиною з особливими потребами, які зумовлені її інвалідністю»[5].

Діти з особливими освітніми потребами – це діти, у яких існують фізичні або розумові порушення, що суттєво обмежують їхню життєдіяльність, і яким встановлено відповідний медичний діагноз. Робота педагога з цими дітьми потребує спеціального навчального плану, вказівок, технологій, підходів і спеціального обладнання[40].

У сучасних умовах в Україні, питання збереження людського життя, особливо новонароджених дітей, набуває надзвичайної актуальності.

Екологічні проблеми, зокрема наслідки Чорнобильської катастрофи, військова агресія, недбале ставлення до здорового способу життя, неправильне харчування, погіршення матеріального стану населення та наявність генетичних дефектів у генофонді сприяють зростанню випадків народження дітей з вродженими аномаліями та іншими спадковими хворобами, які можуть призвести до інвалідизації та навіть смерті. Сучасні генетичні дослідження підтверджують, що багато вроджених вад можна запобігти, а життя дітей, які мають такі стани, можуть бути покращені [56].

Збільшення поширеності хронічних та поєднаних захворювань призводить до заглиблення процесу інвалідизації серед дітей. В наш час питання, пов'язані з дітьми-інвалідами, стають особливо актуальними в Україні через постійне зростання їх кількості в загальній структурі дитячого населення [54, с.4].

Аналіз порушень психофізичного розвитку та комплексних порушень кількох функцій є однією з основних складових встановлення діагнозу. На нашу думку, неможливо надати ефективну допомогу батькам, якщо немає інформації про те, що відбувається з їх дитиною, які порушення в неї виникають, і як це впливає на сім'ю в цілому. Сім'я дитини з вадами в психофізичному розвитку є суб'єктом корекційної освіти, в рамках якої проводяться дослідження, виховання, навчання та надається корекційна психолого-педагогічна допомога.

Порушення психофізичного розвитку у дітей поділяються на наступні категорії:

- Виразні та сталі порушення слухової функції, які включають глухих, слабкочуючих та пізніше оглухлих дітей.
- Виразні порушення зору, до яких відносяться сліпі та слабкозорі діти.
- Важкі мовленнєві порушення, включаючи дітей-логопатів.
- Стійкі порушення інтелектуального розвитку, обумовлені органічним ураженням центральної нервової системи, такі як розумово відсталі діти.

– Затримка психічного розвитку, що включає дітей із захворюваннями інтелектуального розвитку (ЗІТР).

– Порушення опорно-рухового апарату, які виявляються у дітей з вадами опорно-рухового апарату.

– Емоційно-вольові розлади, до яких відносяться діти з вадами емоційно-вольової сфери.

– Комплексні порушення декількох функцій, такі як у сліпоглухих дітей та дітей, у яких вади зору, слуху, опорно-рухового апарату поєднуються із розумовою відсталістю [6; 17; 20].

– Аутичні діти – це діти з вираженими порушеннями у сферах контактів, таких як мова, комунікація і соціальна взаємодія. Вони часто проявляють тенденцію занурюватися у світ власних переживань.

– Діти з синдромом Дауна – це діти, у яких спостерігається генетичне порушення, яке впливає на фізичний і розумовий розвиток. Вони мають певні характерні риси фізичного вигляду та можуть вимагати спеціального підходу в освіті та розвитку [13; 21].

Як зазначає Б. Андрейко [2], діти з вадами психофізичного розвитку – це діти, у яких виявлені значущі аномалії або порушення в фізичному чи психічному розвитку, які можуть бути вродженими або набутими, і вимагають спеціальних умов для навчання та виховання. Несприятливий прогноз розвитку дитини раннього віку – це термін, який охоплює вади, розлади і порушення у розвитку дитини, які мають різний початок, ступінь важкості та характер, і які, незважаючи на їхню наявність, не можуть бути однозначно визначені як певний діагноз. Такий прогноз розвитку дитини найчастіше ставиться на підставі показників та ознак, виявлених під час пренатальних обстежень під час вагітності. Проте, при народженні не завжди можна визначити остаточний діагноз, і часто дитину супроводжують супутні розлади. Порушення у розвитку, виявлені в ранньому віці, незалежно від їхнього походження, ставлять дитину і її батьків перед викликом боротьби з певними медичними станами, не маючи чіткого діагнозу і визначеного

статусу інвалідності. Процес труднощів і невизначеностей починається з моменту виявлення порушення розвитку, і батьки долають ці труднощі в зусиллях з розумінням наявної несприятливої ситуації та емоційною напругою.

Про відмову від прийняття можливості існування прогнозу захворювання чи реальності неповносправності говорив Дж. Блейшер у 1984 році. У своєму дослідженні він проаналізував процеси адаптації батьків до народження дитини з особливими потребами. Зазначимо, що в окремих випадках, коли батьки, навіть без чіткого діагнозу, але з усвідомленням наявності порушень у розвитку своєї дитини, намагаються заперечити можливість настання прогнозу стосовно захворювання, це може вплинути на подальший розвиток дитини [58].

Дослідниця І. Іванова також виявила, що існує кризова стадія, пов'язана з встановленням діагнозу у дітей з обмеженими психофізичними можливостями. Сім'я, яка виховує таку дитину, проходить ряд життєвих стадій, що включають адаптацію до народження дитини з порушеннями у розвитку. Перша стадія включає в себе народження дитини та встановлення діагнозу: виявлення хвороби або вади, встановлення діагнозу, емоційне пристосування до нової ситуації та інформування інших членів сім'ї. Народження дитини з порушеннями розвитку є трагедією для батьків і створює складну психотравмуючу ситуацію в сім'ї. Період встановлення діагнозу може тривати від півроку до п'яти років. І. Іванова також досліджує інші стадії життя дитини та її сім'ї, включаючи розробку програми розвитку для дитини, вступ до відповідного навчального закладу, пошук професії для неповносправної дитини та інші аспекти [18].

Україна, на жаль, не має офіційних статистичних даних щодо кількості дітей раннього віку із різними порушеннями психофізичного розвитку або ризиком їх виникнення. Проте результати сучасних досліджень та досвід з інших країн свідчать, що вже на перших етапах свого життя, тобто у дітей віком від народження до чотирьох років, відзначається певний відсоток дітей

із затримкою чи порушеннями розвитку та ризиком їх виникнення. За даними досліджень, цей відсоток становить приблизно 13-18%. Фахівці та дослідники переконані в тому, що саме діти раннього віку потребують комплексної допомоги, яка повинна надаватися відповідно до сучасних науково обґрунтованих підходів. Бажано, щоб ця допомога надавалася в умовах сімейного догляду та виховання, з урахуванням індивідуальних потреб та особливостей кожної дитини.

Міжнародний досвід свідчить про те, що послуги раннього втручання є ефективним засобом задоволення різноманітних потреб сімей, де виховують дітей із порушеннями психофізичного розвитку. Ці послуги також допомагають у запобіганні інвалідизації дитини. Вчасно надавані послуги раннього втручання дозволяють задовольнити потреби батьків у психологічній та професійній підтримці, створюють умови для максимально ефективного використання потенціалу дитини для її розвитку та підготовки її до інклюзивного навчання.

Досягнення позитивних результатів можливе завдяки мультидисциплінарним командам раннього втручання, які об'єднують фахівців з різних спеціальностей. Вони працюють у співпраці з закладами та установами в галузі охорони здоров'я, соціального захисту, освіти, а також недержавними організаціями [32].

Раннє втручання, згідно з визначенням Європейської Асоціації Раннього Втручання (Eurllyaid), є комплексом заходів, спрямованих на розвиток дітей раннього віку з одночасним супроводом та підтримкою їхніх батьків. Ця система раннього втручання охоплює як дітей, так і їхні сім'ї та соціальне оточення в цілому. Раннє втручання вважається міждисциплінарною та сімейно-центрованою системою, яка надає комплексну допомогу дітям раннього віку з порушеннями розвитку, а також дітям, які належать до груп ризику, як біологічного, так і соціального. Основною метою раннього втручання є поліпшення розвитку дитини та підвищення якості життя їхніх сімей [45].

Раннє втручання вважається ключовою послугою для дітей раннього та дошкільного віку, які мають інвалідність, знаходяться у зоні ризику для інвалідності або мають проблеми зі здоров'ям. Ця послуга спрямована на розвиток дитини та попередження порушень її розвитку, а не лише на її реабілітацію. Раннє втручання охоплює різноманітні послуги, такі як медичні, медико-реабілітаційні, психологічні, психотерапевтичні, логопедичні, соціальні та освітні, і спрямоване на сприяння розвитку дитини відповідно до її віку та надання підтримки її сім'ї протягом перших шести років життя. Важливо розпочати інтервенцію якнайраніше, найкраще до досягнення дитиною трьох років.

Програми раннього втручання у всьому світі мають кілька базових характеристик. По перше, це програми первинної інтервенції, спрямовані на надання допомоги в ранньому віці. Більшість таких програм охоплює дітей від народження до трьох-чотирьох років і, в окремих випадках, розширюються на дітей до шести років. По друге, всі програми є профілактично-орієнтованими, спрямованими на попередження та ранню реабілітацію порушень розвитку дитини. При цьому вони також спрямовані на покращення якості життя сімей, які виховують цих дітей [32].

Програми раннього втручання базуються на кількох основних принципах:

1. Концепція абілітації: Спрямованість на розвиток та підвищення можливостей дитини, а не лише на виправлення порушень чи недоліків [7].
2. Сімейно-центрований підхід: Підтримка та взаємодія із сім'єю вважаються важливими для успішної ранньої інтервенції [39].
3. Освітній принцип реабілітації: Розвиток дитини під керівництвом фахівців, які сприяють набуттю необхідних навичок та знань [7].
4. Комплексність: Програми охоплюють багато аспектів розвитку дитини, включаючи медичну, психологічну, соціальну та освітню підтримку[7].

5. Принцип безперервності: Рання інтервенція надається упродовж тривалого часу, доки це необхідно для досягнення позитивних результатів [7].

6. Принцип міждисциплінарної взаємодії: Фахівці різних спеціальностей спільно працюють над розвитком дитини, координуючи свої зусилля для досягнення оптимальних результатів [7].

В Україні ефективно реалізується програма «Раннього втручання», яка є системою заходів, спрямованих на розвиток дітей раннього віку (від народження до 4 років) із виявленими порушеннями розвитку або під загрозою їх виникнення. Крім того, ця програма орієнтована на надання підтримки законним представникам таких дітей [26].

Раннє втручання передбачає спеціально організовану систему надання психологічної, медичної, соціальної і педагогічної підтримки сім'ям, які виховують дітей віком від народження до 4 років із відхиленнями у розвитку або ризиком їх виникнення. Принципи надання ранньої допомоги включають у себе урахування сензитивних періодів розвитку, залучення сім'ї, загальний характер психолого-педагогічного супроводу, реалізацію ранньої корекції через ігрову діяльність, міждисциплінарну взаємодію та соціальну інтеграцію і інклюзію. Головною умовою є єдність психолого-медико-педагогічної діагностики та комплексної допомоги, яка визначається комплексною діагностикою рівня розвитку дитини та включає у себе аналіз індивідуальної структури порушень розвитку, визначення ступеня первинного дефекту, характеристики патологічних синдромів та впливів соціальних факторів [41].

Програма раннього втручання спрямована на досягнення розвитку дитини в тих сферах, які відповідають її функціональним можливостям. Ця програма реалізується через створення індивідуальної програми розвитку для кожної дитини. На завершальному етапі, після закінчення програми раннього втручання, дитина може вступити до дошкільного навчального закладу або отримувати послуги за іншою програмою. Участь сім'ї в програмі раннього втручання сприяє кращій адаптації дитини до дошкільної освіти, розвиває її

пізнавальну активність, мобільність, навички самообслуговування та інші навички, сприяючи її соціальній взаємодії [35].

Сьогодні, одним із найбільш актуальних завдань у методичній допомозі психолого-медико-педагогічних консультацій в роботі з сім'єю є узагальнення здобутого вже досвіду та надання системності цій важливій формі їхньої діяльності. Ця діяльність включає в себе два основних напрямки:

1. Залучення сім'ї до співпраці з консультацією. Це передбачає активну участь сім'ї у взаємодії з фахівцями та готовність співпрацювати для досягнення спільних цілей.

2. Застосування різних форм і методів для надання сім'ї психологічної допомоги та передачі необхідних знань для успішної участі у супроводі дитини з особливими освітніми потребами. Це сприяє оптимальному розвитку та соціальній адаптації дитини. Ці два напрямки взаємопов'язані, оскільки ефективність допомоги, наданої консультацією, сприяє популярності цієї послуги, заслуговує довіру батьків та стимулює їхню готовність до навчання та співпраці.

Для виявлення дітей та одночасно залучення батьків до співпраці з консультацією, корисним є встановлення контактів з батьківськими громадськими організаціями у своєму регіоні. Досвід показує, що цим батьківським об'єднанням часто бракує знань і методичної допомоги щодо питань навчання та розвитку дітей.

Співпраця з консультацією для них є доцільною, оскільки консультація може надати необхідну інформацію та методичну допомогу. По перше, ця співпраця надає батьківським об'єднанням можливість отримати достовірну інформацію щодо діяльності консультації. По друге, вона сприяє запобіганню поширенню неточних уявлень про саму консультацію, а також про перспективи та наявні умови навчання, розвитку та соціальної адаптації дітей із психофізичними порушеннями [36].



Перед початком широкомасштабної війни в Україні діяло 146 реабілітаційних установ для осіб (включаючи дітей) з інвалідністю, які були розподілені за наступними категоріями: 8 зі статусом державного значення, 16 зі статусом обласного значення, 69 зі статусом міського значення, 50 зі статусом районного значення та 3 зі статусом об'єднаних територіальних громад. Також була створена мережа, яка налічує 695 інклюзивно-ресурсних центрів (або ІРЦ). Метою цих центрів є забезпечення дітей з особливими освітніми потребами, включаючи дітей з інвалідністю, правом на здобуття дошкільної та загальної середньої освіти [25].

Умови війни створюють неймовірну складність для фахівців з раннього втручання щодо надання повноцінних послуг. Це обумовлено численними причинами, включаючи відсутність необхідних спеціалістів, які можуть бути переміщені внаслідок конфлікту, а також недоступність укриттів під час повітряних тривог. Перерви у роботі центрів також стали наслідком припинення їх функціонування через війну та віддаленість від центрів, до яких важко дістатися власним або громадським транспортом. Це також призвело до припинення надання послуг через війну та інші причини. Провідними чинниками, які обмежили доступ до послуг ІРЦ, стали їх перевантаження, недостатня кількість відповідних фахівців, неповне консультування і відсутність відповідних укриттів та інфраструктури тощо[1].

Водночас продовжує роботу низка закладів, серед них:

- Центр раннього втручання комунального некомерційного підприємства «Дитяча міська поліклініка № 6» Одеської міської ради;
- комунальний заклад «Центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю «Мальва» міста Дніпро;
- комунальний заклад освіти «Криворізький спеціальний багатопрофільний навчально-реабілітаційний центр 1» Дніпропетровської області;

- комунальне некомерційне підприємство «Краматорський будинок дитини «Антошка»;
- команда Благодійного Фонду «Інститут раннього втручання», які надають послуги переважно онлайн [29].

