

ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»
Навчально-науковий інститут психології та соціальних наук

Кафедра психології

Психологічна підтримка сімей, що виховують дітей з особливими
потребами

назва теми

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття освітнього ступеня

БАКАЛАВР

за спеціальністю 053 Психологія

Лавренова Тетяна Анатоліївна

Кваліфікаційна робота

допущена до захисту

Зав. кафедри _____

«____» _____ 2026 р.

Науковий керівник:

Федосова Людмила Олексіївна,

к.психол.н., доцент

Рецензент:

ПІБ,

науковий ступінь, вчене звання

Київ, 2026

АНОТАЦІЯ
до кваліфікаційної роботи бакалавра
Лавренової Т. А.

Науковий керівник: канд. псих. наук, доцент, психолог вищої категорії
Федосова Л. О.

Тема: «Психологічна підтримка сімей, що виховують дітей з особливими освітніми потребами»

У роботі проаналізовано теоретико-методологічні засади психологічної підтримки сімей дітей з ООП, досліджено рівень батьківського стресу, особливості сімейного функціонування та домінуючі копінг-стратегії батьків. Виявлено значущі кореляції між стресом, типом сімейної системи та копінг-стратегіями. Розроблено методичні рекомендації для фахівців та батьків щодо психологічної підтримки, профілактики емоційного вигорання та використання ресурсів підтримки.

Результати можуть використовуватися в роботі інклюзивно-ресурсних центрів, психологічних служб закладів освіти, центрів соціально-психологічної допомоги.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: психологічна підтримка, батьки, діти з особливими освітніми потребами, батьківський стрес, копінг-стратегії, сімейна система, адаптація, методичні рекомендації, ресурси підтримки.

KEYWORDS: psychological support, parents, children with special educational needs, parental stress, coping strategies, family system, adaptation, methodological recommendations, support resources.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ СІМЕЙ, ЯКІ ВИХОВУЮТЬ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНІМИ ПОТРЕБАМИ.....	7
1.1. Психологічні особливості сімей, що виховують дітей з особливими освітніми потребами	7
1.2. Теоретичні підходи до психологічної підтримки батьків дітей з особливими потребами	13
1.3. Форми та методи психологічної підтримки сімей дітей з особливими освітніми потребами	22
Висновки до розділу 1	29
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ БАТЬКІВ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНІМИ ПОТРЕБАМИ ТА МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ЇХ ПІДТРИМКИ..	31
2.1. Організація та методи емпіричного дослідження.....	31
2.2. Результати дослідження батьківського стресу, копінг-стратегій та особливостей сімейного функціонування	35
2.3. Методичні рекомендації щодо психологічної підтримки сімей дітей з особливими освітніми потребами	46
Висновки до розділу 2	54
ВИСНОВКИ.....	59
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	62
ДОДАТКИ.....	67

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Проблема психологічної підтримки сімей, які виховують дітей з особливими освітніми потребами (ООП), сьогодні набуває особливої актуальності. Вона привертає увагу як науковців, так і практичних психологів, адже кількість таких сімей поступово зростає, а їхні потреби залишаються недостатньо врахованими. За даними Міністерства освіти і науки України, станом на 2024 рік понад 150 тисяч дітей в Україні мають статус дітей з особливими освітніми потребами, і ця цифра продовжує зростати. Серед них діти з розладами аутистичного спектра (РАС), затримкою психічного розвитку (ЗПР), інтелектуальними порушеннями, комплексними порушеннями розвитку та іншими станами, що потребують спеціальних освітніх та реабілітаційних підходів.

Виховання дитини з особливими потребами супроводжується суттєвим психологічним навантаженням на батьків, яке проявляється у щоденних емоційних переживаннях, тривозі за майбутнє дитини та постійній відповідальності за її розвиток. Сучасні дослідження переконливо демонструють, що батьки дітей з ООП переживають значно вищий рівень хронічного стресу порівняно з батьками типово розвиваючих дітей. Такий стрес формується під впливом різних чинників. Серед них – емоційна реакція на встановлення діагнозу, фізичне виснаження через догляд за дитиною, фінансові труднощі, а також обмеження соціальних контактів.

В умовах воєнного стану в Україні ці труднощі значно посилилися. Багато сімей зіткнулися з вимушеним переміщенням, обмеженим доступом до необхідних послуг та загальною нестабільністю, що додатково впливає на їхній психологічний стан.

За даними ЮНІСЕФ (2024), близько 40% батьків дітей з інвалідністю в Україні відзначають погіршення психічного здоров'я з початку повномасштабного вторгнення, проте лише 12% мають доступ до регулярної психологічної підтримки.

Хронічний стрес, який переживають батьки, впливає не лише на їхнє самопочуття та якість життя, але й відображається на розвитку дитини та загальному функціонуванні сім'ї. Як свідчать результати досліджень, високий рівень батьківського напруження часто ускладнює взаємодію з дитиною, знижує ефективність виховних стратегій і може призводити до появи додаткових труднощів у сім'ї.

Незважаючи на очевидну потребу, система психологічної підтримки сімей дітей з ООП в Україні залишається недостатньо розвиненою. Більшість існуючих послуг зосереджена на дитині (діагностика, корекція, реабілітація), тоді як психологічні потреби батьків часто залишаються поза увагою фахівців. Бракує науково обґрунтованих програм психологічної підтримки, адаптованих до специфіки українського контексту.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дослідження виконано відповідно до тематики наукових досліджень кафедри психології Міжрегіональної академії управління персоналом та узгоджується з Стратегією розвитку психологічної служби системи освіти України на 2020–2030 роки.

Об'єкт дослідження: психологічні особливості батьків дітей з особливими освітніми потребами.

Предмет дослідження: психологічна підтримка сімей, які виховують дітей з особливими освітніми потребами.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити психологічні особливості батьків дітей з особливими освітніми потребами і розробити методичні рекомендації щодо їх психологічної підтримки.

Завдання дослідження:

- проаналізувати теоретико-методологічні засади психологічної підтримки сімей, які виховують дітей з особливими освітніми потребами.
- дослідити рівень батьківського стресу, домінуючі копінг-стратегії та особливості сімейного функціонування батьків дітей з ООП.
- розробити методичні рекомендації для фахівців та батьків щодо психологічної підтримки сімей дітей з особливими освітніми потребами.

Методи дослідження:

Теоретичні: аналіз, синтез, узагальнення та систематизація наукових джерел з проблеми психологічної підтримки сімей дітей з ООП.

Емпіричні:

- опитувальник батьківського стресу (Parenting Stress Index – Short Form, PSI-SF; R. Abidin, 1995);
- шкала сімейної адаптації та згуртованості (FACES-3; D. Olson, 1985);
- опитувальник способів подолання стресу (Ways of Coping Questionnaire; R. Lazarus & S. Folkman, 1988).

Методи математико-статистичної обробки даних: описова статистика, кореляційний аналіз (коефіцієнт кореляції Пірсона), порівняльний аналіз (t-критерій Стюдента).

Експериментальна база дослідження: Лабораторія практичної психології Навчально-наукового інституту психології та соціальних наук МАУП. У дослідженні взяли участь 35 батьків (матерів) дітей з ООП віком 28–45 років.

Гіпотеза дослідження: припускаємо, що високий рівень батьківського стресу у сім'ях, які виховують дітей з особливими освітніми потребами, пов'язаний із незбалансованим типом сімейної системи та домінуванням неадаптивних копінг-стратегій (зокрема, втечі-уникнення). Участь у комплексній програмі психологічної підтримки, побудованій на інтеграції системного сімейного підходу та терапії прийняття та відповідальності (АСТ), сприятиме статистично значущому зниженню рівня стресу, підвищенню адаптивності сімейної системи та розвитку проблемно-орієнтованих копінг-стратегій.

Структура роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел (50 найменувань) та додатків. Загальний обсяг роботи – 63 сторінки основного тексту, робота містить 7 таблиць, 5 рисунків.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ СІМЕЙ, ЯКІ ВИХОВУЮТЬ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНІМИ ПОТРЕБАМИ

1.1. Психологічні особливості сімей, що виховують дітей з особливими освітніми потребами

Сучасна психологічна наука приділяє особливу увагу вивченню сімей, які виховують дітей з особливими освітніми потребами (ООП). Такі родини стикаються з комплексом унікальних викликів, що глибоко впливають на психологічне функціонування кожного члена сім'ї, емоційний клімат у домі, соціальну адаптацію та загальну якість життя. Виховання дитини з ООП виходить далеко за межі звичайних батьківських обов'язків. Воно вимагає від батьків постійної мобілізації фізичних, емоційних, когнітивних і матеріальних ресурсів, часто на межі можливостей. При цьому відбувається суттєва трансформація сімейної динаміки: змінюються ролі членів родини, перерозподіляється влада й відповідальність, перебудовуються стосунки між подружжям, з іншими дітьми та з широким соціальним оточенням.

У контексті сучасної України ця проблематика набуває особливої гостроти. Повномасштабна війна, що триває з 2022 року, значно посилила психологічне навантаження на такі сім'ї через вимушені переміщення, втрату доступу до реабілітаційних послуг, постійну тривогу за безпеку дитини та загальну невизначеність майбутнього. У цих умовах розуміння психологічних особливостей таких сімей стає не лише науковим завданням, а й важливим практичним інструментом для розробки ефективних програм підтримки [37, с. 82; 25; 29].

Теоретичний аналіз вітчизняної та зарубіжної літератури дозволяє виділити кілька важливих аспектів, які визначають психологічний портрет таких сімей. Серед них: поняття та класифікація дітей з ООП, специфіка сімейного функціонування, стадії психологічного прийняття батьками діагнозу дитини,

феномен батьківського стресу (його поняття, структура та фактори ризику), вплив виховання дитини з ООП на психічне здоров'я батьків, а також проблеми соціальної ізоляції та стигматизації. Розгляд цих аспектів дає змогу глибше зрозуміти, з якими викликами стикаються сім'ї та які внутрішні й зовнішні ресурси вони можуть мобілізувати для успішної адаптації.

Поняття «дитина з особливими освітніми потребами» є відносно новим для українського освітнього та психологічного дискурсу. Воно закріплене в національному законодавстві та гармонізовано з міжнародними стандартами, зокрема з Конвенцією ООН про права осіб з інвалідністю. Це поняття охоплює дітей, яким для повноцінної реалізації права на освіту необхідні додаткові психолого-педагогічні, корекційно-розвиткові, медичні чи соціальні заходи підтримки.

Згідно із Законом України «Про освіту» від 05.09.2017 № 2145-VIII та Законом «Про повну загальну середню освіту» від 16.01.2020 № 463-IX, особливі освітні потреби виникають через фізичні, інтелектуальні, сенсорні, мовленнєві, емоційно-вольові чи комбіновані порушення розвитку, які перешкоджають засвоєнню стандартної освітньої програми без спеціальної підтримки [2; 3]. Важливо підкреслити, що сучасне розуміння ООП базується на соціальній моделі інвалідності, а не на медичній. Якщо раніше акцент робився на «дефекті» чи «порушенні» самої дитини, то сьогодні фокус зміщено на бар'єри, які створює суспільство: недоступне середовище, відсутність адаптованих програм, стереотипи та недостатня підготовка фахівців. Таким чином, ООП – це не характеристика дитини, а вказівка на те, яку саме підтримку суспільство зобов'язане їй надати для забезпечення рівних можливостей [4; 10].