Програма раннього втручання включає в себе комплексну супервізію, яка враховує декілька аспектів. По перше, це програми первинної інтервенції, спрямовані на надання допомоги дітям на ранньому етапі життя. По друге, включаються профілактичні програми, які спрямовані на попередження розвитку порушень у дітей і поліпшення якості життя їх сімей. По третє, передбачається спеціалізована система послуг, яка вимагає міжсекторальної співпраці, і загальносуспільні реформи.

Мета програми раннього втручання полягає в досягненні результатів у різних сферах розвитку дитини, які відповідають її функціональним можливостям. Ця програма реалізується через індивідуальні програми розвитку для кожної дитини. На завершальному етапі надання послуги раннього втручання діти переходять до дошкільної освіти або отримують інші послуги згідно із спеціальними програмами. Участь сім'ї в програмі раннього втручання сприяє кращій взаємодії зі системами соціальних послуг, розвиває пізнавальну активність, мобільність, навички самообслуговування тощо, що сприяє кращій адаптації дитини до дошкільної освіти та інших сфер життя [35; 57; 60].

Отже, проаналізувавши наукові джерела щодо поняття «діти з особливими потребами» встановлено, що загальним та включає в себе всіх дітей, чиї потреби виходять за межі загальноприйнятих стандартів. Поняття «раннє втручання» є комплексом заходів, спрямованих на розвиток таких дітей раннього віку з одночасним супроводом та підтримкою їхніх батьків. Ця система раннього втручання охоплює як дітей, так і їхні сім'ї та соціальне оточення в цілому.

## **1.2. Соціально-психологічні чинники психоемоційних станів батьків дітей з особливими потребами**

Сімейне оточення виступає важливим компонентом формування духовно-моральних аспектів особистості дитини і є провідним інститутом виховання, який має суттєвий вплив на соціокультурний розвиток суспільства. Саме у сім'ї дитина отримує належне та повноцінне виховання протягом свого раннього дитинства. Дослідження свідчать, що діти, які не мають сімейного оточення, можуть виявляти затримку у розвитку в порівнянні з тими, які належать до сімейних колективів. Необхідність сімейного виховання пояснюється наявністю емоційного виховання в сімейному середовищі, що виражається у вияві батьківської любові до дітей та в почуттях, таких як ласка, ніжність та довіра. Сімейний контекст дозволяє дитині виражати свої емоції та розвивати свій інтелект у більш повноцінному способі, що сприяє її швидшому розвитку та адаптації до соціокультурного середовища.

Сімейна обстановка вважається найбільш сприятливим середовищем для розвитку особистості дитини, особливо тоді, коли ця дитина має фізичні або розумові обмеження. Такі діти особливо потребують більше уваги, ласки, спілкування та дбайливості, включаючи як вербальну, так і невербальну комунікацію. Зацікавленість батьків у вихованні дитини з особливими потребами відіграє важливу роль у формуванні її психологічного самопочуття. У випадках, коли батьки не виявляють інтересу до виховання дитини з особливими потребами, а також у разі інших факторів, ці діти часто стикаються із відчуттям дискомфорту у взаєминах в родині. У таких сім'ях діти з особливими потребами можуть відчувати подвійне навантаження: вони можуть почувати неприйняття соціумом та відчуження навіть в родинному колі.

Головним завданням сім'ї, де є діти з особливими потребами, є підтримка та збереження позитивного ставлення до життя та сприяння

розвитку любові до інших людей в дитині. В родинному оточенні дитина повинна відчувати безумовну любов, повагу та піклування щодо своїх потреб. Батьки мають забезпечити те, щоб сімейний спільний час приносив радість та щастя всім членам родини. Важливо не занадто акцентувати увагу на недоліках дитини, а намагатися постійно виявляти та підкреслювати позитивні аспекти її розвитку, розвивати добрі звички та навички.

Діти з вадами в розвитку найчастіше відчують негативні наслідки через неприйняття та відчуження у сімейному середовищі. Сім'ї, де виховуються діти з особливими потребами, можуть мати різні форми дисгармонійного виховання та характеризуватися недостатнім рівнем взаємодії та спілкування. Цей негативний стереотип сімейного виховання може вплинути на формування особистості дитини з особливими потребами, проявляючись у її високій залежності від сім'ї, обмежених соціальних навичках та виявленні аутичної поведінки. У підлітковому віці це може призвести до гіперкомпенсації, виявляючись у неадекватних реакціях, таких як невмотивовані відмови, негативізм, істеричні вияви емоцій, перебільшення власних недоліків та розвитку різних страхів.

«Народження неповносправної дитини – великий переворот у житті сім'ї. Це не те, про що мріяли батьки, не те, до чого вони готувалися. Зовсім інші сподівання має молоде подружжя, коли з нетерпінням очікує на народження своєї дитини, яка має утвердити їх у власних очах і в очах інших у їхній батьківській ролі, скріпити їхню любов, стати її виявом, її плодом – безумовно найгарнішою, найкращою дитиною в світі. Та й чи батьки молоді чи старші, і дитина перша чи ні, очікуючи на народження дитини, вони уже наперед вимріюють її долю – найщасливішу, найкращу...

Батьки мріють про той день, коли ця дитина з'явиться на світ, про те, як з любов'ю і радістю вони її приймуть, яке ім'я їй дадуть, як вона буде рости і розвиватися їм на радість, як колись піде до школи, буде приносити додому гарні оцінки, і батьки будуть пишатися нею... Батьківські мрії летять ще далі: як дитина закінчить школу, здобуде престижну освіту, роботу,

одружитися, приведе в їхній дім онуків, забезпечить їм спокійну, зігріту турботою і любов'ю старість... І разом з батьками на цю дитину чекають їхні близькі родичі, друзі... Цей довгожданий день настає, дитина народжується – омріяна, очікувана з таким нетерпінням і хвилюванням... Комусь уже відразу в пологовому будинку, а комусь згодом, за декілька місяців, коли з'являться відхилення у розвитку, або нещасний випадок чи хвороба дадуть серйозне ускладнення, лікарі проголосять: «Ваша дитина буде не така, як інші діти, ваша дитина буде інвалідом...». Для батьків ці слова прозвучать як вирок смерті усім їхнім очікуванням та мріям, їхня дитина не буде найкращою, її розвиток відставатиме від розвитку ровесників: чи зможе вона ходити, бігати? чи буде говорити? чи зможе ходити до школи і вчитись, як інші діти? їхня дитина не буде найгарнішою: викривлене неконтрольованими рухами обличчя, скуте паралічем тіло... І доля її не та, про яку мріялось: неповносправність, з якою доведеться жити усе життя; чи матиме вона друзів? свою сім'ю? професію? чи знайде вона своє місце у світі, суспільстві? і що з нею буде потім, коли батьки постаріють і уже не зможуть турбуватися про неї, а що буде, коли вони помруть?... І ця дитина не буде гордістю батьків в очах їхньої родини, друзів – багато хто з них сприйме її як «нещасний випадок», про який намагатимуться не згадувати в розмові, а може ще і радитимуть відмовитись від неї, віддати в інтернат. Кардинально міняється і доля батьків: тепер вони уже на усе життя «прив'язані» до дитини турботою про неї... Тому проголошення діагнозу стає для батьків немов землетрусом, який руйнує усі мрії та сподівання, з якими вони пов'язували своє і дитини щастя. Усвідомлення втрати цих мрій призводить багатьох до справжнього емоційного шоку» [8; 62].

«Неповносправність дитини впливає на матерів, татів, братів і сестер, дідусів та бабусь й усіх членів сім'ї чий життя пов'язані з життям дитини. Ці члени сімей найважливіші у визначенні майбутнього дитини. Сім'я – це своєрідні цикли, ланцюжки взаємодій, і всі члени сім'ї впливають один на одного. Фахівці, що допомагають дітям, мають усвідомлювати важливість

сім'ї для дитини, а також того соціального та культурного середовища у якому живе сім'я. Неможливо допомогти дитині, не допомагаючи її сім'ї».

Е. Робертс виділяє щонайменше чотири компоненти втрати, яку переживають батьки, виявивши у дитини неповносправність:

- Втрата очікуваного та ідеалізованого образу дитини.
- Втрата майбутнього, яке було заплановане для дитини.
- Втрата особистих та сімейних мрій і планів на майбутнє.

Нарцистична втрата, що означає, що батьки відчувають себе менш цінними і повноцінними, оскільки народили неповносправну дитину. Народження неповносправної дитини може викликати в них почуття сорому та неповноцінності, оскільки це сприймається як втрату очікуваної здорової дитини[39].

Деякі батьки можуть відмовлятися визнавати інвалідність своєї дитини, намагаючись уникнути реальності цього факту. Проте таке уникнення лише погіршує ситуацію. З іншого боку, батьки можуть відчувати вину перед собою або іншими за народження дитини з інвалідністю, і ця вина може переслідувати їх протягом усього життя. Проте це не сприяє вирішенню проблеми та подоланню труднощів, які виникають на їхньому життєвому шляху [47].

Важливою рисою розвитку будь-якої дитини, включаючи тих, що мають психофізичні відхилення, є формування її особистості. Основна частина цього процесу відбувається в сім'ї. Характер взаємовідносин між батьками та дитиною визначає адекватність контактів дитини зі світом навколо неї. Кожна сім'я є важливим джерелом духовної підтримки та є найбільш значущим фактором соціалізації, який переважає за своєю вагою всі інші аспекти. Сім'ї, які виховують дітей з відхиленнями в розвитку, зіткнулися з великою кількістю проблем. Не кожен батько або мати можуть адекватно прийняти дитину з особливими потребами та реагувати на безперервно звільнюючіся проблеми. Відомо, що тривала психотравмуюча ситуація негативно впливає на психіку батьків та ускладнює їхні відносини з

дитиною. Деякі батьки важко переживають трагічність ситуації. Особистісні якості батьків грають важливу роль у соціалізації дітей і їхній адаптації до життя. Важливою є наявність у батьків такої якості, як стресостійкість, оскільки вона необхідна для підтримки дитини. Недостатність цієї якості може вказувати на те, що батьки не здатні виконувати роль вихователів і соціальних супровідників своєї дитини протягом її життя. Здатність батьків взаємодіяти з фахівцями на різних рівнях також є важливою, і відсутність цієї здатності може свідчити про ізолюваність батьків від дитини та соціального середовища [38; 52].

Основний догляд за дитиною з інвалідністю часто лягає на плечі матерів, і ця реальність веде до того, що вони самі стають «соціально інвалідизованими.» Неможливість виділити достатньо часу для себе, велике психологічне і іноді фізичне навантаження часто призводять до того, що матері «вигорають» на очах. Крім того, гендерні ролі можуть впливати на спосіб, якими чоловіки та жінки реагують на ситуацію. Чоловіки, які традиційно відіграють роль батьків, можуть приховувати свої емоції та стурбованість за ілюзією «спокійного прийняття» ситуації, і це часто може викликати непорозуміння з боку жінок. Гендерні ролі також можуть ускладнювати можливість чоловіків виразити свої емоції, приймати та користуватися соціальною підтримкою, що створює значні перешкоди для розв'язання кризових ситуацій, пов'язаних із інвалідністю дитини.

Сім'ї, в яких зростає дитина з інвалідністю, стикаються з багатьма складними проблемами, які охоплюють різні аспекти життя. Ось кілька з них:

Соціальні аспекти: Включають адаптацію до соціального оточення, боротьбу за безбар'єрний доступ, прийняття оточуючими та створення умов для активного життя. Для сімей з дітьми з інвалідністю важливо, щоб соціальне середовище було підтримуючим і допомагало їм інтегруватися в суспільство.

Педагогічні аспекти: Включають у себе роботу зі спеціалізованими педагогами, створенням інклюзивних навчальних середовищ та розвитком спеціальних програм для дітей з інвалідністю.

Психологічні аспекти: Включають в себе процеси прийняття ситуації, адаптації до життя з дитиною з інвалідністю і роботу над позитивним мисленням. Для батьків важливо мати психологічну підтримку і засоби для впорядкування своїх емоцій.

Економічні аспекти: Включають в себе фінансове навантаження сімей, які виховують дитину з інвалідністю. Витрати на медичну допомогу, спеціальні засоби, реабілітацію та інші потреби можуть бути значними.

Медичні аспекти: Сконцентровані на оптимізації медичного обслуговування дитини з інвалідністю і прагненні досягнути найбільшого рівня допомоги та підтримки для їх медичних потреб [23].

Отже, соціальні труднощі, з якими стикаються батьки дітей з обмеженими можливостями, можуть бути значними і мають багато аспектів:

– Стигма та дискримінація: Батьки дітей з обмеженими можливостями можуть стикатися із стигмою та дискримінацією в суспільстві. Це може впливати на їх можливість знайти роботу, отримати доступ до послуг та інші аспекти їхнього життя.

– Обмежений доступ до ресурсів: Батьки таких дітей можуть мати обмежений доступ до різних ресурсів, включаючи освіту, медичну допомогу, терапію та інші види підтримки. Це може ускладнити дітям отримання необхідної допомоги та можливість отримати повноцінну освіту.

– Взаємодія з рідними та друзями: Батьки таких дітей можуть також стикатися з нерозумінням та відсутністю підтримки родичів, друзів та інших людей у своєму оточенні. Це може впливати на їх соціальні відносини та психологічний стан.

Так, доступ до належної освіти для дітей з обмеженими можливостями може бути значним викликом для батьків. Багато дітей з особливими – освітніми потребами вимагають індивідуального підходу та спеціальних



методів навчання. Однак не всі заклади освіти мають необхідні умови, ресурси та підготовлений персонал для забезпечення такого навчання. В результаті батьки можуть бути змушені шукати спеціалізовані навчальні заклади або школи, які можуть бути віддаленими від їхнього місця проживання. Це може призвести до транспортних витрат і додаткових труднощів для сімей.

Діти з обмеженими можливостями часто потребують додаткової підтримки та допомоги у повсякденному житті, оскільки вони можуть мати обмежену самостійність у виконанні певних повсякденних завдань. Батьки таких дітей зазвичай беруть на себе значну частину цієї допомоги, а це може вимагати від них фізичної, емоційної та психологічної витрати.

Відчуття соціальної ізоляції може виникнути у батьків, які виховують дітей з особливими освітніми потребами через відсутність адекватних знань щодо різних нозологій та незнання оптимальних способів надання допомоги своїм дітям. Вони можуть бути недостатньо обізнані щодо специфічних потреб своїх дітей і невпевнені, як знайти необхідну підтримку та професійну допомогу.

Батьки дітей з особливими потребами можуть відчувати себе відірваними від суспільства та інших батьків, чия діти не мають спеціальних потреб. Вони можуть відчувати, що оточуючі люди не розуміють їхньої конкретної ситуації та не можуть надати необхідну допомогу щодо подолання проблем, пов'язаних із доглядом за дітьми з особливими потребами. Це може призвести до розвитку почуття соціальної самотності та відчуженості.

Батьки дітей з особливими освітніми потребами змушені приділяти значну кількість свого часу та уваги своїм дітям, що може призвести до високого рівня стресу. Вони постійно переживають за здоров'я своєї дитини, її загальний розвиток та благополуччя, і це може призвести до відчуття безпорадності, втоми та додаткового психічного навантаження.