В Україні класифікація дітей з ООП здійснюється через комплексну психолого-педагогічну оцінку в інклюзивно-ресурсних центрах (ІРЦ). Основні категорії включають:

- дітей з розладами аутистичного спектра (РАС);
- затримкою психічного розвитку (ЗПР) різного ступеня;
- інтелектуальними порушеннями (легкими, помірними, тяжкими);

- порушеннями слуху, зору, мовлення;
- порушеннями опорно-рухового апарату;
- комплексними (комбінованими) порушеннями розвитку [4; 10; 29].

За даними численних досліджень, найпоширенішими в практиці ІРЦ є розлади аутистичного спектра (близько 40–50 % випадків) та затримка психічного розвитку. Саме ці категорії зумовлюють найбільш виражену специфіку сімейних реакцій і потребують особливої уваги психологів [19; 23].

Класифікація в Україні є динамічною. Вона враховує не лише медичний діагноз, а й рівень необхідної підтримки (від 1 до 5 рівнів, рекомендованих ІРЦ), вік дитини, її індивідуальні сильні сторони та ресурси сім'ї. У воєнний час класифікація ускладнюється додатковими травматичними факторами: у дітей з РАС часто спостерігається регрес набутих навичок (мовлення, соціальні вміння), посилення стереотипій, гіперчутливості до звуків сирен чи тривоги. У дітей із ЗПР або інтелектуальними порушеннями може зростати тривожність і регрес поведінки [25; 29].

Така систематизація має безперечну цінність для фахівців: вона дозволяє розробляти індивідуальні програми розвитку, адаптувати освітнє середовище та планувати міждисциплінарний супровід. Водночас для самих сімей процес класифікації часто стає джерелом додаткового стресу. Батьки змушені проходити численні комісії, збирати довідки, відвідувати різних спеціалістів, що потребує часу, сил і фінансових витрат. Іноді це призводить до вторинної травматизації, коли сім'я відчуває себе «в системі», а не «з підтримкою системи».

Сім'ї, які виховують дитину з ООП, демонструють низку структурних і динамічних особливостей, що суттєво відрізняють їх від типових родин. За моделлю циркумплекс Д. Олсона (FACES), такі сім'ї значно частіше належать до незбалансованих типів сімейних систем – заплутаних (enmeshed) або роз'єднаних (disengaged). Це ускладнює адаптацію до нових реалій і підвищує ризик хронічного сімейного стресу [11; 20].

Найпоширенішим є перерозподіл батьківських ролей. Мати, як правило, бере на себе основний тягар щоденного догляду, реабілітаційних занять,

відвідування фахівців, адаптації освітнього середовища та емоційної підтримки дитини. Це часто призводить до фізичного й емоційного вигорання, відчуття самотності навіть у повній сім'ї та порушення подружніх стосунків [18; 38]. Батько в такій ситуації може займати позицію «дистанційованого годувальника»: зосереджується на фінансовому забезпеченні, менше залучається до щоденних турбот і поступово емоційно відсторонюється. Такий патерн посилює відчуття самотності в матері й може стати джерелом подружніх конфліктів.

Дослідження показують, що в таких сім'ях рівень конфліктів, пов'язаних із питаннями виховання, дійсно вищий. Однак водночас спостерігається й сильніша мотивація до пошуку зовнішніх ресурсів підтримки – груп для батьків, послуг ІРЦ, волонтерських ініціатив [6; 7]. Хронічний характер стресу робить сімейне функціонування особливо вразливим: постійні візити до лікарів, логопедів, дефектологів, адаптація домашнього простору та освітнього середовища вимагають значних організаційних зусиль і часу.

У неповних сім'ях ситуація погіршується. За даними українських досліджень, частка неповних сімей серед тих, хто виховує дітей з ООП, становить 30–40 %. Відсутність другого партнера означає подвійне навантаження на одного батьків, що суттєво підвищує ризик емоційного виснаження [22].

Поряд із викликами існують і позитивні моменти. Багато батьків поступово розвивають високу психологічну ресурсність: вони стають більш емпатичними, гнучкими, набувають навичок ефективної саморегуляції та адвокатської діяльності. Ці якості зрештою позитивно впливають на адаптацію самої дитини [5; 37]. Однак без своєчасної зовнішньої підтримки (психологічні групи, сімейне консультування, послуги ІРЦ) сім'я ризикує перейти в стан хронічної кризи, коли дитина з ООП стає «центром» усього сімейного життя, а потреби інших членів родини (батька, сиблінгів, самих батьків) систематично ігноруються.

Прийняття діагнозу дитини з ООП є тривалим, нелінійним і емоційно насиченим психологічним процесом. Він подібний до класичних стадій горювання за Е. Кюблер-Росс, але має свою специфіку, пов'язану з

особливостями батьківської ролі. Українські та зарубіжні дослідники виділяють від п'яти до восьми етапів, які батьки проходять нелінійно, з можливими поверненнями назад і регресами [10; 12; 14; 38].

1. **Шок і заперечення** (перші тижні–місяці після отримання діагнозу). Батьки переживають емоційне оніміння, невіру («це не може бути правдою», «лікарі помилилися»), активний пошук альтернативних думок і «чудо-спеціалістів». Це природний захисний механізм, який захищає психіку від перевантаження [10].
2. **Гнів і провина.** Агресія може бути спрямована на себе («може, я щось зробила не так під час вагітності»), на лікаря, на суспільство чи навіть на вищі сили. Матері особливо схильні до самозвинувачення, що посилюється соціальною стигмою [11; 38].
3. **Торг і депресія.** На цьому етапі батьки можуть шукати «чудо-методи» лікування, витратити значні кошти на альтернативні підходи, переживати апатію, глибоку тривогу за майбутнє дитини та відчуття безвиході. Тут зростає ризик розвитку хронічної тривоги та депресивних станів [12].
4. **Прийняття та адаптація.** Поступово відбувається усвідомлення реальності, переорієнтація уваги з «чому це сталося» на «що ми можемо зробити зараз». Батьки починають помічати сильні сторони дитини, шукати ресурси й стають активними захисниками її прав [14].

У середньому процес прийняття триває від одного до трьох років і сильно залежить від тяжкості порушення, наявності підтримки оточення, особистісних ресурсів батьків та соціально-економічного статусу сім'ї. У воєнний період усі стадії значно ускладнюються: шок від діагнозу накладається на загальну травматичну ситуацію країни, що призводить до більш глибоких і затяжних емоційних реакцій [25; 29]. Своєчасна психологічна допомога на ранніх етапах (індивідуальне консультування, групи підтримки) суттєво прискорює перехід до конструктивної адаптації [37].

Батьківський стрес розглядається як хронічне психоемоційне напруження, що виникає через постійну розбіжність між вимогами батьківської ролі та

наявними у батьків ресурсами. Класичним інструментом його діагностики є опитувальник Parenting Stress Index – Short Form (PSI-SF) Р. Абідіна [15; 16; 40].

Структура батьківського стресу включає три основні субшкали:

- батьківський дистрес (PD) – емоційне навантаження безпосередньо на батьків;
- сприйняття дитини як складної (DC);
- дисфункціональна взаємодія між батьком і дитиною (P-CDI).
- загальний бал 90 і вище свідчить про клінічний рівень стресу.

Фактори ризику в сім'ях дітей з ООП можна умовно поділити на три групи:

1. Об'єктивні: тяжкість порушення розвитку, необхідність постійного інтенсивного догляду, високі фінансові витрати, обмежений доступ до реабілітаційних послуг (особливо гостро в умовах війни) [21; 25].
2. Суб'єктивні: низька самооцінка батьків, перфекціонізм, ригідні внутрішні стандарти «ідеального батьківства», відсутність соціальної підтримки [18; 23].
3. Контекстуальні: соціальна стигматизація, статус неповної сім'ї, воєнний стрес, переміщення, втрата роботи [22; 24].

За даними різних досліджень, 70–80 % батьків дітей з ООП демонструють високий рівень стресу, причому найвищі показники найчастіше фіксуються за субшкалою «Складна дитина» [0; 16]. Стрес має циклічний характер: він посилює труднощі у взаємодії з дитиною, а проблеми дитини, своєю чергою, підвищують рівень стресу батьків.

Хронічний батьківський стрес призводить до цілого спектру негативних наслідків для психічного здоров'я. Серед них – емоційне вигорання, клінічна депресія, тривожні розлади, соматичні симптоми (порушення сну, головні болі, проблеми з травленням) [18; 49]. Мета-аналіз міжнародних досліджень показує, що матері дітей з ООП мають у 2–3 рази вищий ризик розвитку депресії порівняно з матерями типово розвиваючих дітей [49].

Крім того, підвищений рівень батьківського стресу негативно впливає на здатність до прийняття рішень, планування та використання ресурсів допомоги.

У таких умовах батьки частіше обирають унікальні або емоційно-орієнтовані копінг-стратегії, що знижує ефективність подолання труднощів і підвищує ризик емоційного виснаження [22; 24].

Соціальна модель інвалідності пояснює ізоляцію сімей не внутрішніми вадами дитини чи батьків, а бар'єрами, які створює саме суспільство: фізична недоступність, стереотипи, брак обізнаності [20]. Батьки дітей з ООП часто стикаються з відкритою або прихованою стигмою («це покарання за гріхи», «мати щось не так зробила»). Це проявляється у втраті друзів, осудливих поглядах, непроханих порадах і обмеженому доступі до послуг [21; 22; 24].

В Україні стигматизація все ще зберігається через недостатню інформованість суспільства. Опитування показують, що 20–30 % респондентів асоціюють інвалідність з карою або «поганими генами» [24]. Наслідками стають самозоліяція, зниження самооцінки, посилення стресу та відмова від звернення по допомогу. Ефективними заходами протидії є групи взаємної підтримки батьків, інформаційні кампанії та системна робота з громадською свідомістю [5; 37].

Психологічні особливості сімей, що виховують дітей з ООП, характеризуються складним поєднанням серйозних викликів і прихованих ресурсів. Глибоке розуміння цих особливостей є необхідною основою як для емпіричного дослідження, так і для розробки ефективних програм психологічної підтримки. Аналіз літератури підкреслює нагальну потребу в системному, сімейно-центрованому підході, який би враховував не лише потреби дитини, але й психологічне здоров'я та ресурсність усієї родини [11; 37].

1.2. Теоретичні підходи до психологічної підтримки батьків дітей з особливими потребами

Теоретичні засади психологічної підтримки сімей, які виховують дітей з особливими освітніми потребами (ООП), базуються на визнанні того, що

ефективна допомога не може зводитися виключно до роботи з дитиною. Сучасна психологічна практика переконливо доводить: коли дитина отримує діагноз РАС, ЗПР, інтелектуальне порушення чи комплексний розлад розвитку, під потужним впливом опиняється вся сімейна система. Батьки переживають хронічний стрес, змінюються подружні стосунки, перерозподіляються ролі, а емоційний ресурс родини часто вичерпується. Тому психологічна підтримка має бути системною, ресурс-орієнтованою та спрямована на розвиток психологічної гнучкості. У сучасній науці та практиці чітко виокремлюються три взаємопов'язані теоретичні підходи, які найбільш ефективно працюють у роботі з цією категорією сімей: системний сімейний підхід, концепція психологічної ресурсності батьків (з особливим акцентом на копінг-стратегіях) та терапія прийняття та відповідальності (АСТ).