Ставлення батьків, які виховують дітей з особливими потребами, до самих себе може бути різним і залежить від конкретних обставин та життєвого досвіду кожної родини. Однак в багатьох випадках батьки стикаються з інтенсивними емоційними, фізичними та фінансовими труднощами, що може призвести до різноманітних емоційних реакцій та почуттів.

З одного боку, батьки можуть відчувати гордість і задоволення від того, що вони сприяють розвитку та зростанню своїх дітей з особливими потребами. Вони можуть відчувати, що вкладають усі зусилля, щоб забезпечити краще майбутнє своїм дітям. З іншого боку, батьки можуть почувати втому, стрес та розчарування внаслідок постійного догляду за такими дітьми, що може бути дуже важким завданням для них. Зазвичай, вони відчують більшу відповідальність та навантаження на себе, оскільки їхні діти потребують більше уваги та догляду. Вони можуть відчувати почуття вини або стрес, коли не можуть надати своїм дітям всі необхідні ресурси та підтримку. Такі батьки можуть відчувати нестабільність через обмежений час, увагу та ресурси, які вони можуть приділити своїм дітям. Вони також можуть почувати себе самотніми через відсутність належної підтримки та розуміння з боку оточуючих людей.

Батьки дітей з особливими освітніми потребами часто відкладають свій власний час, потреби та бажання на другий план, зосереджуючи увагу на тому, щоб надати своїм дітям все необхідне. Вони можуть відчувати, що у них немає часу на власні інтереси та потреби, але все ж продовжують надавати допомогу своїм дітям.

Однак важливо, щоб батьки, які виховують дітей з особливими потребами, також приділяли увагу своєму власному фізичному та психічному здоров'ю. Вони можуть звертатися за допомогою до фахівців, таких як психологи або консультанти служби допомоги дітям з особливими освітніми потребами, які надають підтримку та консультативну допомогу. Крім того,

важливо, щоб батьки забезпечили собі можливість відпочинку та час для себе, щоб зберегти баланс та підтримувати емоційну стабільність [28].

У загальному розгляді О. Мамічева і Ю. Кащеєва, аналізуючи відносини батьків до своїх дітей із особливими потребами, виділяють наступні типи взаємодій:

– Батьки соромляться психофізичних порушень дитини, виявляють надмірну турботу та оберігання. У такому випадку дитина не відчуває себе комфортно і в безпеці, може виявляти замкнутість та незадоволеність самою собою.

– Батьки надто самокритично ставлять до себе і вважають, що вони винні в стані своєї дитини. Вони намагаються застосовувати нерозумні методи виховання та лікування, які не приносять користі дитині і можуть їй навіть шкодити.

– Батьки не помічають проблем у розвитку своєї дитини і ставлять до неї завищені вимоги. Цей постійний тиск може зробити дитину впертою і дратівливою, а регулярні ситуації, в яких вона відчуває себе неспроможною, позбавляють її впевненості в собі.

– Батьки приймають дитину такою, якою вона є природно, дозволяють їй бути самою собою, і не звертають уваги на думки та зауваження інших людей. У цьому випадку дитина відчуває себе впевненою і щасливою, приймаючи себе такою, яка вона є [27].

Психологічний аспект роботи з батьками дітей із особливими потребами ретельно розглядається в наукових працях Т. Титаренко [48; 49]. Проблеми, з якими стикаються батьки таких дітей, мають серйозний вагомий характер і потребують як негайної, так і тривалої психологічної підтримки.

Батьки дітей із особливими потребами часто переживають постійну пригніченість, почуття безпорадності, тривогу та навіть агресію. Ці емоції суттєво погіршують взаємини між ними. Важливий психологічний стрес посилюється матеріальними труднощами і можливими конфліктами в парі або між розлученими батьками.

Постійний досвід стресу призводить до втрати віри в себе і власних можливостей. Людина може стати роздратованою, втомленою, злою, і це може вплинути на її здатність розробляти конструктивні підходи до виховання дитини [49].

Титаренко описує різні способи, якими батьки можуть реагувати на кризу, пов'язану з народженням дитини з особливими потребами:

– Перебільшення складності ситуації та розпач: Деякі батьки перебільшують складність ситуації та перебувають у стані розпачу. Вони можуть розвивати стереотип постійного жалю до себе і своєї дитини. Страждання стає основним смислом їхнього життя, і вони можуть чекати допомоги ззовні, не розраховуючи на власні сили. Консультації для таких батьків повинні спрямовуватися на формування більш активної життєвої позиції, відповідальності та віри в власні здібності.

Поверхнєве ставлення до вад: інші батьки ставляться до наявності вад у своїй дитині поверхнєво, віддаючи перевагу відходженню від реальності. Ця позиція менш травмуюча для дитини, але вона не сприяє активним батьківським діям у пошуку шляхів реабілітації дитини. Консультація для таких батьків має спрямовуватися на допомогу в легалізації їхнього страху та переконання їх у тому, що вони зможуть подолати всі труднощі. Ці люди можуть залишати враження впевнених у собі осіб, які не очікують підтримки та допомоги, але водночас їхні дії можуть призвести до непродуктивного самовиснажування та категоричної відмови від власних потреб на користь дитини [48, с. 7].

Роботи І. Іванової, що стосуються проблем інвалідності, відіграють значну роль у висвітленні психологічних аспектів виховання дітей з особливими потребами. Автор акцентує увагу на різних аспектах проблем, з якими стикаються батьки, які виховують дитину із особливими потребами.

Серед основних проблем, з якими зустрічаються батьки таких дітей, І. Іванова виділяє наступні аспекти:

– Нестача повної інформації: Батьки часто стикаються з нестачею інформації щодо перебігу хвороби своєї дитини, наслідків для дитини та для самих батьків. Також відсутня інформація про психологічну, правову, педагогічну підтримку та про інших батьків, які мають подібні проблеми.

– Стадії життєвого циклу: Кожна стадія життєвого циклу ускладнена додатковими труднощами для батьків. Наприклад, у дошкільному віці мати дитини із особливими потребами часто залишає роботу, щоб надавати більше часу дитині та виконувати її потреби. В цей період багато батьків розлучаються, не витримуючи психологічного навантаження. Також виникають кризові ситуації, пов'язані з госпіталізацією та психічними травмами дитини.

– Питання освіти: Проблемою є вибір дитячого закладу та відсутність інформації про спеціалізовані школи та дитячі садки. Якість навчання прямо пов'язана з організацією подальшого життя дитини, і відсутність соціально-педагогічної та психологічної підтримки в цьому плані може негативно вплинути на розвиток дитини.

– Дорослішання дитини: Фізичний догляд за дитиною ускладнюється з дорослішанням, і з'являються нові проблеми, такі як вибір професії, формування навичок взаємодії із суспільством, самообслуговування та статеві відносини. Для батьків старшого віку дитини з особливими потребами виникає питання про її майбутнє, оскільки батьки не вічні.

Важливим фактором є створення сприятливого психологічного клімату в родині, що сприяє найбільш оптимальному розвитку дитини. Дезорганізація у батьків може підвищити ризик виникнення вторинних симптомів інвалідності [18].

Неприйняття дитини, особливо якщо її народження пов'язане з аномаліями розвитку, може стати основою для створення негативних взаємин між батьками та дитиною. Ці взаємини часто ґрунтуються на почуттях внутрішньої невдоволеності та роздратування, які виявляються у наступних проявах:

– Постійне почуття внутрішньої невдоволеності: Батьки можуть постійно відчувати незадоволеність своєю дитиною через її аномалії розвитку.

– Надмірна суворість або потурання: Батьки можуть проявляти надмірну суворість або, навпаки, допускати дитину до багатьох речей без належного контролю.

– Негнучкість у відносинах із дітьми: Батьки можуть не враховувати зміни в ситуації чи контексті, що може викликати конфлікти та нерозуміння.

– Нерозуміння особистісного розвитку дитини: Батьки можуть не розуміти індивідуальні потреби та можливості своєї дитини, що призводить до неадекватної оцінки її дій і вчинків.

– Нерівномірність відносин у різні життєві роки: Відносини батьків із дитиною можуть бути нерівномірними в різні періоди життя дитини, і це може призвести до нерозуміння та нерівномірності підходів до виховання.

Важливими чинниками, що лежать в основі таких взаємин і виховного впливу батьків, можуть бути їхні характерологічні особливості, нерозвиненість уяви, непослідовність у спілкуванні з дітьми та нелогічність у вимогах і підходах. Недостатня увага може призвести до імпульсивних дій, спрямованих на дитину, в той час як переслідування змінюються байдужістю до справ та вчинків дитини. Незгоди між батьками також можуть викликати розгубленість дитини та спонукати її лавірувати між вимогами батьків, щоб створити конфлікти та розбрат між ними [43].

На думку Б. Андрейко існує 4 основних детермінант зміни психоемоційного стану батьків дітей з особливими потребами:

1. Особистісно – психологічні.

– Емоційне напруження: Зазнають емоційного напруження, оскільки такі ситуації можуть бути дуже важкими і викликати стрес.

– Зміна батьківського ставлення: Сталася зміна у відносинах батьків до дитини, оскільки вони стикаються з новими викликами та відповідальністю.

– Відсутність адекватної та стійкої самооцінки: Батьки можуть почувати відсутність адекватної та стійкої самооцінки через сумніви та невпевненість у своїх здібностях.

– Відсутність копінг-стратегій: Може бути відсутність ефективних стратегій копіngu, які допомагали б батькам вирішувати труднощі та подолати стресові ситуації.

– Відсутність стійких цінностей та відчуття самоефективності: Батьки можуть відчувати відсутність стійких цінностей та відчуття власної ефективності, що може впливати на їхню спроможність вирішувати проблеми та долати виклики.

## 2. Характеристика сім'ї, сімейні відносини.

– Кризовий період постановки діагнозу: Це важкий період, коли батьки дізнаються про діагноз своєї дитини з особливими потребами. Це може викликати стрес, сумніви та нерозуміння.

– Відсутність теплих емоційних стосунків: Батьки можуть стикатися з відсутністю теплих емоційних стосунків в родині, включаючи відсутність підтримки, здатності виявляти любов та ефективної комунікації.

– Неуважність до потреб один одного: Батьки можуть бути неуважними до потреб і побажань один одного через загальний фокус на потребах дитини.

– Відсутність гнучкості: Брак гнучкості та здатності змінювати пріоритети та стратегії відповіді на неочікувані обставини може призвести до конфліктів та напруги в сім'ї.

– Незадоволеність шлюбом: Сімейні пари можуть відчувати незадоволеність своїм шлюбом через додаткові виклики та труднощі, пов'язані з вихованням дитини з особливими потребами.

– Неповна сім'я: Наявність неспільних дітей від різних шлюбів або інших сімейних змін також може впливати на динаміку сім'ї та відносини між членами сім'ї.

## 3. Соціально-освітні.

– Недостатність матеріальних ресурсів: Брак необхідних матеріальних ресурсів для надання дитині необхідної допомоги та підтримки може бути джерелом стресу та незрозуміння.

– Відсутність соціальної підтримки: Наявність соціальної мережі та підтримки з боку родичів, друзів та інших батьків з неповносправними дітьми може впливати на благополуччя сім'ї та дитини.

– Наявність стигматизації: Ставлення оточуючих та суспільства до дитини з особливими потребами може призводити до стигматизації та негативного впливу на самооцінку сім'ї.

– Недосконалість законодавства про охорону дитинства: Відсутність адекватного законодавства та правового захисту для дітей з особливими потребами може створювати труднощі та незрозуміння.

– Відсутність інформації для батьків: Недоступність або відсутність інформації для батьків щодо особливостей виховання дитини з особливими потребами може бути джерелом незрозуміння та незгоди.

– Відсутність спеціалістів: Недостатня кількість та доступність спеціалістів, які б могли надавати необхідну допомогу дитині та сім'ї, може призводити до труднощів у вихованні та догляді за дитиною.

– Низький рівень піклування держави: Недостатній рівень піклування та підтримки держави щодо фізичного і розумового розвитку дітей з особливими потребами може створювати додатковий тиск на сім'ю.

– Не задоволеність професійним життям: Відсутність підтримки та можливостей для батьків в поєднанні професійного та сімейного життя може призводити до неспокою та непокори.

4. Характеристики дитини. Стан здоров'я дитини та її хвороба: Стан здоров'я та хвороба дитини можуть створювати додаткові труднощі для сім'ї та батьків.

– Прояв «важкої» поведінки у дитини: Якщо дитина виявляє складну або важку управляти поведінку, це може призводити до стресу та змін в сімейній динаміці.



– Неможливість дитини висловити свої почуття: Якщо дитина не може висловити свої почуття, виразити задоволеність, любов або вдячність, це може створювати додаткові труднощі у взаємодії з батьками.

– Несамостійність в побутових навичках: Якщо дитина не може самостійно виконувати побутові навички, такі як користування туалетом, одягання та прийом їжі, це може створювати додаткові виклики для батьків.

– Відсутність чіткого діагнозу та визнання інвалідності: Відсутність чіткого діагнозу та визнання дитини як інваліда може ускладнювати доступ до необхідних послуг та підтримки [2].

Внаслідок аналізу досліджень вчених і практикуючих психологів, які спеціалізуються на роботі з дітьми, які мають вади розвитку, можна визначити, що емоційний стан батьків під час захворювання їхніх дітей є важливим не лише для їхньої власної психологічної стійкості та цілісності сімейного оточення, але й впливає на позитивний розвиток самої дитини в контексті протікання її захворювання. Створення атмосфери прийняття та надання любові виявляє позитивний вплив як на дитину, так і на батьків. Важливо відзначити, що проблема дисципліни та виховання є актуальною і взаємопов'язаною з проявами любові та прийняття. У контексті психологічної підтримки батьків дітей із вадами розвитку, необхідно акцентувати увагу на емоційному стані батьків та їхньому сприйнятті хворої дитини та її прогнозованої поведінки. Порушення емоційного стану батьків може впливати на неадекватне ставлення до хвороби дитини, і це може сприяти некоректному вихованню та педагогічній недбалості в майбутньому. Тому важливо відзначити, що вітчизняні психологи відводять важливу роль ранній психологічній корекції та психологічному супроводу для сімей, які мають дітей з порушеннями розвитку. Важливо розуміти, що у кожній сім'ї є свої унікальні соціально-психологічні, особистісні та освітні проблеми, і кожна сім'я по-своєму переживає цей досвід, приймає рішення та проходить стадії адаптації до народження дитини з вадами розвитку. Визначено багато аспектів, які пов'язані з вихованням дітей із спеціальними потребами, і всі

вони є цінним додатком до сучасних досліджень у галузі психології. В аналізі літератури стає очевидним, що необхідно досліджувати не лише стадійність процесу, але й розуміти емоційні стани та переживання батьків, та, надавши чітку оцінку цим станам, розробляти індивідуальну програму підтримки для кожної сім'ї.

### **1.3. Психоемоційний стан батьків на різних етапах адаптації до народження дитини із особливими потребами**

Поява в сім'ї дитини з особливими потребами часто призводить до сильних емоційних переживань у батьків та близьких родичів. Щодня батьки таких дітей стикаються з численними фізичними і психоемоційними труднощами. Складна життєва ситуація, особливо при народженні дитини з психофізичними відхиленнями, призводить до збільшення частки несприятливих і нестійких станів у батьків таких дітей, особливо в умовах хронічного стресу.

При аналізі проблем, що виникають у сім'ях, де є дитина з психофізичними порушеннями, дослідники акцентують увагу на розвитку особливостей впливу такої дитини на життя сім'ї. Цей вплив включає фізичний, психічний, фінансовий та емоційний стрес, і його характер висвітлено у працях Р. Ілінгворта та Ф. Станга. Деякі автори також запропонували ввести поняття «реабілітації» для таких сімей, оскільки їхня мета полягає в відновленні емоційної стабільності та позбавленні від песимістичного стресу [59]. Більшість іноземних авторів розглядають широкий спектр невротичних та психологічних порушень, які спостерігаються у матерів дітей з психофізичними відхиленнями. Серед цих авторів можна виділити Д. Голдберга, О. Лісона, Б. Колдуелла, С. Гуза, Н. Молоні та Дж. Волкера.

Дослідники виявляють особливий інтерес до оцінки міри та тривалості стресу, що виникає у матерів дітей з психофізичними порушеннями. Деякі автори зазначають, що емоційні порушення в матерів можуть послабшати або зменшитися в середньому приблизно через десять років після народження дитини з такими порушеннями, як це наголошує Дж. Терстон. Також слід зазначити, що в сім'ях, де виховують дітей з психофізичними порушеннями, спостерігається тенденція до відчуженості та соціальної ізоляції, про що свідчать дослідження вчених, таких як Ф. Шонел, та Б. Ватс. Важливим аспектом у дослідженнях є також аналіз форм та етапів адаптації матерів, які виховують дітей з порушеннями. На цю тему проводили дослідження вчені, такі як Дж. Терстон, О. Лісон, Л. Міллер, К. Стівенсон та інші [55].

Процес адаптації матері, яка виховує хвору дитину, детально досліджений в монографії Е. Шухардт. Автор запропонував власну періодизацію кризових станів у сфері емоційного реагування матерів (рис.1.1):

1. Страх перед невідомим виражається у стані панічного страху перед майбутнім, викликає шок і страх втрати звичного «нормального» способу життя.
2. Прогнозованість відображає амбівалентність між раціональним сприйняттям проблеми та її емоційним неприйняттям.
3. Агресія проявляється у вияві негативних почуттів через емоційні вибухи, які можуть призвести до агресії спрямованої на навколишній світ.
4. Активна хаотична діяльність включає в себе спроби оволодіти безвихідною ситуацією за допомогою наявних засобів. Це може включати пошук «медичного світила» – такого як екстрасенс або лікар-чудотворець – або намагання знайти чудодійний засіб для вирішення проблеми шляхом прямого звернення до вищих сил.
5. Депресія виражається у відчутті відчайдушної безвихідності та апатії, яка виникає внаслідок безуспішних спроб на попередніх етапах.

6. Прийняття факту порушення розвитку відзначається виникненням нового сенсу життя, пов'язаного з прийняттям реальності.

7. Активізація полягає в тому, що сили, які раніше витрачалися на боротьбу та заперечення, звільняються, і батьки активно створюють нові життєві плани.



*Рисунок 1.1. Періодизація кризових станів у сфері емоційного реагування матерів [55].*

8. Солідарність передбачає об'єднання з іншими батьками, які стикаються з аналогічними труднощами. Травматична ситуація розглядається як джерело порушення психічного здоров'я та різкої зміни життєвого стереотипу. Рівень психічної травми значною мірою залежить від інтенсивності та якості значення народження здорової дитини для матері. Це, як правило, спостерігається у тих сім'ях, де дитина з психофізичними порушеннями є першою, і це підтверджується даними інших дослідників, таких як Л. Міллер і Г. Молоні [55].

М. Химко вказує, що реакції батьків на особливості розвитку дитини з особливими потребами включають шок, емоційне напруження, нерозуміння такої поведінки, дратівливість, тривожність, злість, емоційну напругу, виснаження, розпач, емоційну дистанцію, депресію, почуття вини та інші. Часто, як наслідок «важкої» поведінки дитини та реакції батьків, виникає проблема прийняття дитини такою, як вона є. Замість того, щоб прийняти дитину з її проблемами і активно працювати з нею, батьки можуть спробувати знайти причини цієї ситуації, але це може віддаляти дитину від них, що негативно впливає на її розвиток [53].

Н. Атаманчук виділяє деякі труднощі, з якими стикаються батьки «особливої дитини,» включаючи наступне:

1. Ситуація «особливого» материнства може порушувати суспільні норми, пов'язані з соціальною роллю матері. Не завжди дитина з особливими потребами може розвивати навички та вміння, які відповідали б очікуванням оточуючих. Це може призвести до сприйняття жінкою себе як нездатної впоратися зі своєю роллю.

2. Почуття провини та високий рівень тривоги, які характерні для матері «особливої дитини,» можуть спотворювати сприйняття реальності. Жінка може пояснювати різницю між її сучасним матеріальним статусом та попередніми очікуваннями як наслідок особливої ситуації та унікальності її дитини. Це може спричинити загальну незадоволеність материнською роллю, що може виражатися в самозвинуваченнях, зростанні внутрішньої конфліктності та побудові психологічних захистів.

Сім'ї можуть реагувати на проблему захворювання дитини по-різному. Якщо всі члени сім'ї приймають проблему, спільно шукають конструктивні рішення для складних ситуацій, прагнуть ефективно спілкуватися, мають позитивне ставлення до дитини та себе, і готові приймати допомогу, це сприяє створенню зони сприятливого особистісного розвитку дитини та поступовому активізації її власного потенціалу в життєдіяльності.

У тих сім'ях, де дитину з психофізичними відхиленнями не приймають, ставлення близьких родичів може виявлятися емоційним відторгненням, недостатньою готовністю до спільної діяльності, неадекватним стилем виховання, обмеженим спілкуванням з дитиною та недостатньою взаємодопомогою. Це призводить до погіршення атмосфери в родині, зачіпає усі члени сім'ї, створює напружену емоційну обстановку, порушує відносини в сім'ї, ускладнює соціалізацію дитини, перешкоджає співпраці та підтримці, і відображає небажанням батьків надати допомогу дитині [3].

С. Васильковська, Т. Жук, Т. Ілляшенко характеризуючи емоційну сферу батьків дітей з особливими потребами виділяють наступні:

– Агресія. Прояв агресії, виражений як реакція на неприйняття обставин, що склалися, в основному формується на основі певних особистісних особливостей, щонайменше одного з батьків, який підпорядковує свій стан та емоції впливу іншого. Надання допомоги таким батькам представляє значні труднощі, особливо у випадках, коли агресивна реакція є тривалим та укоріненим явищем.

– Сором. Фахівці часто пояснюють ізоляцію, у якій опиняється сім'я, відчуттям сорому, яке переживають батьки через народження дитини з порушенням у розвитку.

– Провина. Дуже руйнівним є переживання матір'ю своєї провини у тому, що дитина народилася не такою, як усі інші діти. І хоча частіше ніякої провини матері немає, вона спокутує це відмовою від власного життя та призначення для служіння своїй хворій дитині.

– Депресія. Почуття провини неминуче сприяє розвитку депресії і ще більше заглиблює сім'ю в деструктивний стан [36].

Б. Андрейко досліджуючи емоційну сферу батьків дітей з вадами розвитку виокремлює тривожність, як природню реакцію на яка виникає у процесі адаптації до середовища та виконання різних видів діяльності [2]. Дослідники, зокрема В. Вишневський та І. Мамайчук, провели аналіз впливу порушення розвитку дитини на психіку та поведінку її батьків. Вони виявили

наявність різних психологічних та психосоматичних проблем у матерів дітей із порушеннями в розвитку. Серед цих проблем відзначають виражений афект туги, синдром тривожної депресії, виснаження та сильну втому, неврози, головні болі, нудоту, коливання артеріального тиску, психогенний свербіж, порушення менструального циклу, часті застуди та алергії, серцево-судинні та ендокринні захворювання тощо[50].

Сім'ї, в яких народжується дитина з вадою розвитку, проходять різні стадії адаптації. Згідно з типологією американських авторів М. Селімана та Р. Дарлінга, існують чотири складові адаптації: нормалізація, участь у громадському житті, альтруїзм і примирення:

– Нормалізація означає процес адаптації, в ході якого сім'я намагається реалізувати і узгодити всі свої функції відповідно до потреб дитини з вадою розвитку.

– Участь у громадському житті передбачає активну роль батьків у захисті власних прав і прав своєї дитини на отримання освіти і соціального забезпечення, що досягається через створення організацій для дітей та батьків з інвалідністю.

– Альтруїзм, як метод адаптації, проявляється батьками з високим соціально-економічним статусом. Такі батьки створюють власні благодійні фонди та організації, які надають фінансову підтримку дітям інвалідам і фінансують програми навчання для дітей з вадами психофізичного розвитку. Ті, у кого немає достатніх фінансових можливостей, зазвичай спираються на допомогу релігійних громад, щоб надати підтримку сім'ям, які її потребують.

– Примирення характерне для тих сімей, які вже досягли нормалізації, не беруть участі в громадському житті і не мають можливості надавати допомогу іншим. Такі сім'ї стикаються зі стигматизацією в суспільстві і навіть не інтегровані в альтернативні групи. Примирення може призвести до відчуття безпорадності [2].

Батьки, які виховують дітей з особливими освітніми потребами, досить часто переживають як фізичну, так і емоційну втому. Вони постійно під

впливом стресу та напруження, відчувають сумніви, роздратованість та почуття спустошеності. Ці фактори стають основними чинниками, що призводять до розвитку синдрому емоційного вигорання серед батьків, які опікуються дітьми з особливими освітніми потребами. Саме тому проблема емоційного вигорання серед таких батьків стає особливо актуальною в останні роки.

Т. Титаренко та О. Кляпець вказують, що синдром емоційного вигорання представляє собою особливий стан виснаження, який виникає в результаті стресу, пов'язаного з комунікацією [48, с.4]. Сучасні науковці все частіше розглядають питання про емоційне вигорання не лише в контексті професійної сфери, але також і в сфері батьківства, оскільки спостерігається зростаючий рівень стресу серед сучасних батьків. Л. Пілецька визначає емоційне вигорання в сім'ї як загальний психічний стан виснаження особи, який проявляється у втраті інтересу до сімейного життя, сімейних справ, поступовому згасанні мотивації, пов'язаної із сімейними відносинами, зниженні ефективності виконання сімейних обов'язків та загальних психосоматичних порушеннях [33].

І. Збродська прийшла до висновку, що батьки, які відчувають виснаження під дією тривалого стресу і надмірних вимог, які накладає на них батьківство, можуть мати досвід батьківського вигорання. Це вигорання впливає на їхню особистість і відносини з партнером, а особливо на їхніх дітей, і в сутності порушує всю сімейну систему. Симптомами батьківського вигорання можуть бути фізичні (наприклад, неймовірна слабкість або проблеми зі сном) і емоційні (наприклад, дратівливість, насильство, почуття провини, гнів, відчуження, розчарування, низька самооцінка, бажання втечі) [16].

За висновком М. Химко, рівень емоційного напруження, якому піддаються батьки дітей з особливими потребами, залежить від того, яким чином пройшов процес діагностування проблем і як була представлена інформація про порушення розвитку [53]. Дослідниця І. Сухіна вивчала



індивідуально-особистісні властивості батьків дітей з особливими освітніми потребами, які впливають на розвиток емоційного вигорання. Її спостереження підтвердили, що найбільш важливими факторами, які сприяють розвитку емоційного вигорання, є:

– Властивості темпераменту, такі як високий рівень нейротизму та емоційної реактивності, емоційна нестійкість, тривожність, інтровертованість, толерантність до ситуацій невизначеності.

– Особистісні характеристики, включаючи зовнішній локус контролю, негативну оцінку самоефективності, негативну самооцінку, відсутність самоповаги, низький рівень розвитку саморегуляції, невміння долати стреси, високу амбіційність, агресивність, прагнення до змагальності, нетерплячість, і значну патологічну зануреність у сімейне життя [46].

Г. Соколова, яка проводила дослідження особливостей емоційного вигорання батьків, які виховують дітей із синдромом Дауна, прийшла до висновку, що найбільш актуальними проблемами для таких батьків є прагнення обмежити свої професійні обов'язки та неповна адекватність емоційного реагування. Якщо ці симптоми спільно проявляються, то батьки відчують бажання обмежити свою професійну діяльність, мінімізувати інші види роботи і приділяти увесь свій час дітям [42].

Отже, аналіз результатів наукових досліджень щодо емоційного стану батьків, які виховують дітей з особливими потребами, свідчить про їх постійну фізичну та емоційну втому. Вони перебувають у стані постійних переживань, сумнівів, емоційного напруження і хронічного стресу, що призводить до емоційного вигорання.

## РОЗДІЛ II

### ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ДИНАМІКИ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ БАТЬКІВ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ

#### **2.1. Організація та методика емпіричного дослідження емоційної сфери батьків дітей з особливими потребами**

Емпіричне дослідження динаміки психоемоційного стану батьків дітей з особливими потребами проводилося на базі Центру раннього втручання комунального некомерційного підприємства «Дитяча міська поліклініка № 6» Одеської міської ради. Програма емпіричного дослідження полягала у низці обумовлених етапів. На першому етапі проводилася підготовка до емпіричного дослідження на якому відбувалася визначення основних критеріїв дослідження, підбір психодіагностичних методик та формування вибірки. На другому етапі відбувся збір емпіричних даних. На третьому етапі було здійснено обробку статистичних даних та їхня інтерпретація, формулювання висновків.

У дослідженні брали участь 40 матерів дітей з особливими потребами від 0 до 4-х років. Десять матерів з дітьми від 0 до 1 року (група 1) та по 10 одного, одного, двох та трьох повних років. Метою дослідження було визначити динаміку психоемоційного стану батьків на кожному з вікових етапів розвитку їхніх дітей. На основі теоретичного аналізу для виконання мети і завдань дослідження нами були визначені наступні критерії: загальна оцінка психічних станів; рівень самопочуття, активності та настрою; рівень хронічної втоми, депресії та емоційного вигорання.

Для виконання поставлених завдань ми використали низку методик, такі як: тест «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенк), «Методика САН», опитувальник «Шкала депресії Бека», методика «Торонтська шкала алекситимії» (Toronto Alexithymia Scale, TAS).

Тест «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенк).

Тест дозволяє оцінити деякі неадаптивні стани (тривога, фрустрація, агресія) і властивості особистості (тривожність, фрустрованість, агресивність і ригідність). Має чотири шкали по 10 запитань у кожній.

З 1 по 10 запитання – шкала тривожності.

З 11 по 20 запитання – шкала фрустрації.

З 21 по 30 запитання – шкала агресивності.

З 31 по 40 запитання – шкала ригідності.

та дозволяє виявити такі рівні за шкалами:

0 – 7 балів – низький рівень;

8 – 14 балів – середній рівень;

15 – 20 балів – високий рівень.

Зазначені шкали, які складають тест «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенк), використовуються для об'єктивної оцінки різних аспектів психічних станів у досліджуваних осіб. Кожна з цих шкал має свою конкретну спрямованість і призначення:

**Шкала тривожності:** Оцінює ступінь тривожності у досліджуваних осіб. Вищі показники на цій шкалі вказують на більший рівень тривожності, характеризуючися станами напруження і стурбованості.

**Шкала фрустрації:** Має на меті визначити рівень фрустрації у досліджуваних осіб. Вищі результати на цій шкалі можуть вказувати на більше виражені ознаки роздратування, незадоволення та фрустрації.