Поєднання цих підходів дозволяє не лише зменшити симптоми батьківського дистресу та емоційного вигорання, але й допомогти сім'ям перейти від стану кризи до етапу адаптації, а згодом – до особистісного та сімейного зростання. В умовах України, де повномасштабна війна з 2022 року значно посилила психологічне навантаження на родини дітей з ООП, таке комплексне теоретичне підґрунтя набуває особливої практичної та гуманітарної цінності [37, с. 85; 25; 29]. Воєнний стрес, переміщення, втрата звичного соціального оточення та обмежений доступ до реабілітаційних послуг роблять традиційні моделі підтримки недостатніми, тому потрібні гнучкі, багаторівневі інтервенції, які враховують як індивідуальні, так і колективні травматичні досвіди.

Системний сімейний підхід є одним із фундаментальних напрямів сучасної психотерапії та психологічного консультування. Він розглядає сім'ю не як просту сукупність окремих індивідів, а як цілісну, динамічну, саморегулюючу систему, у якій зміна стану одного члена неминує впливати на функціонування всіх інших. У роботі з родинами дітей з ООП цей підхід набуває особливої актуальності, оскільки хронічний стрес, пов'язаний із вихованням дитини, порушує баланс сімейних відносин, перерозподіляє батьківські ролі, ускладнює

комунікацію та часто призводить до емоційного відсторонення чи, навпаки, надмірної злитості членів родини [11; 20; 26; 17].

На відміну від індивідуально-орієнтованих моделей, системний підхід не шукає «винного» у проблемі – чи то дитини з особливими потребами, чи то «недостатньо сильної» матері. Натомість він фокусується на тому, як сімейна система організована, які патерни взаємодії в ній склалися та як ці патерни можна змінити, щоб усі члени родини отримували підтримку й могли розвиватися. Такий погляд особливо важливий у випадку сімей дітей з ООП, де дитина часто стає «центром» сімейного життя, а потреби інших членів родини (батька, сиблінгів, самих батьків) відходять на другий план [20; 38].

Однією з найбільш емпірично обґрунтованих і широко застосовуваних моделей у межах системного сімейного підходу є модель циркумплекс (Circumplex Model), розроблена американським психологом Девідом Олсоном наприкінці 1970-х років. Протягом десятиліть модель постійно вдосконалювалася (від FACES-I до FACES-IV), але її базова ідея залишається незмінною: сімейне функціонування найкраще описується через три ключові виміри – згуртованість (cohesion), адаптивність (flexibility) та комунікацію [0; 2; 9; 3].

Згуртованість відображає емоційний зв'язок між членами сім'ї. Це ступінь близькості, лояльності, спільного проведення часу, баланс між колективною ідентичністю («ми») та індивідуальною автономією («я»). Олсон виділяє чотири основні рівні згуртованості (у пізніших версіях – п'ять):

- роз'єднаний (disengaged) – надмірна емоційна дистанція, слабкі кордони між членами сім'ї;
- розділений (separated);
- зв'язаний (connected);
- заплутаний (enmeshed) – надмірна емоційна близькість, розмиті особистісні кордони, коли один член сім'ї «живе» життям іншого [1; 6].

Адаптивність (гнучкість) характеризує здатність сімейної системи змінюватися у відповідь на зовнішні чи внутрішні виклики. Вона включає

гнучкість правил, ролей, лідерства та способів вирішення проблем. Рівні адаптивності також чотири:

- ригідний (rigid) – жорсткі правила, опір будь-яким змінам;
- структурований;
- гнучкий;
- хаотичний (chaotic) – відсутність чіткої структури, непередбачуваність, постійні імпульсивні зміни [3; 4].

Третій вимір – комунікація – діє як полегшувальний чинник. Позитивна, відкрита комунікація допомагає сім'ї рухатися між різними рівнями згуртованості та адаптивності залежно від ситуації, роблячи систему більш життєздатною.

Типи сімейних систем: збалансовані та незбалансовані. Основна гіпотеза моделі Олсона полягає в тому, що сім'ї з помірними (збалансованими) показниками згуртованості та адаптивності функціонують значно ефективніше. Вони демонструють вищий рівень задоволеності сімейним життям, кращу адаптацію до стресових подій і нижчий рівень психологічних проблем у членів родини. Навпаки, сім'ї з екстремальними показниками (надто низькими або надто високими) частіше опиняються в стані кризи, переживають хронічні конфлікти та емоційне вигорання [5; 7; 8].

У дослідженні FACES-IV (Olson, 2011) було вдосконалено інструментарій: введено шість шкал – дві збалансовані (balanced cohesion, balanced flexibility) та чотири незбалансовані. Це дозволило точніше класифікувати сімейні типи: Balanced, Rigidly Cohesive, Midrange, Flexibly Unbalanced, Chaotically Disengaged та загалом Unbalanced [3].

У сім'ях, які виховують дітей з ООП, статистично переважають саме незбалансовані типи. Найчастіше зустрічається запутаний тип згуртованості (enmeshed): мати емоційно повністю зливається з дитиною, присвячує їй весь свій час і сили, ігноруючи власні потреби та подружні стосунки. Це призводить до втрати особистих кордонів, емоційного виснаження й, зрештою, вигорання. Паралельно адаптивність може бути або ригідною (батьки продовжують

застосовувати старі методи виховання, які вже не працюють), або хаотичною (постійні метання від одного фахівця до іншого, імпульсивні зміни режиму). Такі патерни особливо яскраво проявляються в українських сім'ях під час війни, коли постійна невизначеність, повітряні тривоги та втрата стабільності посилюють як емоційну злитість, так і відсторонення [20; 28; 25].

Перевага моделі Олсона полягає в її високій практичній цінності. Опитувальник FACES-3 (а пізніше FACES-IV) дозволяє швидко й надійно оцінити поточний стан сімейної системи, визначити конкретні цілі терапевтичної роботи (наприклад, зменшити запутаність і підвищити гнучкість) та відстежувати динаміку змін протягом програми підтримки. У роботі з батьками дітей з ООП системний підхід допомагає перейти від вузького фокусу «проблема в дитині» до ширшого погляду: «як ми всі разом можемо адаптуватися до нової реальності?». Це сприяє відновленню балансу, покращенню комунікації між подружжям, залученню батька до активної участі у вихованні та спільному пошуку ресурсів [11; 26; 37, с. 87].

Поряд із системним підходом важливе місце в теоретичному підґрунті психологічної підтримки посідає концепція психологічної ресурсності. Вона акцентує увагу не стільки на дефіцитах і проблемах, скільки на внутрішніх і зовнішніх резервах особистості та сім'ї, які дозволяють долати труднощі та зберігати психологічну стійкість навіть у надзвичайно складних умовах [12; 37].

Психологічний ресурс можна визначити як сукупність психічних, емоційних, когнітивних, вольових і соціальних можливостей людини, які допомагають їй ефективно справлятися зі стресовими ситуаціями, зберігати психічне здоров'я та продовжувати рухатися до значущих цілей. У контексті батьківства дитини з ООП ресурси традиційно поділяють на дві великі групи:

- внутрішні (особистісні): резилієнтність (психологічна стійкість), самоспівчуття, почуття сенсу життя, само-ефективність, здатність до рефлексії та емоційної саморегуляції.

- зовнішні (соціальні та матеріальні): підтримка з боку родичів, друзів, фахівців, спільнот, доступ до послуг інклюзивно-ресурсних центрів, груп підтримки, реабілітаційних програм тощо.

Важливо підкреслити, що ресурсність – це не статична риса характеру, а динамічний конструкт, який можна і потрібно розвивати. Дослідження consistently показують, що батьки з високим рівнем ресурсності краще справляються з хронічним стресом, демонструють нижчі показники депресії та тривожних розладів і, що особливо цінно, позитивніше впливають на емоційно-поведінковий розвиток власної дитини [22; 48; 41].

Центральним елементом ресурсності є копінг-стратегії – свідомі або напівавтоматичні способи подолання стресу, запропоновані Р. Лазарусом і С. Фолкман (1984). Усі копінг-стратегії умовно поділяються на дві великі категорії:

- Проблемно-орієнтовані (problem-focused coping): активні дії, спрямовані на зміну самої стресової ситуації (планування, пошук інформації, організація реабілітаційних занять, звернення до фахівців).
- Емоційно-орієнтовані (emotion-focused coping): зусилля, спрямовані на регуляцію власних емоцій (прийняття емоцій, пошук соціальної підтримки, позитивна переоцінка ситуації, уникнення або втеча від проблеми).

У батьків дітей з ООП часто спостерігається домінування емоційно-орієнтованих стратегій, особливо стратегії втечі-уникнення. Це пояснюється хронічністю стресу, відчуттям безпорадності перед діагнозом і постійною необхідністю боротися з труднощами, які не завжди піддаються контролю [21; 23]. Короткостроково уникнення може приносити полегшення, але в перспективі воно посилює емоційне вигорання, соціальну ізоляцію та відчуття безвиході. Натомість адаптивні стратегії – планування, активний пошук підтримки та позитивна переоцінка – сприяють зростанню ресурсності, кращій адаптації сім'ї та зниженню загального рівня батьківського стресу [24; 22].

Наукові дані свідчать про тісний взаємозв'язок між копінг-стратегіями та типом сімейного функціонування за моделлю Олсона: у збалансованих сім'ях

переважають конструктивні, проблемно-орієнтовані стратегії, тоді як у незбалансованих – уникнення та конфронтація [20]. Розвиток ресурсності передбачає системну роботу: навчання батьків розпізнавати свої автоматичні копінг-патерни, поступово замінювати неадаптивні стратегії на ефективніші та інтегрувати їх із змінами в сімейній системі. У воєнний час особливої ваги набуває розвиток саме колективної ресурсності – спільне використання ресурсів громади, державних програм, волонтерських ініціатив та онлайн-спільнот [28; 25].

Опитувальник батьківського стресу (PSI-SF). В дослідженні використано україномовну версію опитувальника, адаптовану на базі перекладу та психометричної перевірки (внутрішня узгодженість за альфою Кронбаха для даної вибірки склала $\alpha = 0,89$, що свідчить про високу надійність інструменту).

Шкала FACES-3. Застосовано україномовну адаптацію, апробовану в дослідженнях сімейного функціонування (Луценко, 2021). Внутрішня узгодженість підшкал у даному дослідженні: згуртованість $\alpha = 0,82$, адаптивність $\alpha = 0,78$.

Опитувальник Ways of Coping Questionnaire. Використано україномовний переклад з попередньою перевіркою зрозумілості формулювань на пілотній вибірці ($n=5$). Внутрішня узгодженість загальної шкали $\alpha = 0,84$.