**Шкала агресивності:** Вимірює рівень агресивності в осіб. Підвищені показники на цій шкалі можуть свідчити про більше виражені ознаки агресивності та схильність до конфліктів.

**Шкала ригідності:** Ця шкала призначена для оцінки рівня ригідності і нахилу дотримуватися жорстких правил і норм. Вищі бали на цій шкалі можуть вказувати на більше виражені ознаки схильності до стереотипів та обмеженої готовності адаптуватися до нових обставин [37].

«Методика САН»

Методика призначена для оцінки самопочуття, активності та настрою (перші букви цих функціональних станів і складають назву опитувальника). Досліджуваним необхідно співвіднести свій стан із рядом ознак за багатоступінчатою шкалою. Шкала складається з індексів (3 2 1 0 1 2 3) і розташована між тридцятьма парами слів протилежного значення, які відображають рухливість, швидкість і темп протікання функцій (активність), силу, здоров'я, стомлення (самопочуття), а також характеристики емоційного стану (настрій). Досліджувані повинні вибрати та помітити цифру, яка найбільш точно відображає їхній стан у момент обстеження.

Позитивні функціональні стани завжди отримують високі бали, а негативні – низькі. За цими “наведеними балами” і розраховується середнє арифметичне як у цілому, так і окремо з активності, самопочуття та настрою.

При аналізі функціонального стану важливими є не тільки значення окремих його показників, але і їх співвідношення. У відпочилої людини оцінки активності, настрою та самопочуття зазвичай приблизно рівні. В міру наростання втомленості співвідношення між ними змінюється за рахунок відносного зниження самопочуття й активності в порівнянні з настроєм.

Самопочуття: Ця шкала може відображати емоційний стан та внутрішнє самопочуття батьків. Батьки можуть переживати різні емоції, включаючи радість, горе, стрес, втому, задоволення або невдоволення. Високий рівень самопочуття може свідчити про позитивні емоції і задоволення від батьківства, тоді як низький рівень може вказувати на стрес, втому та емоційне вигорання.

Активність: Ця шкала може відображати енергію та активність батьків. Батьки дітей з особливими потребами можуть бути дуже активними у плануванні та забезпеченні догляду за своєю дитиною. Активність може також вказувати на їхню готовність або не готовність займатися дітьми та виконувати різні завдання, пов'язані з доглядом за ними.

Настрій: Ця шкала може відображати емоційний стан батьків. Батьки можуть переживати різні настрої, такі як радість, гнів, сум, стурбованість,

спокій тощо. Настрій може бути важливим показником емоційного стану батьків, і він може змінюватися в залежності від ситуацій та подій, пов'язаних з дітьми з особливими потребами [15].

### Шкала депресії Бека

Цей опитувальник складається з 21 пункту, кожен з яких містить кілька варіантів тверджень. Досліджувані мають прочитати кожен групу тверджень і вибрати те, яке найбільш точно характеризує їхнє самопочуття, мислення і настрої на сьогодні. Необхідно обвести колом номер вибраного твердження [30].

Бали нараховуються відповідно нумерації: 1,2,3,4.

- 0-11 немає депресії,
- 12-19 легкий рівень депресії,
- 20-26 середній рівень депресії,
- вище 26 важка депресія.

0-11 (немає депресії): Батьки з цим діапазоном балів, швидше за все, не відчувають значного рівня депресії. Вони можуть бути в стані психічної стійкості та емоційного комфорту, не переживаючи серйозних симптомів депресії.

12-19 (легкий рівень депресії): Батьки із легким рівнем депресії можуть відчувати деякі симптоми, які свідчать про початковий стан депресії. Це може включати в себе певний рівень підвищеної тривожності, сумнівів або втрати енергії. Для них важливо слідкувати за своїм емоційним станом і шукати підтримку та допомогу.

20-26 (середній рівень депресії): Батьки із середнім рівнем депресії можуть відчувати значний дискомфорт та важкість у щоденному функціонуванні. Симптоми депресії можуть ставати більш очевидними, такі як погіршення настрою, втрата інтересу до різних сфер життя та зниження активності. Батькам може знадобитися підтримка фахівців і родини, щоб подолати цей стан.

Вище 26 (важка депресія): Вищий рівень депресії свідчить про серйозний стан депресії.

Торонтська шкала алекситимії (Toronto Alexithymia Scale, TAS) [4]. Це клінічний опитувальник, призначений для вивчення такої особистісної характеристики, як алекситимія, що полягає в зниженні або відсутності здатності до диференціювання, розпізнавання чи вираження емоційних переживань та тілесних відчуттів. Іноді в це поняття також включають низький рівень емоційної чутливості щодо інших людей, низьку емоційну залученість у повсякденному житті.

Шкала алекситимії поділяється на 3 відрізки:

26-62 бали – відсутність алекситимії;

63-74 бали – прикордонний стан (є вірогідність виникнення алекситимії);

75-130 балів – наявність алекситимії.

Досліджуваним пропонується бланк з твердженнями, кожне з яких він має оцінити як «Зовсім не згоден» (1б), «Скоріше не згоден» (2б.), «Ні те, ні інше» (3б), «Скоріше згоден» (4б), «Повністю згоден» (5б).

Торонтська шкала алекситимії (Toronto Alexithymia Scale, TAS) має три шкали:

– відсутність алекситимії: Батьки, що отримують бали в цьому діапазоні, мають здатність розпізнавати та відкрито виражати свої почуття ефективно. Вони можуть бути відверті у вираженні своїх емоцій та розуміти свою емоційну сферу.

– межовий стан (існує ймовірність розвитку алекситимії): Батьки, які опиняються в цьому діапазоні, можуть мати деякі труднощі в розпізнаванні та вираженні своїх емоцій. Є імовірність розвитку алекситимії, стану, при якому важко виражати та розуміти власні емоції.

– наявність алекситимії: Батьки, що отримують бали в цьому діапазоні, свідчать про наявність алекситимії. Це означає, що вони мають серйозні труднощі в розпізнаванні та вираженні своїх емоцій, що може стати проблемою

в контексті дітей з особливими потребами. Алекситимія може ускладнити спілкування із власною дитиною та реагування на її потреби та емоційний стан.

## **2.2. Психологічний аналіз динаміки психоемоційного стану батьків неповносправних дітей**

Відповідно до обраної методики проведення дослідження нами було встановлено наступні показники динаміки психоемоційного стану батьків дітей з особливими потребами за методикою «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенк). Методика місти 4 шкали: тривожності, фрустрації, агресії та ригідності.

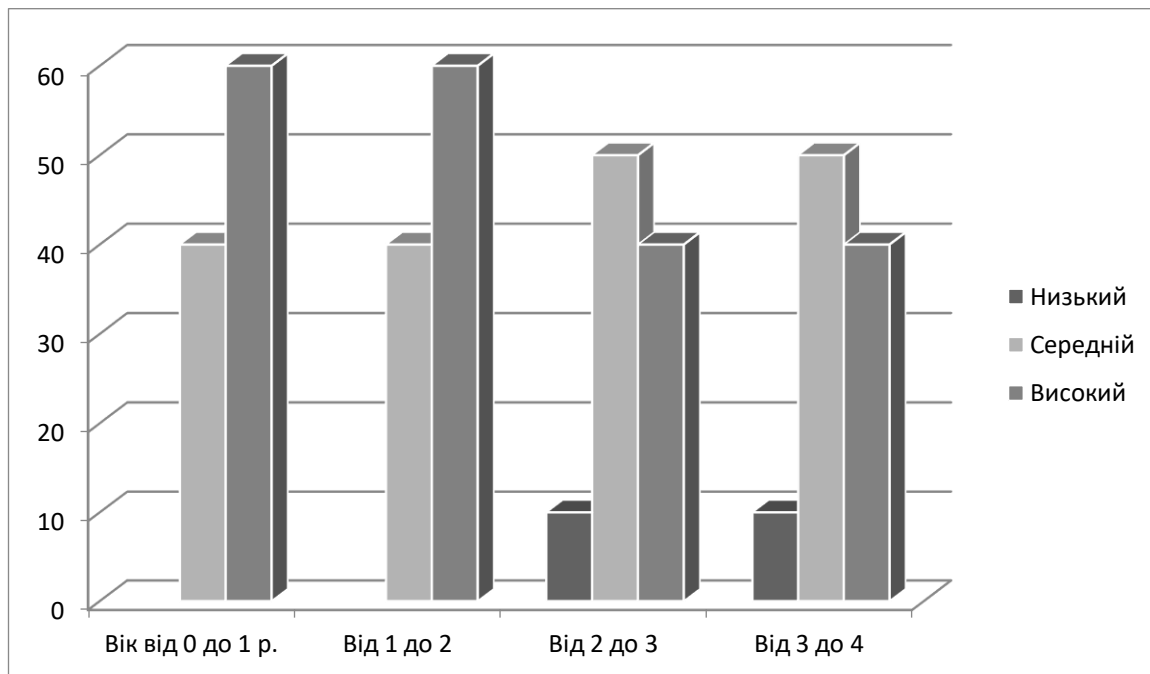
Дослідження тривожності батьків дітей з особливими потребами на різних вікових етапах раннього розвитку (табл. 2.1) демонструє, що у рівень тривожності на всіх вікових етапах раннього розвитку неповносправної дитини переважно у всіх груп батьків середній рівень тривожності.

*Таблиця 2.1.*

### **Аналіз динаміки тривожності батьків дітей з особливими потребами (%)**

Рівень тривожності	Група 1 n=10	Група 2 n=10	Група 3 n=10	Група 4 n=10
Низький	–	–	10	10
Середній	40	40	50	50
Високий	60	60	40	40

Дослідження демонструє, що високий рівень тривожності 60% мають батьки дітей від 0 до 2-х років. Батьків дітей від 2-х до 4-х років з високим рівнем тривожності менше що становить 40 % вибірки.



**Рисунок 2.1 Виразеність тривожності батьків дітей з особливими потребами на різних вікових етапах**

З рисунку 2.1. видно, що відбувається адаптація батьків до дитини та рівень тривожності знижується, однак кількість батьків з середнім рівнем тривожності зростає, натомість зменшується кількість батьків з високим рівнем тривожності. Зменшення рівня тривожності у батьків дітей з особливими потребами з віком дитини може бути пояснене тим, що з плином часу батьки набувають додаткового досвіду у вихованні та догляді за дітьми. Вони можуть зрозуміти, як ефективно взаємодіяти зі своєю дитиною, щоб забезпечити їй комфорт і розвиток. З часом батьки можуть стати більш самовпевненими у своїй здатності ефективно доглядати за своєю дитиною. Це може призвести до зменшення тривожності та підвищення віри у власні здібності. Дитина може досягти певних успіхів та досягнень, що також може принести полегшення батькам. Розвиток та досягнення дитини можуть



давати батькам впевненість у тому, що їхні зусилля призводять до позитивних результатів. Батьки можуть розвивати більш реалістичне сприйняття ситуації та своєї ролі, що може сприяти зменшенню тривожності і покращенню емоційного благополуччя.

Шкала фрустрації демонструє середні показники критері у батьків першого року життя як найбільш поширених серед 50% респондентів. На другому році життя кількість батьків, з середніми показниками знижується до 40%. До 4-х років життя дитини високий рівень фрустрації збільшується у 50% батьків.

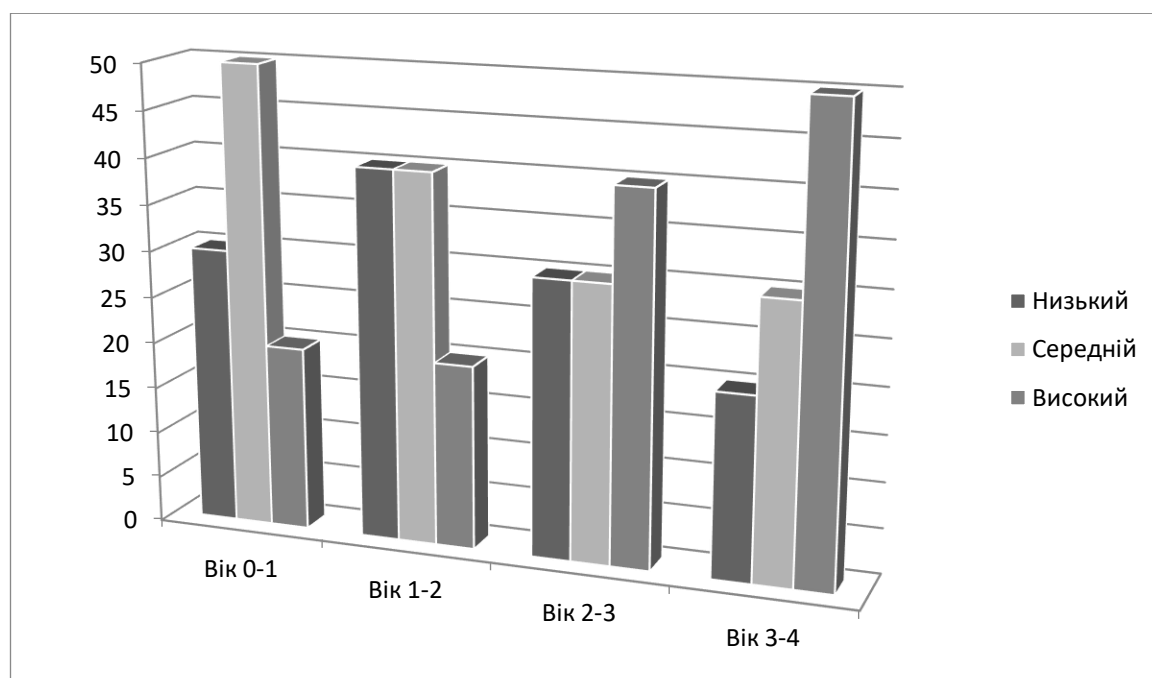
**Таблиця 2.2.**

**Аналіз показників динаміки фрустрації батьків дітей з особливими потребами (%)**

Рівень фрустрації	Група 1 n=10	Група 2 n=10	Група 3 n=10	Група 4 n=10
Низький	30	40	30	20
Середній	50	40	30	30
Високий	20	20	40	50

На рисунку 2.2. ми можемо спостерігати динаміку зростання високого рівня фрустрації з дорослішанням дитини. Така тенденція може бути пов'язана з тим, що коли дитина ще маленька, батьки можуть ще не повністю усвідомлювати всі можливі виклики, пов'язані з особливими потребами своєї дитини, оскільки вони можуть ще не зіткнутися з усіма аспектами виховання дитини з особливими потребами. Багато батьків відчують радість і щасливі моменти при народженні своєї дитини, незалежно від наявності особливих потреб. Період новонародженості може бути спеціальним та унікальним для батьків, що допомагає знижувати загальний рівень фрустрації. Батьки можуть зосереджуватися на базових потребах своєї дитини, таких як харчування, догляд та забезпечення комфорту. Це може знижувати рівень фрустрації, оскільки фокус зосереджений на основних аспектах догляду за

дитиною. Зі зростанням дитина може ставати більш самостійною, але в той же час збільшується число вимог і викликів.