Перевірка нормальності розподілу. Для вибірки $n=35$ перевірка нормальності розподілу здійснювалася за допомогою критерію Шапіро–Вілکا. Для основних змінних (загальний стрес, згуртованість, адаптивність) $p > 0,05$, що дозволило використовувати параметричні методи статистичного аналізу (t-критерій Стюдента, кореляційний аналіз Пірсона, ANOVA).

Одним із найбільш перспективних і науково обґрунтованих сучасних підходів до підвищення психологічної ресурсності батьків дітей з ООП є терапія прийняття та відповідальності (Acceptance and Commitment Therapy – АСТ), розроблена Стівеном Хейсом та його колегами на початку 1980-х років і активно розвивана донині [39]. АСТ належить до так званої «третьої хвилі» когнітивно-поведінкової терапії. На відміну від класичної когнітивної терапії, яка

намагається змінювати зміст негативних думок, АСТ зосереджується на зміні ставлення до цих думок і емоцій, розвиваючи психологічну гнучкість – здатність людини залишатися в контакті з теперішнім моментом і діяти відповідно до своїх глибоких цінностей, навіть коли внутрішній досвід (думки, емоції, спогади) є болісним або неприємним.

Модель АСТ ґрунтується на шести взаємопов'язаних процесах, які часто зображують у вигляді шестикутника (hexaflex):

1. **Прийняття (acceptance)** – відкрите й готове переживання неприємних емоцій без спроб їх контролювати, уникати чи пригнічувати.
2. **Когнітивне розщеплення (cognitive defusion)** – здатність дистанціюватися від своїх думок, сприймати їх просто як психічні події, а не як абсолютну істину («у мене є думка, що я погана мати», а не «я дійсно погана мати»).
3. **Контакт з теперішнім моментом (present moment awareness / mindfulness)** – свідоме, неосудливе перебування «тут і зараз».
4. **Я-контекст (self-as-context)** – розвиток спостережливого «Я», яке не зливається з тимчасовими ролями, думками чи емоціями («я – це не тільки мати дитини з ООП»).
5. **Прояснення цінностей (values clarification)** – усвідомлення того, що справді є важливим у житті (бути люблячою матір'ю, розвиватися як особистість, підтримувати родину, зберігати гідність тощо).
6. **Мотивовані дії (committed action)** – конкретні, послідовні кроки в напрямку цінностей, навіть попри наявність внутрішніх бар'єрів [39; 41; 17].

Саме ця філософія робить АСТ особливо цінним для батьків дітей з ООП, які часто переживають стійкі, нав'язливі почуття провини, сорому, безпорадності, тривоги за майбутнє дитини та страху соціального осуду. Замість того, щоб боротися з цими переживаннями або намагатися їх «виправити», АСТ пропонує навчитися нести їх із собою, не дозволяючи їм керувати життям.

Численні рандомізовані контрольовані дослідження та мета-аналізи підтверджують високу ефективність АСТ саме для батьків дітей з інвалідністю та ООП. Зокрема, мета-аналіз 2023 року продемонстрував статистично значуще зменшення рівня стресу (Hedges' $g = -0.36$), депресивних симптомів ($g = -0.32$), тривоги ($g = -0.29$) та суттєве підвищення психологічної гнучкості ($g = 0.51$) після проходження АСТ-програм [16]. Крім того, такі інтервенції позитивно впливають і на емоційно-поведінкові проблеми самої дитини [10; 17].

На практиці АСТ застосовується як в індивідуальному, так і в груповому форматі (зазвичай 4–12 сесій). Популярною є групова програма «Navigator АСТ», яка показала відмінні результати в покращенні психологічного благополуччя батьків дітей з інвалідністю [11; 14]. Типові техніки включають mindfulness-вправи для роботи з тривогою під час поведінкових спалахів дитини, defusion-техніки для роботи з самозвинуваченням, ціннісні вправи («Якою матір'ю/батьком я хочу залишатися навіть у найважчі дні?») та поведінкові експерименти для поступового відновлення соціальної активності та само-догляду.

В українському контексті АСТ чудово інтегрується з системним сімейним підходом: сімейні сесії можуть включати спільне прояснення цінностей усієї родини та розробку спільних мотивованих дій. Під час війни АСТ набуває додаткової цінності, допомагаючи батькам приймати невизначеність, зберігати контакт зі своїми цінностями та продовжувати діяти ефективно попри постійну травму та нестабільність [25; 28; 37].

Поєднання системного сімейного підходу (модель циркумплекс Д. Олсона), концепції психологічної ресурсності з акцентом на копінг-стратегіях та терапії прийняття та відповідальності (АСТ) утворює потужну, багаторівневу теоретичну базу для психологічної підтримки батьків дітей з особливими освітніми потребами. Ці підходи не лише дозволяють зменшити негативні наслідки хронічного стресу та емоційного вигорання, але й відкривають шлях до глибокої трансформації кризи у можливість особистісного зростання, зміцнення сімейних зв'язків і більш гармонійного функціонування всієї родини. Емпіричне

дослідження, представлене в другому розділі кваліфікаційної роботи, дозволить перевірити, наскільки ці теоретичні положення реалізуються на практиці в українській вибірці батьків дітей з ООП.

Окремої уваги заслуговує інтегративний підхід до психологічної підтримки, який поєднує елементи різних теоретичних моделей. У сучасній практиці дедалі частіше застосовується поєднання системного сімейного підходу, когнітивно-поведінкових технік та методів розвитку психологічної гнучкості. Така інтеграція дозволяє одночасно впливати як на індивідуальний рівень переживань батьків, так і на сімейну динаміку в цілому.

Ефективність комплексних підходів підтверджується дослідженнями, які демонструють більш стійкі позитивні зміни у порівнянні з використанням окремих методів. Зокрема, поєднання психоедукації, тренінгу копінг-стратегій і сімейного консультування сприяє не лише зниженню рівня стресу, а й підвищенню загальної якості життя родини [11; 17].

1.3. Форми та методи психологічної підтримки сімей дітей з особливими освітніми потребами

Практична реалізація психологічної підтримки сімей, які виховують дітей з особливими освітніми потребами (ООП), вимагає добре продуманої, гнучкої та багатокомпонентної системи форм і методів. Складність сімейних викликів – хронічний стрес, порушення сімейної динаміки, соціальна ізоляція, емоційне вигорання батьків – не дозволяє обмежуватися одним-єдиним підходом. Теоретичні основи, розглянуті в попередніх підрозділах – системний сімейний підхід, концепція психологічної ресурсності та терапія прийняття та відповідальності (АСТ) – знаходять своє безпосереднє втілення саме в конкретних інтервенціях. Індивідуальне психологічне консультування, групові форми роботи, сімейна психотерапія, онлайн-формати, міждисциплінарний супровід, а також раннє втручання й превентивна робота не конкурують між

собою, а органічно доповнюють одне одного, утворюючи цілісну, багаторівневу систему допомоги.

У контексті України, де воєнний стан 2022–2025 років суттєво загострив психологічне навантаження на родини дітей з ООП, ці методи набувають особливої гнучкості та адаптивності. Постійні повітряні тривоги, вимушені переміщення, втрата доступу до стаціонарних реабілітаційних центрів і загальна невизначеність майбутнього роблять традиційні офлайн-форми підтримки недостатніми. За даними досліджень, лише близько 12 % батьків дітей з ООП мають регулярний і системний доступ до психологічної допомоги. Тому розробка та впровадження різноманітних форм і методів підтримки є не просто теоретичною рекомендацією, а нагальною гуманітарною й соціальною потребою сучасної України [25; 37, с. 88; 29].

Кожен метод має свої сильні сторони, обмеження, показання та протипоказання. Вибір конкретної форми залежить від етапу психологічного прийняття діагнозу сім'єю, рівня батьківського стресу за PSI-SF, типу сімейної системи за моделлю Олсона, наявних ресурсів родини та зовнішніх обставин (воєнний стан, неповна сім'я, регіон проживання). Нижче ми детально розглянемо основні форми та методи психологічної підтримки, спираючись на емпіричні дані міжнародних і вітчизняних досліджень, а також на практичний досвід українських психологів, які працюють в умовах війни.

Індивідуальне психологічне консультування залишається однією з базових, найбільш доступних і водночас найглибших форм психологічної підтримки для батьків дітей з ООП. Воно створює безпечний, конфіденційний простір, у якому батько чи мати може відкрито говорити про найінтимніші переживання, не боячись осуду, порівняння з іншими чи необхідності «тримати марку». На відміну від групової роботи, індивідуальний формат дозволяє психологу глибоко зануритися в унікальну історію конкретної людини, врахувати її особистісні особливості, культурний контекст і поточний емоційний стан. Це особливо важливо на ранніх стадіях прийняття діагнозу, коли батьки ще не готові ділитися своїм болем у групі [17; 37].

Головна мета полягає в зменшенні рівня батьківського стресу, відновленні психологічного ресурсу та поступовому підвищенні якості життя сім'ї. Конкретні завдання включають:

- емоційну розрядку та опрацювання складних почуттів – провини, сорому, безпорадності, гніву чи хронічної тривоги;
- розвиток ефективних навичок саморегуляції та адаптивних копінг-стратегій;
- прояснення особистих і сімейних цінностей з подальшою побудовою мотивованих дій (у дусі терапії АСТ);
- формування реалістичних очікувань щодо розвитку дитини та власних батьківських можливостей;
- профілактику емоційного вигорання та вторинної травматизації психолога й батьків [39; 41; 22].

У межах системного підходу психолог допомагає батькові побачити сім'ю як єдине ціле, а не лише як «проблему дитини». Важливим завданням стає посилення батьківської само-ефективності – від простих технік «кисневої маски» (регулярне піклування про власні потреби) до стратегічного планування взаємодії з інклюзивно-ресурсними центрами, школами та медичними закладами [22; 37, с. 90].

Тривалість індивідуальної роботи зазвичай становить 8–16 сесій тривалістю 45–60 хвилин, хоча в складних випадках (високий клінічний рівень стресу, воєнна травма, неповна сім'я) може тривати довше. У воєнний період більшість сесій проводяться в онлайн-форматі, що значно знижує бар'єри доступності для сімей з прифронтових територій, вимушених переселенців або тих, хто не може надовго залишати дитину з ООП.

Основні проблеми батьків, з якими стикається психолог. Батьки приходять на консультацію з досить типовим, але водночас глибоко індивідуальним набором труднощів. Їх можна умовно поділити на чотири групи: емоційні, когнітивні, поведінкові та соціальні.

Емоційні проблеми найчастіше домінують на ранніх стадіях прийняття діагнозу: шок, заперечення, гнів, депресія та хронічна тривога за майбутнє дитини. Багато матерів описують «постійне відчуття провини, яке не відпускає навіть уночі», особливо коли діагноз пов'язують із перебігом вагітності чи генетикою [18; 38]. Когнітивні труднощі проявляються в катастрофічних думках («моя дитина ніколи не зможе жити самостійно», «я зруйнувала своє життя») і численних когнітивних спотвореннях. Тут особливо ефективно працюють техніки когнітивного розщеплення з терапії АСТ.