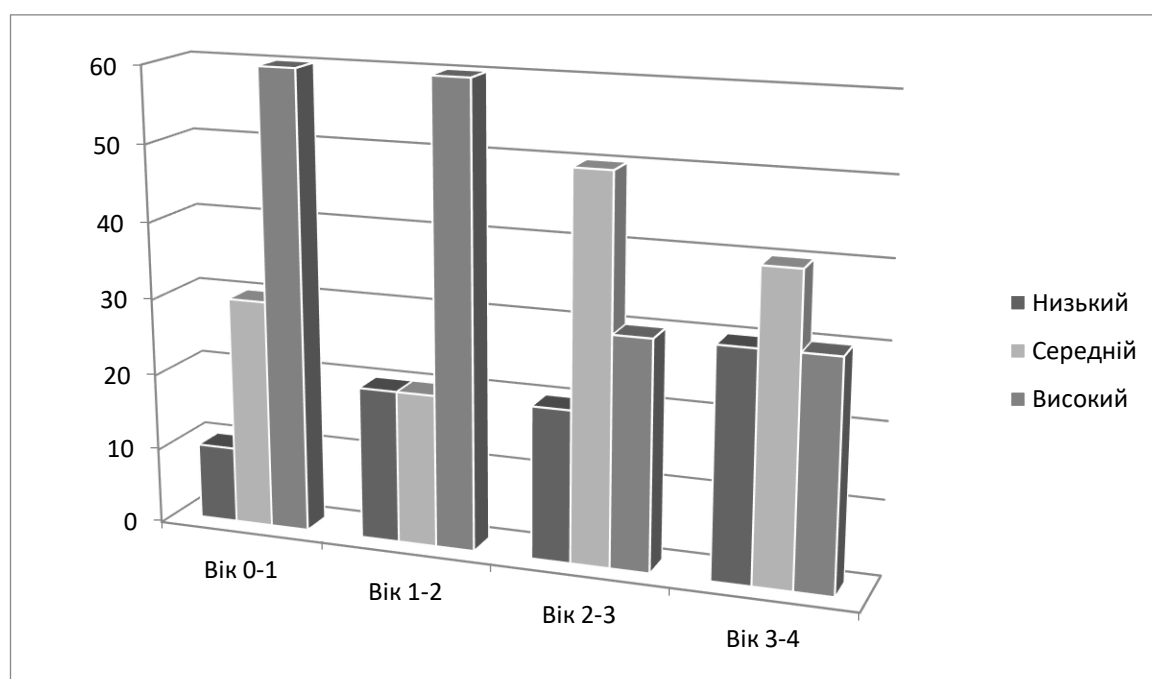
**Рисунок 2.2** *Виразеність фрустрації батьків дітей з особливими потребами*

Дослідження за шкалою агресії (табл.2.3.) показує, що високий рівень агресії у батьків 0-2-х років, з дорослішанням дітей рівень зменшується, за високим рівнем і становить 30 % серед батьків 2-4-х років. Зниження агресії як правило, виникає внаслідок пройдених адаптаційних етапів та встановлення діагнозу для їхніх дітей. Як видно з рисунку 2.3. динаміка на зниження агресії батьків може бути пов'язана з тим, що батьки отримують більше досвіду у вихованні дитини з особливими потребами. Вони вивчають ефективні стратегії, навчаються розуміти свою дитину краще і розвивають навички вирішення проблем. У міру того, як батьки стають більш знайомими з особливостями своєї дитини та приймають їх такими, які вони є, зменшується емоційне напруження і, відповідно, рівень агресії.

**Таблиця 2.3.**

**Аналіз показників динаміки агресії батьків дітей з особливими  
потребами (%)**

Рівень агресії	Група 1 n=10	Група 2 n=10	Група 3 n=10	Група 4 n=10
Низький	10	20	20	30
Середній	30	20	50	40
Високий	60	60	30	30



**Рисунок 2.3 Вираженість агресії батьків дітей з особливими  
потребами**

Згідно отриманих даних за шкалою ригідність (табл.2.4) статистично значущої динаміки змін між різними групами батьків не встановлено.

**Таблиця 2.4.**

**Аналіз показників динаміки ригідності батьків дітей з особливими потребами (%)**

Рівень ригідності	Група 1 n=10	Група 2 n=10	Група 3 n=10	Група 4 n=10
Низький	20	10	10	20
Середній	40	40	50	50
Високий	40	50	40	30

За «методикою САН» нами було досліджено три шкали психоемоційного стану батьків дітей з психофізичними обмеженнями. Порівняльний аналіз співвідношень демонструє, що понижений рівень самопочуття мають батьки усіх груп (табл.2.4.) У батьків, які мають дітей із особливими потребами 2-4-х років, спостерігається переважання вищого рівня активності та позитивного настрою, порівняно з батьками дітей із особливими потребами раннього віку.

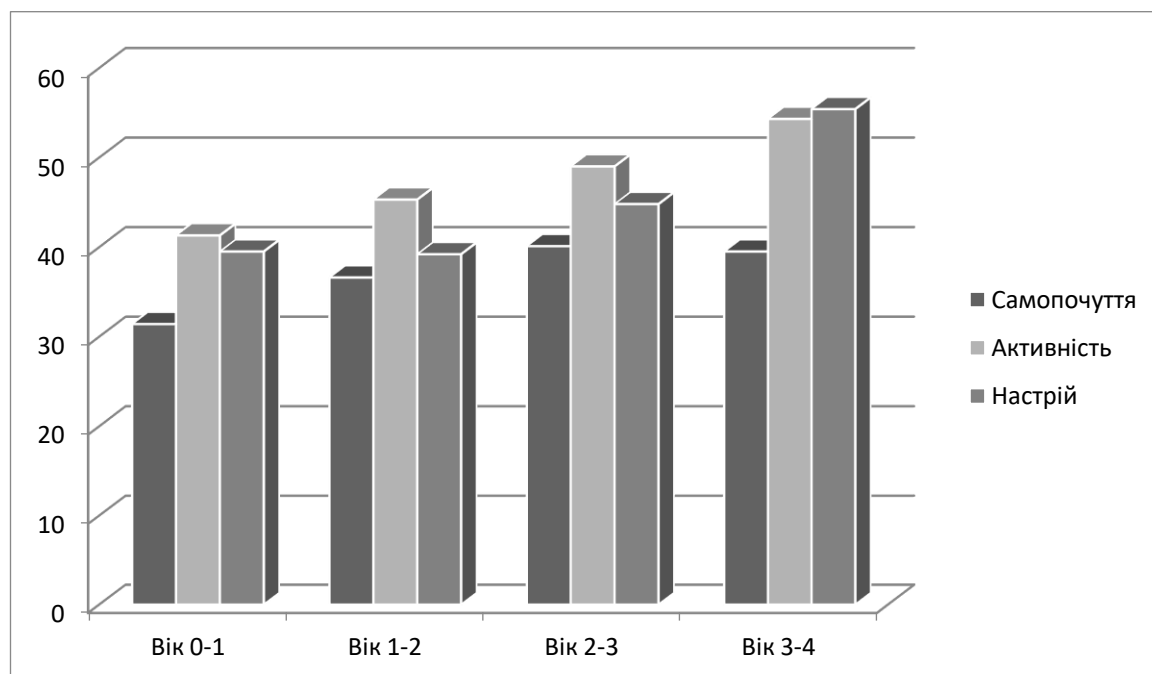
*Таблиця 2.4.*

**Шкала самопочуття, активності та настрою батьків дітей з особливими потребами (Me) (max=70)**

Шкали	Група 1 n=10	Група 2 n=10	Група 3 n=10	Група 4 n=10
Самопочуття	31,4 $\pm$ 8,9	36,3 $\pm$ 6,7	40,1 $\pm$ 2,3	39,5 $\pm$ 5,6
Активність	41,3 $\pm$ 5,6	45,3 $\pm$ 7,5	49 $\pm$ 4,1	54,3 $\pm$ 6,3
Настрій	39,5 $\pm$ 11,58	39,2 $\pm$ 7,4	44,8 $\pm$ 7,8	55,4 $\pm$ 7,9

Це пояснюється тим, що вони вже мають встановлений діагноз для своєї дитини та частіше звертаються до фахівців з метою виправлення порушень розвитку. Цей процес визначається більш активними діями батьків, які спрямовані на розвиток та підтримку своєї дитини, що впливає на загальний позитивний настрій та емоційний стан батьків.

На рисунку 2.4. ілюстровано порівняння співвідношень самопочуття, активності та настрою батьків дітей з особливими потребами на різних етапах вікового розвитку дітей.



**Рисунок 2.4** Вираженість психоемоційного стану батьків дітей з особливими потребами

Методика опитувальника депресії Бека мала на меті встановити ймовірності депресивних станів у батьків дітей з особливими потребами на різних вікових етапах їхнього розвитку (табл.2.5). З рисунку 2.5. видно, що у батьків новонароджених дітей з особливими потребами часто спостерігається вищий рівень депресії, порівняно з тими, у кого діти старші. Це може бути пояснене рядом факторів. Батьки новонароджених дітей із спеціальними потребами можуть відчувати емоційну невпевненість у здатності надавати адекватну допомогу та підтримку своїй дитині, що може призводити до появи депресивних симптомів.

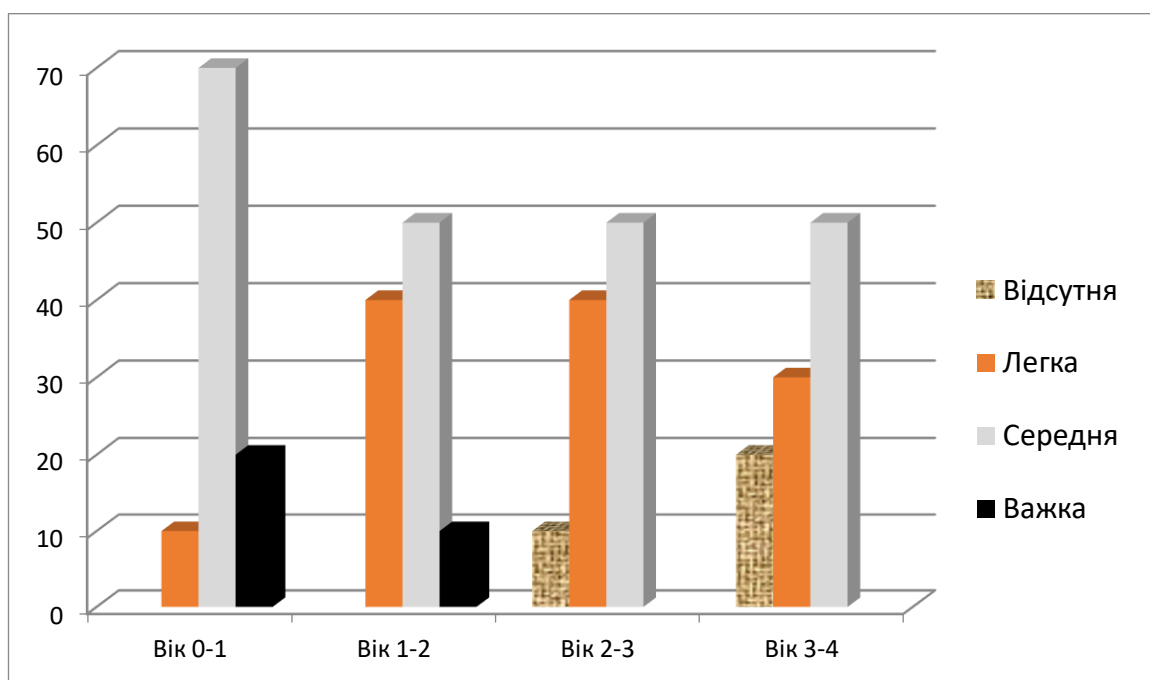
Постановка діагнозу може викликати соціальну ізоляцію, оскільки батьки можуть відчувати відчуження від соціального оточення або стикатися з непорозумінням з боку оточення. Нестабільність та невизначеність

майбутнього, пов'язані з особливими потребами дитини, можуть створювати страх перед невідомим, що є частим стимулом для розвитку депресії.

**Таблиця 2.5.**

**Шкала депресії батьків дітей з особливими потребами (%)**

Рівень депресії	Група 1 n=10	Група 2 n=10	Група 3 n=10	Група 4 n=10
Відсутня	–	–	10	20
Легкий	10	40	40	30
Середній	70	50	50	50
Важка депресія	20	10	–	–



**Рисунок 2.5. Вираженість прояву депресії батьків дітей з особливими потребами**

Термін «алекситимія» вживається для позначення психологічного стану, який характеризується обмеженою здатністю розпізнавати та виражати емоції та емоційні стани. Відсутність здатності адекватно

сприймати та виражати емоції у людей з алекситимією може призвести до складнощів у спілкуванні та розумінні власних та чужих емоцій. Такий стан може впливати на міжособистісні відносини, зокрема в сімейних стосунках.

Дослідження алекситимії батьків дітей з особливими потребами дозволив виявити, що рівень алекситимії або емоційного вигорання у батьків 0-2-х років демонструє високі показники за середнім рівнем(80-60%), однак з дорослішанням дитини зростають показники за високим рівнем (40-50) (табл. 2.6.).

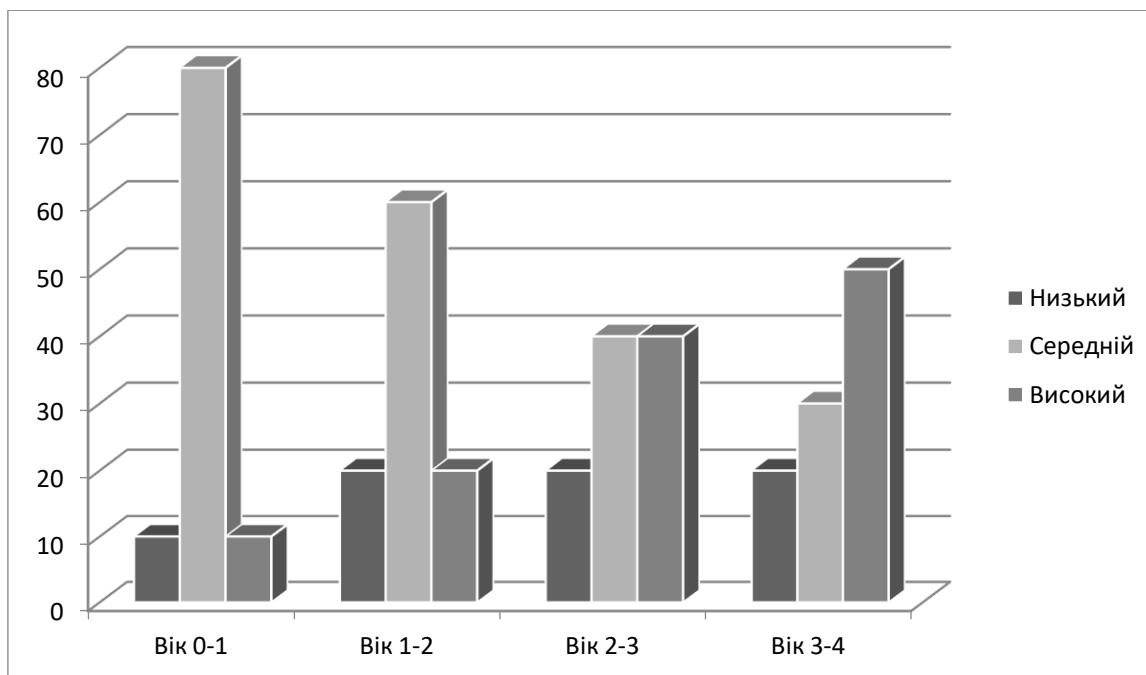
**Таблиця 2.6.**

**Аналіз показників динаміки алекситимії батьків дітей з особливими потребами (%)**

Рівень ригідності	Група 1 n=10	Група 2 n=10	Група 3 n=10	Група 4 n=10
Низький	10	20	20	20
Середній	80	60	40	30
Високий	10	20	40	50

Як видно з рисунку 2.6. з дорослішанням дитини зростає кількість батьків у яких високий рівень алекситимії. Підвищення рівня алекситимії у батьків дітей з особливими потребами з дорослішанням дитини може бути обумовлене декількома чинниками. Це і догляд за дитиною з особливими потребами може викликати емоційне виснаження у батьків, що може призводити до втрати здатності розпізнавати та виражати власні емоції. Постійна необхідність надавати підтримку та догляд за дитиною може призводити до внутрішньої переконаності власної слабкості та безсилля, що ускладнює вираження власних емоцій. Батьки можуть відчувати страх виражати свої емоції, щоб не навантажувати ними свою дитину з особливими потребами, оскільки вони можуть вважати, що це може негативно вплинути на неї. Подовжений стрес та навантаження може призводити до загострення

психічних проблем у батьків, включаючи алекситимію, яка стає більш вираженою з часом.



**Рисунок 2.6. Прояв алекситимії батьків дітей з особливими потребами**

Отже, на основі здійсненого емпіричного дослідження встановлено динаміки психоемоційного стану батьків дітей з особливими потребами раннього та дошкільного віку, що високий рівень тривожності 60% мають батьки дітей від 0 до 2-х років. Когорта батьків дітей від 2-х до 4-х років з високим рівнем тривожності зменшується. Рівень фрустрації батьків з дорослішанням дітей зростає, однак знижується рівень агресії. Дослідження самопочуття, активності та настрою батьків дітей з особливими потребами демонструє, що понижений рівень самопочуття мають батьки усіх груп. У батьків, які мають дітей із особливими потребами 2-4-х років, спостерігається переважання вищого рівня активності та позитивного настрою, порівняно з батьками дітей із особливими потребами раннього віку. Дослідження рівня депресії дозволив встановити, що рівень депресії батьків у зв'язку з завершенням адаптаційного процесу до особливих потреб дитини до



завершення раннього віку зменшується, але зростає рівень емоційного вигорання.

### **2.3. Методичні рекомендації організації роботи батьківського клубу як форми психологічного супроводу з батьками дітей з особливими освітніми потребами**

В останні десятиліття значна увага фахівців та велика кількість наукових праць були присвячені дослідженню того, як відображається присутність дитини з особливими потребами на функціонуванні її сім'ї – і, зворотно, як характеристики сім'ї визначають розвиток дитини та її майбутнє. Важливі відкриття та досвід, здобутий у цій сфері, призвели до зміни усієї парадигми послуг дітям з особливими потребами. Загальне усвідомлення, що «неповносправна» дитина, як така, не існує сама собою, а насправді, є сім'я в якій є дитина з «неповносправністю» [39]. Це призвело до розвитку якісно нової моделі послуг – головним об'єктом турботи якої стала не окрема дитина, а вся її сім'я. Перехід від біомедичної моделі реабілітації до сімейноцентрованих програм був спричинений глибоким усвідомленням того, що неповносправність дитини – велике випробування для сім'ї. Випробування, яке викликає сильні емоційні реакції в усіх її членів, створює джерела стресу та додаткові завдання для сім'ї, змінює стосунки між членами родини та її стосунок із соціальним оточенням [61].

Згідно з дослідженнями вчених, розуміння психологічних стадій адаптації, визначених в теорії горя, виявляється корисним для фахівців у багатьох аспектах. Воно сприяє усвідомленню реакцій сім'ї, де є інвалід, без класифікації поведінки членів сім'ї як патологічної. Застосування теорії стадій дозволяє гнучко реагувати на ситуацію та враховувати індивідуальні особливості конкретної сім'ї, а також індивідуальні реакції на труднощі.

Порушення емоційного стану батьків може призводити до неадекватного ставлення до хвороби дитини. Це, в свою чергу, може сприяти

неправильному вихованню та педагогічній занедбаності в майбутньому. Таким чином, розуміння та застосування психологічних стадій адаптації може визначати ефективність інтервенції фахівців у ситуаціях, пов'язаних з хворобою дитини та її впливом на сімейну динаміку.

Ефективність виховання залежить від ряду факторів, таких як розуміння батьками психології дитини, правильна оцінка її індивідуальних якостей, адекватна емоційна відповідь на її поведінкові реакції, вибір належного методу взаємодії, який належним чином враховує індивідуальні особливості дитини [22]. Виходячи з літературних джерел, вважаємо, що ефективність виховання може досягатися лише у випадку, якщо батьки мають емоційну стабільність, після узгодження з хворобою дитини та розкриття власних ресурсів. Важливим аспектом є направленість професійної психологічної допомоги батькам на досягнення цих цілей.

Психологічний супровід сім'ї, де діти мають розлади, повинна спрямовуватися на створення умов для емоційної підтримки. Головне завдання роботи з такими родинами – допомога батькам подолати травму, надання консультацій з планування сім'ї та відновлення сімейного статусу дитини. Для ефективною психологічної допомоги важливо детально вивчати емоційний стан батьків, які виховують дітей із розладами, і на цій основі організувати консультації для покращення взаєморозуміння та стосунків у сім'ї [22].

Необхідність забезпечення спеціальної психологічної допомоги сім'ям, що виховують дітей із психофізичними порушеннями, визначається створенням благоприятних умов для виховання в сімейному середовищі. Передусім, батькам слід вивчати особливості захворювання та розвитку своєї дитини, а також її можливості у виконанні завдань і вправ. Ефективність виховання значною мірою залежить від правильного розпорядку дня, включаючи використання поопераційних карт для дітей з аутичним спектром, точне дотримання режиму харчування і сну, а також чергування занять з періодами відпочинку та прогулянок. Організація систематичних та

цілеспрямованих занять, спрямованих на розвиток мовлення, рухових навичок і вмінь, грає важливу роль у вихованні дітей із психофізичними порушеннями.

У своєму прагненні допомогти дитині, сім'ї виявляються перед викликовими психологічними аспектами, такими як відмова прийняти дитину з особливими потребами, неадекватне ставлення батьків до неї, порушення структури родини та ускладнення взаємин між її членами, а також виникнення численних емоційних труднощів у батьків та відсутність взаєморозуміння та підтримки членів сім'ї один одного

Враховуючи різні підходи до допомоги сім'ям осіб із психофізичними порушеннями, дослідники вказують на такі напрями взаємодії з родичами: проведення психологічного аналізу сімейної ситуації, визначення ключових напрямків допомоги та використання методів корекції і психотерапії. Під час діагностичного етапу важливо детально вивчати особистість батьків, зокрема їх емоційні та комунікативні характеристики, і визначати рівень тривожності, якщо це необхідно..

Протягом декількох років, на базі Комунального некомерційного підприємства «Дитяча міська поліклініка № 6» Одеської міської ради, ми залучаємо батьків дітей від 0 до 4 років із порушеннями психофізичного розвитку або ризиком їх виникнення до різних видів роботи із спеціалістами, проводимо батьківський клуб, який включає онлайн та офлайн зустрічі. Це могли бути зустрічі зі спеціалістами за різними темами, що відгукуються батькам, зустрічі з батьками з-за кордону, група психологічної підтримки батьків, а також арттерапія.

Мета діяльності клубу передбачає:

1. Розширення сімейних контактів з метою подолання соціальної ізоляції та інтеграції сімей в громадське життя.
2. Забезпечення психологічної підтримки для батьків.
3. Проведення просвітницької та інформаційної роботи, включаючи надання інформації про специфічні потреби та можливості розвитку дитини,

сприяння в організації комплексної діагностики та раннього включення в освітній процес.

4. Створення сприятливого сімейного мікроклімату.

Основні принципи функціонування клубу включають:

1. Добровільність участі.

2. Толерантність до різноманітних потреб і особливостей кожної сім'ї.

3. Компетентність у роботі з різними аспектами сімейного життя.

4. Дотримання педагогічної етики у взаємодії з учасниками клубу.

3. Забезпечення конфіденційності усіх обговорень та інформації, яка обмінюється у рамках клубної діяльності.

Клуб організовує свою діяльність через різноманітні форми, зокрема:

1. Індивідуальні та групові консультації фахівців – забезпечують персоналізовану та колективну підтримку для учасників клубу, де можуть висловлювати свої потреби та отримувати конкретні рекомендації.

2. Психологічні тренінги – сприяють розвитку психологічних навичок та стратегій подолання труднощів у вихованні дітей з особливими потребами.

3. Семінари-практикуми – надають можливість для обміну досвідом та отримання практичних навичок у роботі з дітьми з особливими потребами.

4. Родинні свята – створюють атмосферу взаєморозуміння та спільності, сприяють позитивному сприйняттю сімейного середовища.

5. Майстер-класи – надають можливість для творчого самовираження та вивчення нових навичок, спрямованих на поліпшення якості життя сімей.

Батьківський клуб допомагає вирішувати питання із соціальною інтеграцією сімей з послуги раннього втручання, розглядати вузькоспеціалізовані питання розвитку дитини раннього віку, корекції порушень у розвитку, організації рутини сім'ї, а також психологічної підтримки батьків.

Ми зіткнулися з тим, що сім'ї часто не можуть знайти однодумців і розширити своє коло спілкування через те, що батьки залишаються віч-на-віч із проблемою виховання дитини з порушеннями у психофізичного розвитку.

Багато батьків потребують психологічної підтримки в складних для життя періодах. Наприклад, при постановці медичного діагнозу дитини, або при ризику виникнення порушень, при складності комунікації сім'ї з навколишнім світом.

Сильним діючим стресовим фактором виявилася всесвітня пандемія (з березня 2020 року і до сьогодні), у якій сім'ї зазнають сильного дефіциту спілкування, що значно впливає на внутрішньосімейні відносини і негативно позначається на розвитку дітей раннього віку. Найбільше постраждали – комунікативна, емоційна, особистісна сфери розвитку дітей, це ще більше посилило стресову дію на психіку батьків та підвищило значущість психологічної підтримки для них. З огляду на ці чинники, саме у цей період, ми змушені були трансформувати та адаптувати види робіт батьківського клубу.

Клуб почав функціонувати в режимі он-лайн та знайшов великий відгук серед сімей у послугі раннього втручання. У зв'язку з різким зростанням потреби у консультуванні батьків професіоналами, наша команда залучила провідних фахівців міжнародного рівня з інших країн. Завдяки розглянутим актуальним темам у роботі з батьками дітей з особливими потребами, підвищився їхній рівень зацікавленості та компетентності, а також зросла загальна поінформованість щодо розвитку дітей раннього віку.

За період пандемії, зокрема завдяки зустрічам у батьківському клубі, батьки змогли налагодити рутинне життя та адаптуватися до нових умов, знайти однодумців та отримати відповіді на питання, які турбують. Але з 24 лютого 2022 року Україна зазнала нових випробувань. Оскільки у нашій країні більше року триває війна – сім'ї з послуги раннього втручання зазнають колосального та тривалого стресу, який зачіпає всі сфери життя та має негативний вплив на їхній психоемоційний стан.

Багато сімей були змушені залишити свої будинки, і перебуваючи у відносно безпечних умовах, продовжують відчувати сильний стрес. Саме це спонукало нас до нової трансформації послуг батьківського клубу.

Практично з самого початку війни клуб відновив свою діяльність і найбільш затребуваним напрямом стала психологічна підтримка сімей. Більшість запитів від батьків були на тему налагодження рутини дня та страхів втрати близьких, будинку, роботи.

Через певний час ситуація налагодження рутини дня погіршилася, оскільки виникли непередбачені складнощі з постачанням електроенергії, і сім'ї змушені були адаптуватися до нових умов. Для ефективного функціонування клубу ми знову трансформували види надання допомоги та перейшли у змішаний режим проведення зустрічей: онлайн та офлайн.

Для демонстрації ефективності проведення батьківського клубу в періоди складних та надзвичайних ситуацій, ми провели опитування серед батьків дітей із послуги раннього втручання. Результати опитування підтвердили значущість такого виду психологічної підтримки. Послугами батьківського клубу задоволені на понад 50 відсотків – 33% користувачів, на понад 70 відсотків задоволені 17% респондентів, на понад 90 відсотків – 50% батьків [9].

Отже, ми можемо зробити висновок, що робота батьківського клубу позитивно впливає на психоемоційний стан батьків дітей з порушеннями психофізичного розвитку або з ризиком їх виникнення. Батьківський клуб має на меті психотерапевтичний ефект, обмін досвідом, взаємодію між батьками та спеціалістами, моральна підтримка від сімей, які мають схожі проблеми, що дозволяє іншим батькам позбутися почуття самотності, безвихідності, незахищеності.

## ВИСНОВКИ

1. Теоретичний аналіз наукових джерел дозволив встановити, що емоційні реакції батьків на діагноз неповносправності власної дитини реагують шоком, емоційним напруженням, нерозумінням, дратівливістю, тривожністю, злістю, виснаженням, розпачем, емоційною дистанцією, депресією, почуттям провини та емоційним вигоранням.

Сім'ї можуть реагувати на проблему захворювання дитини по-різному. Якщо всі члени сім'ї приймають проблему, спільно шукають конструктивні рішення складних ситуацій, прагнуть ефективно спілкуватися, мають позитивне ставлення до дитини та себе, і готові приймати допомогу, це сприяє створенню зони сприятливого особистісного розвитку дитини та поступовому активізації її власного потенціалу в життєдіяльності.

У тих сім'ях, де дитину з психофізичними відхиленнями не приймають, ставлення близьких родичів може виявлятися емоційним відторгненням, недостатньою готовністю до спільної діяльності, неадекватним стилем виховання, обмеженим спілкуванням з дитиною та недостатньою взаємодопомогою. Це призводить до погіршення атмосфери в родині, зачіпає усіх членів сім'ї, створює напружену емоційну обстановку, порушує відносини в сім'ї, ускладнює соціалізацію дитини, перешкоджає співпраці та підтримці, і відображає небажання батьків надати допомогу дитині.

2. Програма емпіричного дослідження полягала у низці обумовлених етапів. На першому етапі проводилася підготовка до емпіричного дослідження на якому відбувалося визначення основних критеріїв дослідження, підбір психодіагностичних методик та формування вибірки. На другому етапі відбувся збір емпіричних даних. На третьому етапі було здійснено обробку статистичних даних та їхня інтерпретація, формулювання висновків. Метою дослідження було визначити динаміку психоемоційного стану батьків на етапі раннього розвитку їхніх дітей. На основі теоретичного аналізу для виконання мети та завдань дослідження нами були визначені наступні критерії: загальна оцінка психічних станів; рівень самопочуття,

активності та настрою; рівень хронічної втоми, депресії та емоційного вигорання.