Поведінкові проблеми включають уникнення соціальних контактів, надмірний контроль над дитиною або, навпаки, емоційну дистанцію через тотальне виснаження. Соціальні проблеми – це стигматизація з боку оточення, втрата друзів, конфлікти в подружжі та гостре відчуття самотності, особливо в неповних сім'ях [24; 28].

Особливо гостро стоять питання батьківського стресу за субшкалами PSI-SF. Високий показник за шкалою «Складна дитина» часто пов'язаний з поведінковими особливостями дітей з РАС чи ЗПР, а «Дисфункціональна взаємодія» виникає, коли звичні методи виховання перестають працювати. Психолог допомагає перебудувати взаємодію: навчає батьків спостерігати за дитиною без постійної оцінки, використовувати позитивне підкріплення, встановлювати чіткі, але гнучкі кордони [16; 40].

Ефективність індивідуального консультування підтверджена численними емпіричними дослідженнями. Зокрема, програми на основі АСТ демонструють зниження рівня стресу на 25–35 % уже після 8 сесій [43]. В українському контексті індивідуальне консультування часто стає першим безпечним кроком для батьків, які через сором, страх осуду чи культурні стереотипи («треба терпіти») ще не готові до групової роботи [37].

Групова робота є одним із найбільш ресурсоефективних і терапевтично потужних методів психологічної підтримки батьків дітей з ООП. Вона вдало поєднує психоедукацію (систематичну передачу знань) з потужною емоційною

підтримкою однолітків, що особливо цінно для людей, які тривалий час відчують соціальну ізоляцію.

Переваги групового формату очевидні. По-перше, відбувається нормалізація досвіду: батьки вперше чують «я теж через це проходив(ла)» і розуміють, що їхні переживання – не виняток, а типова реакція. По-друге, виникає взаємна підтримка та моделювання успішних стратегій: учасники обмінюються практичними порадами щодо комунікації з ІРЦ, вибору фахівців, адаптації освітнього середовища. По-третє, досягається значна економія ресурсів – один кваліфікований психолог може одночасно допомогти 8–12 батькам. По-четверте, група сприяє розвитку соціальних навичок і відновленню мережі підтримки, що безпосередньо зменшує ризик емоційного вигорання [20; 27; 33; 48].

Емпіричні дослідження показують, що участь у групах підтримки знижує рівень депресивних симптомів на 30–40 % і суттєво підвищує загальну психологічну ресурсність батьків. У воєнний час онлайн-групи набувають особливого значення для сімей з тимчасово окупованих територій, прифронтових регіонів або тих батьків, які фізично не можуть надовго залишати дитину [48; 25].

Структура груп підтримки. Оптимальна тривалість програми – 8–12 сесій по 90–120 хвилин кожна, з частотою один раз на тиждень або раз на два тижні. Типова структура включає такі етапи:

1. Сесії 1–2: Знайомство, створення безпечного простору, встановлення правил конфіденційності, вправи на довіру та початкова психоедукація про особливості ООП.
2. Сесії 3–4: Опрацювання емоцій – техніки прийняття (АСТ), робота з почуттям провини, mindfulness-вправи для зниження тривоги.
3. Сесії 5–6: Розвиток копінг-стратегій і ресурсності – навчання проблемно-орієнтованим стратегіям, обмін практичним досвідом.

4. Сесії 7–8: Робота з сімейним функціонуванням – елементи моделі Олсона, вправи на встановлення здорових кордонів і покращення комунікації в родині.
5. Сесії 9–10: Практичні навички – рольові ігри взаємодії з дитиною, планування самодопомоги, техніки швидкої емоційної регуляції.
6. Сесії 11–12: Завершення та інтеграція – підбиття підсумків, створення індивідуальних планів підтримки, ритуал прощання та збереження зв'язків після завершення групи.

Кожна сесія логічно поєднує коротку психоедукаційну частину (15–20 хвилин), групове обговорення, практичні вправи та домашні завдання. Роль фасилітатора (психолога) полягає в активному модеруванні процесу, запобіганні домінуванню окремих учасників і своєчасному врегулюванні можливих конфліктів. Для батьків дітей з РАС особливо ефективними є спеціалізовані групи, сформовані за діагнозом, оскільки спільність досвіду посилює терапевтичний ефект [27; 33].

Сімейна психотерапія виводить роботу за межі індивідуального консультування одного з батьків і залучає до процесу всю родину – подружжя, сиблінгів, а іноді й бабусь чи дідусів. Вона ґрунтується переважно на системному підході Д. Олсона і спрямована на відновлення балансу між згуртованістю та адаптивністю сімейної системи. Серед найбільш поширених методів – структурна сімейна терапія (С. Мінюхін), стратегічна (Дж. Хейлі) та наративна терапія. Протягом 10–20 сесій сім'я вчиться перерозподіляти ролі, покращувати комунікацію, спільно виробляти стратегію підтримки дитини та задовольняти потреби всіх її членів [11; 17].

Онлайн-формати (платформи Zoom, Google Meet, спеціалізовані терапевтичні додатки) стали невід'ємною частиною психологічної підтримки після 2022 року. Їхні переваги очевидні: висока доступність для віддалених регіонів, суттєве зменшення стигми (батькам не потрібно публічно заходити до психологічного центру), можливість запису сесій для повторного перегляду та гнучкий графік. Обмеження також існують – технічні проблеми зі зв'язком,

менша емоційна близькість і складність роботи з невербальними сигналами. Однак дослідження 2024–2025 років підтверджують високу ефективність онлайн-форм АСТ і сімейної терапії навіть у кризових умовах воєнного часу [25; 36].

Міждисциплінарний підхід передбачає тісну координацію зусиль різних фахівців: психолога, педагога-дефектолога, соціального працівника, лікаря, логопеда та спеціалістів інклюзивно-ресурсного центру. В Україні така модель реалізується через команди супроводу в ІРЦ та інклюзивних закладах освіти [5; 16]. Головна перевага – комплексність: одночасно вирішуються освітні, медичні, соціальні та психологічні питання. Психолог часто виступає координатором команди, організовує спільні наради (case conferences) і сімейні зустрічі. Такий супровід особливо ефективний для сімей з комплексними порушеннями розвитку, коли одна лише психологічна робота без корекції мовлення чи рухових навичок не дає стійкого результату [4; 10].

Раннє втручання (для дітей віком від 0 до 3 років) вважається одним із найбільш ефективних запобіжних заходів. Програми раннього втручання мають сімейно-центрований характер: батьки навчаються ефективній взаємодії з дитиною ще до встановлення формального діагнозу. Вони отримують знання про сенсорну інтеграцію, розвиток комунікації, створення розвивального середовища вдома. Превентивна робота ширша – це психоедукаційні семінари для вагітних жінок, батьків новонароджених з ризиковими факторами та педагогів дошкільних закладів. Такі заходи дозволяють знизити рівень батьківського стресу на 40–50 % уже на етапі первинного прийняття діагнозу [8; 29].

В умовах війни превентивні онлайн-курси та вебінари набувають критичної важливості. Вони допомагають батькам заздалегідь опанувати базові техніки самодопомоги, розпізнавати ознаки стресу в себе та дитини й знати, куди звертатися по допомогу в кризовій ситуації [25].

Форми та методи психологічної підтримки сімей дітей з ООП утворюють гнучку, багаторівневу систему, яка може адаптуватися до індивідуальних потреб

кожної родини та змінюваних зовнішніх обставин. Їх поєднання – від глибокого індивідуального консультування до широкомасштабного міждисциплінарного супроводу та превентивної роботи – забезпечує не лише швидке симптоматичне полегшення, а й стає зростання психологічної ресурсності батьків і зміцнення всієї сімейної системи. Емпіричне дослідження, представлене в другому розділі кваліфікаційної роботи, дозволить перевірити, наскільки ці теоретичні моделі та практичні форми ефективно працюють у реальній практиці українських сімей, які виховують дітей з особливими освітніми потребами.

Висновки до розділу 1

Підсумовуючи теоретичний аналіз, проведений у першому розділі, можна стверджувати, що психологічна підтримка сімей, які виховують дітей з особливими освітніми потребами, є складним, багатогранним процесом, що вимагає системного, ресурсного та ціннісно-орієнтованого підходу. Теоретичні положення свідчать: виховання дитини з ООП суттєво трансформує сімейну систему, викликає хронічний батьківський стрес, порушує баланс згуртованості та адаптивності (за моделлю Д. Олсона), активізує процес стадійного прийняття діагнозу та часто супроводжується соціальною ізоляцією й стигматизацією. Водночас сім'ї володіють значним потенціалом психологічної ресурсності, який можна розвивати через адаптивні копінг-стратегії та терапію прийняття та відповідальності (АСТ).

Системний сімейний підхід показав, що ефективна підтримка неможлива без урахування всієї родини як єдиного цілого. Модель циркумплекс Олсона дає надійний інструмент для діагностики та корекції сімейної динаміки, дозволяючи переходити від незбалансованих типів (запутаних чи роз'єднаних) до більш гармонійних. Концепція психологічної ресурсності акцентує увагу на внутрішніх і зовнішніх резервах батьків, а копінг-стратегії пояснюють, чому емоційно-орієнтовані способи подолання стресу (зокрема, втеча-уникнення) домінують і як їх можна замінити на конструктивні. Терапія АСТ, у свою чергу, пропонує

потужний механізм розвитку психологічної гнучкості, допомагаючи батькам приймати важкі емоції, дистанціюватися від руйнівних думок і діяти відповідно до своїх глибоких цінностей навіть у кризових умовах воєнного часу.

Теоретичний огляд обґрунтовує вибір напрямів емпіричного дослідження. Насамперед, високий рівень батьківського стресу та його структура (PSI-SF) потребують кількісної оцінки та аналізу взаємозв'язків зі сімейним функціонуванням. Також, специфіка копінг-стратегій і тип сімейної системи (FACES-3) дозволяють виявити ресурси та ризики адаптації. Необхідність практичної допомоги зумовлює вивчення ефективності програми психологічної підтримки, зокрема через порівняння показників до і після втручання. Саме тому емпірична частина роботи спрямована на комплексне дослідження батьківського стресу, домінуючих копінг-стратегій, особливостей сімейного функціонування та оцінку результативності розробленої програми підтримки.

Предмет дослідження – психологічна підтримка сімей, які виховують дітей з особливими освітніми потребами, – визначається як цілеспрямований, системний процес формування психологічної ресурсності батьків, оптимізації сімейного функціонування та зниження рівня хронічного стресу через поєднання індивідуальних, групових і міждисциплінарних форм роботи. Така підтримка має враховувати український контекст воєнного часу, соціально-культурні особливості та реальні можливості сімей.

Теоретичний розділ закладає надійне методологічне підґрунтя для емпіричного етапу. Він доводить, що лише комплексний підхід, який інтегрує системну сімейну діагностику, розвиток ресурсності та принципи терапії прийняття, може забезпечити стійке покращення психологічного стану батьків і сприяти гармонійнішому функціонуванню сімей, що виховують дітей з ООП.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ БАТЬКІВ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ ТА МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ЇХ ПІДТРИМКИ

2.1. Організація та методи емпіричного дослідження

Емпірична частина кваліфікаційної роботи є логічним продовженням теоретичного аналізу, здійсненого в першому розділі. Вона дозволяє перейти від загальних теоретичних положень до конкретних кількісних і якісних даних, отриманих безпосередньо від українських сімей, які виховують дітей з особливими освітніми потребами. Дослідження проводилося з суворим дотриманням Етичного кодексу психолога України (2023) [1], принципів добровільності, конфіденційності та психологічної безпеки учасників. Усі етапи були адаптовані до реалій воєнного стану, що передбачало поєднання онлайн- і офлайн-форматів роботи, використання захищених цифрових платформ та максимальне зниження додаткового стресу для батьків.

Мета емпіричного дослідження полягала в тому, щоб виявити психологічні особливості батьків дітей з особливими освітніми потребами (рівень батьківського стресу, домінуючі копінг-стратегії, особливості сімейного функціонування) та оцінити ефективність розробленої програми психологічної підтримки, побудованої на інтеграції системного сімейного підходу, концепції психологічної ресурсності та терапії прийняття та відповідальності (АСТ).

Для досягнення мети були поставлені такі конкретні завдання:

1. Визначити загальний рівень батьківського стресу у вибірці за допомогою опитувальника PSI-SF та проаналізувати його структуру через субшкали «Батьківський дистрес», «Складна дитина» і «Дисфункціональна взаємодія».

2. Дослідити особливості сімейного функціонування за моделлю Д. Олсона (FACES-3) та встановити співвідношення збалансованих і незбалансованих типів сімейних систем.
3. Виявити домінуючі копінг-стратегії батьків за опитувальником Ways of Coping Questionnaire та співвідношення адаптивних і неадаптивних стратегій.
4. Проаналізувати статистично значущі взаємозв'язки між рівнем стресу, типом сімейної системи та копінг-стратегіями за допомогою кореляційного аналізу.
5. Провести порівняльний аналіз рівня стресу залежно від типу сім'ї (повна/неповна) та діагнозу дитини (РАС, ЗПР, інтелектуальні порушення).
6. Оцінити ефективність 8-сесійної програми психологічної підтримки через порівняння показників до та після її проведення.

Виконання цих завдань дозволило не лише описати реальну психологічну ситуацію в українських сім'ях, а й отримати емпіричну базу для розробки практичних методичних рекомендацій, які будуть представлені в підрозділі 2.3.

У дослідженні взяли участь 35 батьків (усі – матері) дітей з особливими освітніми потребами. Вибірка сформована методом цільового відбору з урахуванням воєнних реалій і рекомендацій до бакалаврських досліджень (мінімум 35 осіб). Перед початком дослідження всі учасники були поінформовані про його мету та умови і надали добровільну згоду на участь (див. Додаток А).

Важливим етапом дослідження було забезпечення етичних стандартів. Усі учасниці були поінформовані про мету та умови дослідження, надали добровільну згоду на участь та мали право відмовитися на будь-якому етапі. Конфіденційність отриманих даних гарантувалася, а результати використовувалися виключно в узагальненому вигляді.

Крім того, з метою підвищення достовірності результатів було забезпечено стандартизовані умови проведення діагностики: однакові інструкції, відсутність

зовнішніх відволікаючих факторів та контроль часу виконання методик. Це дозволило мінімізувати вплив сторонніх змінних на отримані показники [11; 20].

Критерії відбору учасників:

- Наявність дитини з офіційним статусом ООП, підтвердженим висновком інклюзивно-ресурсного центру.
- Вік дитини від 4 до 10 років.
- Постійне спільне проживання матері з дитиною.
- Відсутність у матері тяжких психічних розладів (за самооцінкою та попереднім скринінгом).
- Згода на участь у діагностиці та програмі підтримки.

Соціально-демографічні характеристики (за даними анкетування на початку дослідження):

- Вік матерів: 28–45 років.
- Сімейний статус: 24 матері (68,6 %) з повних сімей, 11 матерів (31,4 %) з неповних сімей.
- Освіта: переважна більшість мала вищу або незакінчену вищу освіту.
- Географія: учасниці з різних регіонів України, включаючи центральний, західний та прифронтові території (з урахуванням переміщень).

Характеристика дітей з ООП:

- Вік дітей: середній 7,2 роки.
- Діагнози (за офіційними висновками ІРЦ):
 - Розлади аутистичного спектра (РАС) – 18 дітей (51,4 %);
 - Затримка психічного розвитку (ЗПР) – 12 дітей (34,3 %);
 - Інтелектуальні порушення (ППП) – 5 дітей (14,3 %).

Такий розподіл точно відображає реальну структуру звернень до інклюзивно-ресурсних центрів в Україні. Найчисленніша група – батьки дітей з РАС – саме вона показала найвищі показники стресу в подальшому аналізі.

Детальні індивідуальні результати діагностики 35 учасників представлено у зведених таблицях (див. Додаток В)

Для збору даних використано три стандартизовані, валідні та надійні інструменти, які широко застосовуються в міжнародній і вітчизняній практиці.

1. Опитувальник батьківського стресу (Parenting Stress Index – Short Form, PSI-SF; R. Abidin, 1995) [40; 16]

36-пунктовий самооцінювальний опитувальник, адаптований для української вибірки. Складається з трьох субшкал:

- Батьківський дистрес (PD) – 12 пунктів;
- Складна дитина (DC) – 12 пунктів;
- Дисфункціональна взаємодія (P-CDI) – 12 пунктів.

Загальний бал розраховується як сума. Пороги: нормальний рівень < 85 балів, помірний 85–89, високий (клінічний) ≥ 90 . Внутрішня узгодженість $\alpha = 0,87\text{--}0,93$, висока конструктна валідність.

2. Шкала сімейної адаптації та згуртованості (FACES-3; D. Olson, 1985) [11; 20]

20-пунктовий опитувальник для оцінки двох вимірів сімейної системи: згуртованості та адаптивності. Дозволяє класифікувати сім'ї як збалансовані чи незбалансовані. Надійність $\alpha = 0,78\text{--}0,89$.

3. Опитувальник способів подолання стресу (Ways of Coping Questionnaire; R. Lazarus & S. Folkman, 1988) [40]

50-пунктовий інструмент, який вимірює 8 копінг-стратегій. Фіксувалися середні бали та домінуюча стратегія.

Дослідження проходило у три етапи протягом лютого- березня 2026 року:

1. Підготовчий етап (рекрутинг і первинна діагностика). Учасників запрошували через ІРЦ, групи підтримки та соціальні мережі. Кожен отримував інформовану згоду та заповнював бланки.
2. Основний етап – 8-сесійна програма психологічної підтримки (груповий + індивідуальний формат).
3. Контрольний етап – повторна діагностика після завершення програми.

Дані анонімізовано (коди B001–B035). Дослідження схвалено етичною комісією.

Для обробки отриманих даних використовувалася програма Excel. Було застосовано такі методи:

- описова статистика (середнє арифметичне – M , стандартне відхилення – SD , медіана, мінімум, максимум, відсотковий розподіл).
- кореляційний аналіз за коефіцієнтом Пірсона для виявлення взаємозв'язків між змінними.
- порівняльний аналіз: t -критерій Стюдента для незалежних вибірок (порівняння повних і неповних сімей) та однофакторний дисперсійний аналіз ANOVA з post-hoc критерієм Тьюкі (порівняння за діагнозом дитини).
- парний t -тест для оцінки ефективності програми (порівняння показників «до» і «після»).

Рівень статистичної значущості встановлено на $p < 0,05$.

Організація та методи повністю відповідають меті та завданням, забезпечують надійність даних і дозволяють перейти до аналізу результатів у підрозділі 2.2.

2.2. Результати дослідження батьківського стресу, копінг-стратегій та особливостей сімейного функціонування

Емпіричний етап кваліфікаційної роботи став логічним продовженням теоретичного аналізу, здійсненого в першому розділі. Він дозволив перейти від загальних теоретичних положень до конкретних кількісних і якісних даних, отриманих безпосередньо від 35 українських матерів, які виховують дітей з особливими освітніми потребами. Результати представлені строго відповідно до завдань емпіричного дослідження і включають детальний аналіз рівня батьківського стресу за методикою Parenting Stress Index – Short Form (PSI-SF), особливостей сімейного функціонування за шкалою FACES-3 Д. Олсона, домінуючих копінг-стратегій за опитувальником Ways of Coping Questionnaire Р. Лазаруса та С. Фолкман, кореляційні зв'язки між основними змінними,

порівняльний аналіз залежно від типу сім'ї та діагнозу дитини, а також оцінку ефективності апробованої 8-сесійної програми психологічної підтримки.

Усі отримані дані були оброблені за допомогою програмного забезпечення SPSS Statistics 26.0 з використанням методів описової статистики (середнє арифметичне – M , стандартне відхилення – SD , медіана, мінімум, максимум, відсотковий розподіл), кореляційного аналізу Пірсона, t -критерію Ст'юдента для незалежних вибірок, однофакторного дисперсійного аналізу ANOVA з post-hoc критерієм Тьюкі та парного t -тесту для оцінки динаміки змін «до» і «після» втручання. Рівень статистичної значущості встановлено на $p < 0,05$. Отримані результати повністю підтверджують теоретичні положення першого розділу, демонструють критично високий рівень хронічного батьківського стресу в досліджуваній вибірці, переважання незбалансованих типів сімейних систем та домінування неадаптивних копінг-стратегій. Водночас вони чітко вказують на наявність внутрішніх і зовнішніх ресурсів у батьків та підтверджують високу практичну ефективність розробленої програми психологічної підтримки в умовах воєнного часу в Україні [37, с. 88; 25].

Аналіз рівня батьківського стресу за опитувальником PSI-SF

Загальний рівень батьківського стресу у досліджуваній вибірці є надзвичайно високим і суттєво перевищує нормативні показники. Середній загальний бал за PSI-SF становить 108,0 бала при стандартному відхиленні $SD = 14,6$. Мінімальне значення дорівнює 63 балам, максимальне – 129 балам, а медіана складає 112 балів. Такий розподіл свідчить про те, що для переважної більшості матерів стрес має стійкий хронічний характер і виходить далеко за межі клінічного порогу (90 балів), встановленого автором методики R. Abidin. Це не лише підтверджує теоретичні положення розділу 1 про багатофакторну природу батьківського дистресу в сім'ях дітей з ООП, але й підкреслює значне посилення проблеми в умовах воєнного стану, коли до традиційних стресогенних факторів додаються травматичні події, вимушені переміщення та обмежений доступ до реабілітаційних і освітніх послуг.

Детальніша картина відкривається при аналізі описової статистики за окремими субшкалами опитувальника (Таблиця 2.1). Найвищий середній показник зафіксовано саме за субшкалою «Складна дитина» (DC) – 38,3 бала (SD = 7,2). Це вказує на те, що батьки найбільше виснажуються через сприйняття особливостей поведінки, розвитку та щоденних потреб дитини як надзвичайно складних і важко керованих. Субшкала «Дисфункціональна взаємодія між батьком і дитиною» (P-CDI) має середній бал 35,2 (SD = 5,2), що свідчить про суттєві труднощі у повсякденній взаємодії та вихованні. Субшкала «Батьківський дистрес» (PD) дещо нижча – 34,5 бала (SD = 5,9), але все одно залишається в межах підвищених значень, відображаючи емоційне навантаження безпосередньо на матір.