3. На основі здійсненого емпіричного дослідження встановлено динаміку психоемоційного стану батьків дітей з особливими потребами. Виявлено, що високий рівень тривожності (60%) мають батьки дітей від 0 до 2-х років. Когорта батьків дітей від 2-х до 4-х років з високим рівнем тривожності зменшується. Рівень фрустрації батьків з дорослішанням дітей зростає, однак знижується рівень агресії. Дослідження самопочуття, активності та настрою батьків дітей з особливими потребами демонструє, що понижений рівень самопочуття мають батьки усіх груп. У батьків, які мають дітей із особливими потребами 2-4-х років, спостерігається переважання вищого рівня активності та позитивного настрою, порівняно з батьками дітей із особливими потребами 0-1-го року. Дослідження рівня депресії дозволило встановити, що рівень депресії батьків у зв'язку з завершенням адаптаційного процесу до особливих потреб дитини до завершення раннього віку зменшується, але зростає рівень емоційного вигорання.

4. Розроблено методичні рекомендації роботи батьківського клубу, які дозволяють вирішувати питання із соціальною інтеграцією сімей з послуги раннього втручання, розглядати вузькоспеціалізовані питання розвитку дитини раннього віку, корекції порушень у розвитку, організації рутини сім'ї, а також психологічної підтримки батьків.

У клубі мають забезпечуватися такі напрямки роботи з батьками:

1. Індивідуальні та групові консультації фахівців – забезпечують персоналізовану та колективну підтримку для учасників клубу, де можуть висловлювати свої потреби та отримувати конкретні рекомендації.

2. Психологічні тренінги – сприяють розвитку психологічних навичок та стратегій подолання труднощів у вихованні дітей з особливими потребами.

3. Семінари-практикуми – надають можливість для обміну досвідом та отримання практичних навичок у роботі з дітьми з особливими потребами.



4. Родинні свята – створюють атмосферу взаєморозуміння та спільності, сприяють позитивному сприйняттю сімейного середовища.

5. Майстер-класи – надають можливість для творчого самовираження та вивчення нових навичок, спрямованих на поліпшення якості життя сімей.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аналітичний звіт за результатами опитування законних представників дітей з інвалідністю щодо доступу в Україні після 24 лютого 2022 р. до гарантій, пільг і послуг, установлених законодавством для дітей з інвалідністю та членів їхніх сімей. URL: <https://naiu.org.ua/analitichnyj-zvit-za-rezultatamy-opytuvannya-zakonnyh-predstavnykiv-ditej-z-invalidnistyu-shhodo-dostupu-v-ukrayini-pislya-24-lyutogo-2022-r-do-garantij-pilg-i-poslug-ustanovlenyh-zakonodavstvom-dlya/>
2. Андрейко Б. В. Несприятливий прогноз розвитку дитини раннього віку як чинник порушення емоційного стану батьків: дис. ... канд. психол. наук : 19.00.08. Нац. пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова. Київ, 2017. 248 с.
3. Атаманчук Н. М., Клевака Л. П. Особливості сімей, які виховують дитину з особливими освітніми потребами. *Міжнародна науково-практична конференція «Інноваційний потенціал та правове забезпечення соціально-економічного розвитку України: виклик глобального світу» 2020*. С. 3–8.
4. Вашека Т. Алекситимія як небажана властивість майбутніх професійних психологів. *Національний авіаційний університет*. 2019. №1. С. 118–121.
5. Виготський Л. С. Збірка творів в 6-ти томах. Т. 5. Основи дефектології. М: Педагогика, 1983. 256 с.
6. Всеукраїнський науково-педагогічний експеримент «Соціальна адаптація та інтеграція в суспільство дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку, шляхом запровадження їх інклюзивного навчання» [Електронний ресурс]. URL : [http://www.ussf.kiev.ua/ie\\_scientific\\_pedagogical\\_experiment/](http://www.ussf.kiev.ua/ie_scientific_pedagogical_experiment/).
7. Вступ до абілітації та реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності : навчально-методичний посібник. К. : ГЕРБ, 2007. 288 с.
8. Грицюк І. Народження неповносправної дитини, як фактор травматизації сім'ї. *Grail of Science*, 2023. (29), 310–317.

9. Гусак К. В. Вплив батьківського клубу на психоемоційний стан батьків дітей з порушеннями психофізичного розвитку. *Вісник Науково-дослідної лабораторії інклюзивної педагогіки*. Вип. 9 : Спеціальна та інклюзивна освіта: теорія, методика, практика : матеріали 9-ої Всеукр. наук.-практ. конф. Умань: Візаві, 2023 р. С. 55–57.
10. Гусак К. В. Специфіка стадій психологічного адаптаційного процесу батьків дітей з особливими потребами. *Експериментальні та теоретичні дослідження в контексті сучасної науки: матеріали IV Всеукраїнської студентської наукової конференції*. Вінниця: ТОВ «УКРЛОГОС Груп», 2023. С.133–134.
11. Гусак К. В., Радзівіл К. П. Особливості психологічного супроводу батьків дітей з обмеженими можливостями. *Актуальні питання психології: теорія, методика, практика*: збірник матеріалів XII-тої Всеукраїнської наукової Інтернет-конференції, Умань. С.7–9.
12. Декларація про права інвалідів ООН; [Електронний ресурс]: Декларація, Міжнародний документ від 09.12.1975. URL: [http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/995\\_117](http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/995_117)
13. Демченко І. І. Готовність учителя початкових класів до роботи в умовах інклюзивної освіти: структура та діагностика: навч.-метод. Посібник. Умань: Сочінський М. М., 2014. 160 с.
14. Дефектологічний словник: навчальний посібник. К.: «МП Леся», 2011. 528 с.
15. Збірник методик для діагностики психологічної готовності військовослужбовців військової служби за контрактом до діяльності у складі миротворчих підрозділів: Методичний посібник. Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Копаниця О. В., Малхазов О. Р. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2011. 281 с.
16. Збродська І. Феномен батьківського вигорання як предмет психологічного дослідження. *Науковий часопис НПУ імені М. П.*

- Драгоманова*. Серія 12. Психологічні науки. 2020. Випуск 12 (57). С. 38–52.
- 17.Зверєва І. Д. Концептуальні основи соціального захисту людей з функціональними обмеженнями (за матеріалами Організації Об'єднаних Націй): зб. теорет. та метод. матеріалів для працівників соціальних служб для молоді. К.: А.Л.Д, 1995. С. 4–13.
- 18.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.
- 19.Іванова І. Б. Соціально-психологічні проблеми дітей інвалідів. К.: Логос, 2000. 87 с.
- 20.Карпа М. І. Особливості психосоціального розвитку сиблінгів дітей з психофізичними вадами : дис. ... канд. псих. наук. . К., 2007.
- 21.Кияниця З. П. Соціальна робота з вразливими сім'ями та дітьми: посіб. у 2-х ч. Ч. І. Сучасні орієнтири та ключові технології. К.: ОБНОВА КОМПАНІ, 2017. 256 с
- 22.Клопота Є. А. Психологічні основи інтеграції в суспільство осіб з вадами зору: монографія. Запоріжжя : ЗНУ, 2014. 408 с.
- 23.Коваль О. Соціально-психологічні проблеми та стадії пристосування сім'ї до виховання дитини з особливими потребами. *Інновації в освіті: перспективи розвитку* : матеріали І Міжнар. наук.-практ. конф.Тернопіль : ЗУНУ, 2021. С. 262–266.
- 24.Колупаєва А. А. Інклюзивна освіта: реалії та перспективи: [монографія]. К. : Самміт-Книга, 2009. 272 с .
- 25.Кравченко М. (2023). Надання послуги раннього втручання для сімей з дітьми, які мають порушення розвитку, в умовах війни. *Публічно-управлінські та цифрові практики*, 2023. (1), 124–145.
- 26.Кукуруза Г. В. Ефективність програм раннього втручання для дітей з порушенням психічного розвитку. *Вісник Харківського національного*

- університету імені В. Н. Каразіна. Серія : Психологія. 2013. № 1046, Вип. 51. С. 184–186.
27. Мамічева О. В., Кащєєва Ю. В. (2014). Психологічні особливості мотиваційного компонента комунікативної діяльності дітей дошкільного віку з мовленнєвими та інтелектуальними вадами. *Вісник Одеського нац. ун-ту імені І. І. Мечникова. Психологія*, 2014. 21 (25), С. 216–221.
28. Матохнюк Л., Максименко Ю. Допомога батькам, які мають дітей з особливими потребами. *Науковий вісник Вінницької академії безперервної освіти. Серія «Педагогіка. Психологія»*, 2023. (3), С. 73–78.
29. Міністерство соціальної політики України. Офіційний сайт. URL: <https://www.msp.gov.ua/news/21751.html> (дата звернення: 06.09.2023).
30. Опитувальник депресії Бека [https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/%D0%A8%D0%9A%D0%90%D0%9B%D0%90-%D0%94%D0%95%D0%9F%D0%A0%D0%95%D0%A1%D0%86%D0%87-%D0%91%D0%95%D0%9A%D0%90\\_21.pdf](https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/%D0%A8%D0%9A%D0%90%D0%9B%D0%90-%D0%94%D0%95%D0%9F%D0%A0%D0%95%D0%A1%D0%86%D0%87-%D0%91%D0%95%D0%9A%D0%90_21.pdf)
31. Основи інклюзивної освіти: навчально-методичний посібник. за заг. ред. Колупаєвої А. А. К. : А. С. К., 2012. 308 с.
32. Панченко Т. Л. Раннє втручання як система комплексної допомоги дітям раннього та дошкільного віку. *Народна освіта*. 2018. Вип. 3. С. 12–18.
33. Пілецька Л. С. Емоційне вигорання в сім'ї як чинник неконструктивних життєвих стратегій подружжя. *Теоретичні і прикладні проблеми психології: збірник наукових праць*, 2018. 2(46). С. 224–231.
34. Про права інвалідів : декларація Генеральної Ассамблеї ООН від 9 грудня 1975 г. [Електронний ресурс]. URL: [https://zakononline.com.ua/documents/show/169546\\_169546](https://zakononline.com.ua/documents/show/169546_169546)
35. Прохоренко Л., Баташева Н. (2022). Послуга раннього втручання в Україні: контент-аналіз проблеми. *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови*. 2022. (21), С. 104–115.
36. Психолого-педагогічний супровід сім'ї у роботі психолого-медикопедагогічної консультації : авт. кол.: С. І. Васильковська, Т. В.

- Жук, Т. Д. Ілляшенко та ін. ; К. : Український НМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2015. 66 с.
37. Психологу для роботи. Діагностичні методики : збірник. уклад.: М. В. Лемак, В. Ю. Петрище Вид. 2-ге виправл. Ужгород : Видавництво Олександри Гаркуші, 2012. 512 с.
38. Роль сім'ї у вихованні дітей з особливими потребами : інклюзивне навчання в Україні: веб-сайт: URL: :  
<https://sites.google.com/site/inkluzivnenavcannavukraieni/home/1-1-processtanovlenna-inkluziie-ta-inkluzivnogo-navcanna/osnovi-inkluzivnoieosviti/rol-sim-ie-u-vihovanni-ditej-z-osoblivimi-potrebami>
39. Романчук О. Неповносправна дитина в сім'ї та суспільстві. Київ: Видавництво Літопис. 2008. 235 с.
40. Свалявчик Л. В., Фенчак Л. М. Діти з особливими освітніми потребами: сутність та їх класифікація. *Наука майбутнього*, 1(9), 2022, С143–147.
41. Склянська О. Програми психолого-педагогічної допомоги дітям раннього віку з порушеннями розвитку та їх родинам. *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови*. 2017. 1(13), С. 233–239.
42. Соколова Г. Особливості емоційного вигорання батьків, які виховують дітей із синдромом Дауна. *Наука і освіта*. 2018. № 5-6. С. 118–122.
43. Соціальна робота: технологічний аспект. За ред. А. Й. Капської. Київ : Центр навчальної літератури, 2004. 352 с.
44. Соціально-психологічна реабілітація дітей з обмеженими можливостями [Електронний ресурс]. Режим доступу ::<http://reabilitatsia.com/sotsialno-psihologichna-reabilitatsiya-ditej-z-obmezhenimimozhlivostyam>
45. Стасенко Т. Раннє втручання : для якісної послуги необхідна ефективніша міжвідомча координація [Електронний ресурс]. URL :  
<https://www.umj.com.ua/article/129279/rannye-vtruchannya-dlya-yakisnoyi-poslugi-neobhidnaefektivnisha-mizhvidomcha-koordinat>

46. Сухіна І. Емоційне вигорання у батьків дітей з особливими освітніми потребами: реалії та шляхи подолання. *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови*. 2020. Вип. 17. С. 220–235.
47. Сяба М. О. Роль сім'ї у вихованні дітей з особливими потребами. *Духовність особистості: методологія, теорія і практика*, 2013. (3), С. 163–168.
48. Титаренко Т. М., Кляпець О. Я. Запобігання емоційному вигоранню в сім'ї як фактор гармонізації сімейних взаємин: науково-методичний посібник. Київ: Міленіум, 2007. 140 с.
49. Титаренко Т. Як працювати з батьками хворих дітей. *Психолог*. 2003. № 5. С. 3–7.
50. Тохтамишин О. М. Реабілітаційна психологія. Навчально-методичний посібник. Вінниця: ТОВ. 2004. 102 с.
51. Українська Конвенція ООН про права дитини; [Електронний ресурс]: Представництва Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні. URL: [www.unicef.org.ua](http://www.unicef.org.ua)
52. 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.
53. Химко М. Б. Психологічні особливості до батьківського ставлення до дітей з аутизмом: дис. ... канд. психологічних наук: 19.00.07 «педагогічна та вікова психологія». Київ, 2010. 337 с.
54. Церебральний параліч та інші органічні ураження головного мозку у дітей, які супроводжуються руховими порушеннями. Адаптована клінічна настанова. Наказ Міністерства охорони здоров'я 09.04.2013 р. № 286, 6с. [Електронний ресурс]. URL: [http://www.dec.gov.ua/mtd/dodatki/2013\\_286/2013\\_286\\_akn\\_tserpar\\_dity.pdf](http://www.dec.gov.ua/mtd/dodatki/2013_286/2013_286_akn_tserpar_dity.pdf)

55. Шульженко Д. І. Психолого-педагогічні проблеми емоційних станів батьків дітей раннього віку з порушеннями розвитку. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова*. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. 2017. Вип. 34. С. 178–184.
56. Щоб дитина народилася здоровою. Актуальні аспекти пренатальної діагностики. Тематичний номер: педіатрія, акушерство, гінекологія, 2015. [Електронний ресурс]. URL: <http://health-ua.com/articles/1702>
57. Barrett S.W. (2000). Economics of early childhood intervention / S. W. Barrett // *Handbook of Early Childhood Intervention*. Second Edition. Cambridge, United Kingdom : Cambridge University Press.
58. Blasher J., Sequential stages of parental adjustment to the birth of a child with handicaps : fact or artifact? *Mental retardation*. 1984. Vol. 22. P. 55–68.
59. Boyce G. C. Child Characteristics, Family Demographics and Family Processes: Their Effects on the Stress Experienced by Families of Children with Disabilities. *Counseling Psychology Quarterly*, December 1, 1991. Vol. 4, Issue 4. EBSCOhost PsycINFO Database
60. Guralnick M. J. A developmental systems model for early intervention. *Infants and Young Children*, 2001. 14 (2), 1–18.
61. McDonald E. *Understand those feelings*. Pittsburg : Stanwix House Inc., 1971.
62. Seligman M. E. P. Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 3–9). 2002. Oxford University Press.