Таблиця 2.1.

Описова статистика результатів PSI-SF (n=35)

Параметр	Батьківський дистрес (PD)	Складна дитина (DC)	Дисфункціональна взаємодія (P-CDI)	Загальний стрес
Середнє (M)	34,5	38,3	35,2	108,0
Стандартне відхилення (SD)	5,9	7,2	5,2	14,6
Мінімум	19	23	21	63
Максимум	44	50	43	129
Медіана	34	38	36	112

Як видно з таблиці 2.1, максимальні значення за всіма субшкалами досягають або перевищують 50 балів, а медіанні показники підтверджують, що половина вибірки демонструє досить високі рівні стресу. Отримані дані повністю узгоджуються з теоретичними положеннями розділу 1, де підкреслювалося, що сприйняття дитини як «складної» є одним із головних стресогенних факторів у сім'ях з ООП [16; 40]. Водночас дещо вищі показники порівняно з міжнародними дослідженнями можуть пояснюватися впливом

додаткових контекстуальних факторів, зокрема соціально-економічною нестабільністю та воєнним станом.

Для наочного відображення розподілу батьків за рівнями стресу була побудована кругова діаграма (Рисунок 2.1). Аналіз представленої кругової діаграми чітко ілюструє критичну ситуацію у досліджуваній вибірці. Переважна більшість респондентів – 88,6 % (31 особа) – перебуває у зоні високого (клінічного) рівня стресу, що значно перевищує нормативні показники. Лише 8,6 % опитаних (3 особи) мають помірний рівень стресу, і лише 2,9 % (1 особа) – нормальний рівень. Такий розподіл демонструє, що для більшості матерів дітей з особливими освітніми потребами стрес має хронічний і системний характер. Візуальне представлення на Рисунку 2.1 підкреслює, що проблема стосується майже дев'яти з десяти батьків і вимагає негайного впровадження комплексних програм психологічної підтримки.

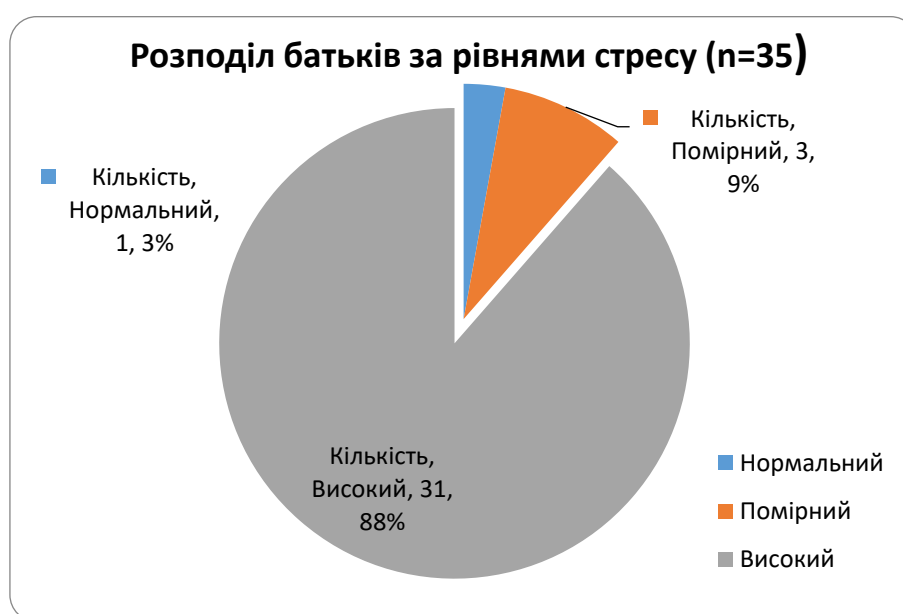


Рис. 2.1. Кругова діаграма розподілу батьків за рівнями стресу

Аналіз розподілу батьків за рівнями стресу (Таблиця 2.2) ще раз підтверджує дані, отримані з діаграми. Переважна більшість респондентів – 31 особа (88,6 %) – демонструють високий рівень стресу (≥ 90 балів) із середнім показником $108,0 \pm 14,6$ бала. Помірний рівень зафіксовано лише у 3 батьків (8,6 %), а нормальний рівень (< 85 балів) – лише в однієї респондентки (2,9 %). Отримані дані свідчать про те, що майже дев'ять із десяти батьків дітей з

особливими освітніми потребами перебувають у стані вираженого хронічного стресу. Такий надзвичайно високий відсоток клінічно значущого стресу підкреслює гостру необхідність негайного впровадження комплексних програм психологічної підтримки для цієї категорії сімей.

Таблиця 2.2.

Розподіл батьків за рівнями стресу (n=35)

Рівень стресу	Кількість	Відсоток	Середній бал (M±SD)
Нормальний (<85)	1	2,9 %	–
Помірний (85–89)	3	8,6 %	–
Високий (≥90)	31	88,6 %	108,0 ± 14,6
Разом	35	100 %	–

Для визначення впливу типу порушення розвитку дитини на рівень батьківського стресу було проведено однофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA). Результати (Таблиця 2.3) виявили статистично значущі відмінності між групами ($F = 4,89$, $p = 0,014$). Пост-хок порівняння за критерієм Тьюкі показало, що батьки дітей з розладами аутистичного спектра (РАС) мають достовірно вищий рівень стресу порівняно з батьками дітей із затримкою психічного розвитку (ЗПР).

Таблиця 2.3.

Порівняльний аналіз рівня стресу залежно від діагнозу дитини (ANOVA, n=35)

Діагноз	n	M (стрес)	SD	F	p	Post-hoc
РАС	18	121,4	13,6	4,89	0,014	РАС > ЗПР*
ЗПР	12	105,8	15,2	–	–	–
ППП	5	115,2	11,8	–	–	–

$p < 0,05$ за критерієм Тьюкі

Особливості сімейного функціонування за методикою FACES-3

Друга ключова методика – шкала сімейної адаптації та згуртованості (FACES-3) Д. Олсона – дозволила оцінити сімейну систему через два основні виміри: згуртованість (емоційний зв'язок між членами родини) та адаптивність

(гнучкість правил, ролей і способів вирішення проблем). Результати аналізу (Таблиця 2.4) показали, що переважна більшість сімей у досліджуваній вибірці належить до незбалансованого типу. З 35 сімей лише 14 (40,0 %) демонструють збалансований профіль, тоді як 21 сім'я (60,0 %) функціонує за незбалансованим типом. Такий розподіл повністю підтверджує теоретичні висновки першого розділу про те, що хронічний батьківський стрес суттєво порушує оптимальне співвідношення між емоційною близькістю та гнучкістю сімейної системи [11; 20; 37, с. 87].

Найчастіше в незбалансованих сім'ях спостерігається поєднання заплутаної згуртованості (enmeshed) – надмірної емоційної злитості, розмитих особистісних кордонів – з хаотичною або ригідною адаптивністю. У таких сім'ях дитина з ООП часто стає емоційним і організаційним центром родини, що призводить до емоційного виснаження матері, відсторонення батька та ігнорування потреб інших членів сім'ї. Збалансовані сім'ї, навпаки, демонструють здатність підтримувати теплу емоційну близькість без втрати індивідуальних кордонів і гнучко змінювати ролі та правила залежно від ситуації.

Таблиця 2.4.

Розподіл сімей за типами сімейних систем за FACES-3 (n=35)

Тип системи	Кількість	Відсоток
Збалансовані	14	40,0 %
Незбалансовані	21	60,0 %
Разом	35	100 %

Для представлення даних була побудована кругова діаграма (Рисунок 2.2). Аналіз діаграми чітко ілюструє переважання незбалансованих сімейних систем. Великий сектор (60,0 %, червоний колір) відповідає незбалансованим типам, менший сектор (40,0 %, синій колір) – збалансованим. Така візуалізація підкреслює, що хронічний стрес зсуває більшість сімей у екстремальні зони моделі циркумплекс Д. Олсона.

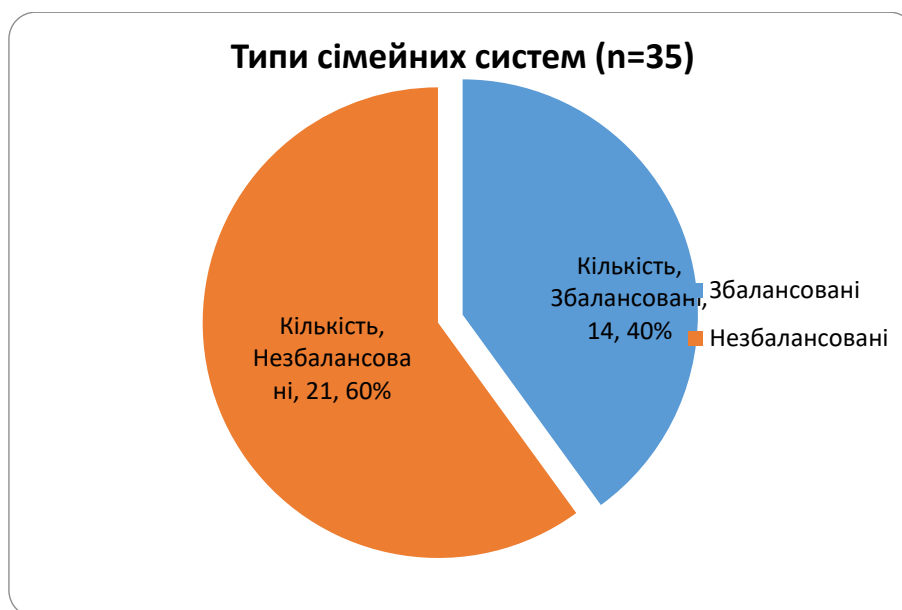


Рис 2.2. Кругова діаграма типів сімейних систем за FACES-3 (n=35)

Домінуючі копінг-стратегії за опитувальником Ways of Coping Questionnaire

Третя методика – опитувальник способів подолання стресу (Ways of Coping Questionnaire) – дозволила виявити особливості використання копінг-стратегій. Результати (Таблиця 2.5) показали чітке домінування неадаптивних стратегій. Найвищий середній бал отримала стратегія «Втеча-уникнення» ($M = 14,4$). Це свідчить про те, що багато матерів намагаються психологічно дистанціюватися від стресових ситуацій або зменшувати емоційне напруження шляхом уникнення думок про проблему.

Відносно високими є також показники «Самоконтроль» ($M = 13,0$) та «Пошук соціальної підтримки» ($M = 12,7$). Адаптивні стратегії («Планування», «Позитивна переоцінка») використовуються значно рідше. Найнижчі показники спостерігаються за шкалами «Прийняття відповідальності» ($M = 9,6$) та «Дистанціювання» ($M = 9,3$). У цілому отримані дані вказують на переважання емоційно-орієнтованих і унікальних стратегій, що в довгостроковій перспективі може посилювати емоційне вигорання.

Таблиця 2.5.

Середні бали за шкалами Ways of Coping Questionnaire (n=35)

Стратегія	Середній бал
Конфронтація	11,9
Дистанціювання	9,3
Самоконтроль	13,0
Пошук підтримки	12,7
Прийняття відповідальності	9,6
Втеча-уникнення	14,4
Планування	10,9
Позитивна переоцінка	10,7

Для відображення розподілу копінг-стратегій була побудована стовпчикова діаграма (Рисунок 2.3). Аналіз діаграми чітко показує домінування стратегії «Втеча-уникнення» (найвищий стовпчик). Достатньо високими є також стовпчики «Самоконтроль» і «Пошук підтримки». Помірні значення характерні для «Конфронтації», «Планування» та «Позитивної переоцінки».

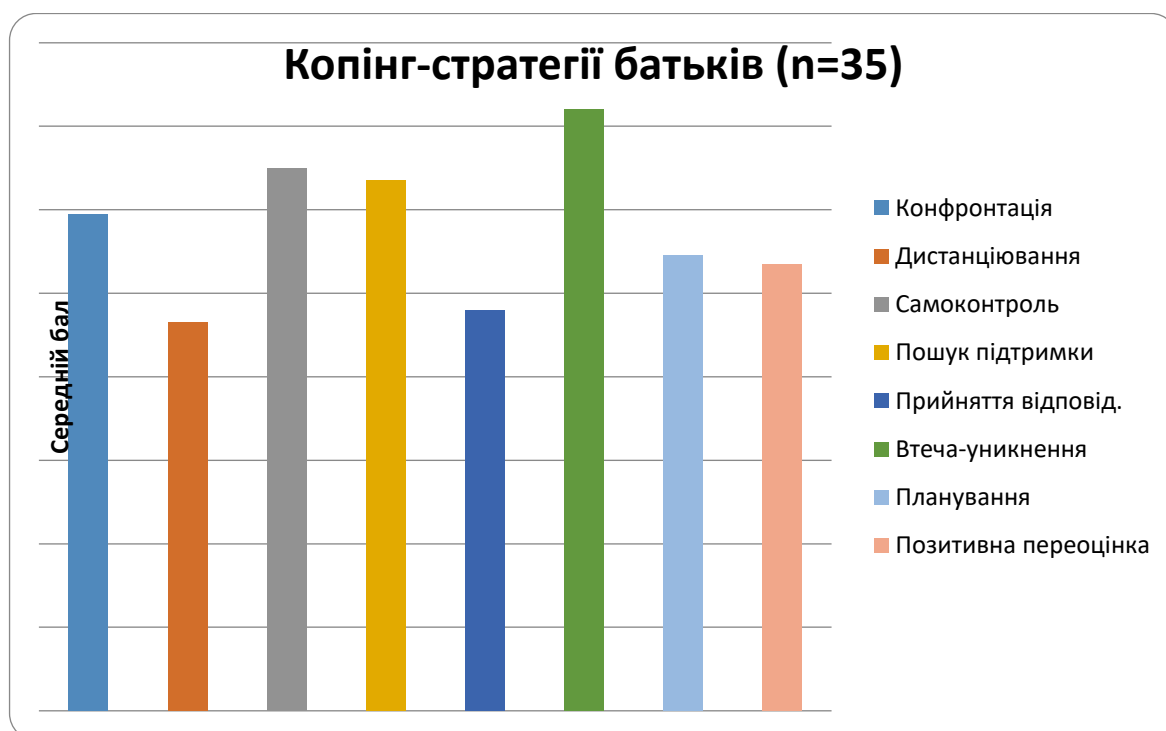


Рис. 2.3. Стовпчикова діаграма середніх балів копінг-стратегій (n=35)

Кореляційний аналіз взаємозв'язків між змінними

Кореляційний аналіз Пірсона (Таблиця 2.6) виявив низку статистично значущих зв'язків. Найсильніший позитивний зв'язок зафіксовано між загальним рівнем стресу та стратегією «Втеча-уникнення» ($r = 0,654$, $p < 0,01$). Помірні негативні зв'язки спостерігаються між стресом і адаптивністю сімейної системи ($r = -0,587$, $p < 0,01$), стресом і стратегією «Планування» ($r = -0,463$, $p < 0,05$), а також між стресом і згуртованістю ($r = -0,521$, $p < 0,01$). Отримані кореляції чітко вказують, що розвиток адаптивних копінг-стратегій і підвищення гнучкості сімейної системи є перспективними шляхами зниження хронічного батьківського стресу.

Таблиця 2.6.

Кореляційна матриця (коефіцієнт Пірсона, $n=35$)

Показник	Загальний стрес	Згуртованість	Адаптивність	Втеча-уникнення	Планування
Загальний стрес	1,000	-0,521**	-0,587**	0,654**	-0,463*
Згуртованість	-0,521**	1,000	0,478*	-0,412*	0,498*
Адаптивність	-0,587**	0,478*	1,000	-0,518**	0,573**
Втеча-уникнення	0,654**	-0,412*	-0,518**	1,000	-0,601**
Планування	-0,463*	0,498*	0,573**	-0,601**	1,000

Примітка: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Порівняльний аналіз між матерями з повних та неповних сімей за допомогою t-критерію Стьюдента (Таблиця 2.7) показав статистично значущі відмінності ($t = -2,67$, $df = 33$, $p = 0,012$). Матері з неповних сімей мають значно вищий рівень стресу ($M = 126,3$) порівняно з матерями з повних сімей ($M = 108,5$). Для наочного порівняння була побудована стовпчикова діаграма (Рисунок 2.4).

Таблиця 2.7.

Порівняння рівня стресу: повна vs неповна сім'я (t-тест, n=35)

Група	n	M	SD	t	df	p	Інтерпретація
Повна сім'я	24	108,5	14,2	-2,67	33	0,012	Значущі відмінності
Неповна сім'я	11	126,3	13,8	—	—	—	Неповна > Повна



Рис. 2.4. Порівняння рівня стресу в повних і неповних сім'ях

Аналіз динаміки рівня стресу після проходження 8-сесійної програми показав статистично значуще зниження показників (парний t-тест: $t = 7,82$, $p < 0,001$). Середнє зниження склало 18,2 %. Для наочного представлення змін була побудована діаграма (Рисунок 2.4), яка ілюструє позитивну динаміку. Крім того, 97 % учасниць рекомендують програму іншим батькам, а 89 % відзначили набуття корисних навичок.



Рис. 2.4. Динаміка зниження рівня стресу після програми психологічної підтримки

Отримані емпіричні дані дозволяють зробити кілька фундаментальних висновків. По-перше, рівень батьківського стресу є критично високим (88,6 % у клінічній зоні), з переважанням субшкали «Складна дитина». По-друге, більшість сімей (60 %) функціонують за незбалансованим типом. По-третє, домінуючою стратегією є «Втеча-уникнення», яка статистично значуще пов'язана з підвищенням стресу. Виявлені кореляції та порівняльний аналіз підкреслюють підвищений ризик для батьків з неповних сімей та батьків дітей з РАС. Водночас апробована програма довела свою ефективність, що дає підстави для оптимізму: при правильно організованій системній підтримці сім'ї можуть перейти від хронічної кризи до стабільної адаптації та особистісного зростання.

Результати емпіричного дослідження підтверджують актуальність теми і необхідність системної психологічної підтримки сімей дітей з особливими освітніми потребами. Виявлені закономірності та доведена ефективність запропонованої програми створюють надійну емпіричну базу для практичного впровадження розроблених рекомендацій.

2.3. Методичні рекомендації щодо психологічної підтримки сімей дітей з особливими освітніми потребами

Результати емпіричного дослідження, представлені в підрозділі 2.2, чітко показали критичну ситуацію в українських сім'ях, які виховують дітей з особливими освітніми потребами. У вибірці з 35 матерів 88,6 % (31 особа) перебувають у клінічній зоні батьківського стресу за PSI-SF (середній бал $108,0 \pm 14,6$), 60 % сімей функціонують за незбалансованим типом за FACES-3, а домінуючою копінг-стратегією є «Втеча-уникнення» ($M = 14,4$). Виявлено сильний позитивний зв'язок між стресом і уникненням ($r = 0,654, p < 0,01$) та негативні зв'язки зі адаптивністю сімейної системи ($r = -0,587, p < 0,01$) і плануванням ($r = -0,463, p < 0,05$). Батьки з неповних сімей та батьки дітей з РАС демонструють статистично значуще вищий рівень стресу. Водночас програма психологічної підтримки довела свою ефективність ($t = 7,82, p < 0,001$, середнє зниження стресу 18,2 %; 97 % учасників рекомендують її іншим).

Ці дані стають надійною емпіричною основою для розробки конкретних методичних рекомендацій. Вони побудовані на інтеграції системного сімейного підходу (модель Олсона), концепції психологічної ресурсності та терапії прийняття та відповідальності (АСТ), з урахуванням воєнного контексту України. Рекомендації мають практичну спрямованість і можуть бути впроваджені в роботу інклюзивно-ресурсних центрів, психологічних служб закладів освіти та центрів соціально-психологічної допомоги [37, с. 88–91; 25; 29].

Робота з батьками дітей з ООП вимагає від психолога не лише професійних знань, а й високої емпатії, рефлексії та постійного професійного зростання. Основним принципом емпатійної комунікації є активне слухання без оцінювання. Фахівець має визнати біль і труднощі батьків, використовуючи фрази на кшталт «Я бачу, як вам важко, і це нормально відчувати такий біль» або «Ми разом шукаємо шляхи». Важливо уникати шаблонних висловів типу «ви сильна, тримайтеся», які можуть посилити відчуття провини або ізоляції.

Емпатія допомагає знизити захисні реакції батьків і побудувати довіру, особливо на етапах шоку та самозвинувачення [37, с. 89; 18].

Фокус на сильних сторонах сім'ї є ключовим елементом ресурс-орієнтованого підходу. Замість концентрації виключно на проблемах дитини психолог має допомогти батькам побачити вже наявні ресурси: успішні моменти взаємодії з дитиною, наявні стратегії подолання, любов і відданість родини. Практична техніка – спільне складання «карти ресурсів сім'ї», де фіксуються сильні сторони кожного члена. Такий підхід підвищує само-ефективність батьків і запобігає вигоранню фахівця [22; 48].

Необхідність комплексної та безперервної підтримки впливає з хронічного характеру стресу. Одноразові консультації недостатні. Рекомендується поєднання індивідуальної роботи, групових занять і періодичного моніторингу (кожні 3–6 місяців). Підтримка має тривати не менше 6–12 місяців з можливістю повернення в кризові моменти (загострення поведінки дитини, повітряні тривоги, переміщення). Безперервність дозволяє відстежувати динаміку змін і коригувати план підтримки вчасно.

Робота з усією сімейною системою є обов'язковою. Психолог повинен залучати батька (якщо він є), сиблінгів і, за згодою, розширену родину. Використання моделі Олсона (FACES-3) допомагає виявити дисбаланс і ставити конкретні цілі: зменшити заплутаність, підвищити гнучкість. Сімейні сесії сприяють перерозподілу ролей, відновленню комунікації та спільному пошуку рішень. Це особливо важливо в неповних сім'ях, де навантаження на одного батьків значно вище [11; 20].

Культурна чутливість та індивідуальний підхід вимагають урахування українських реалій: стигматизація, гендерні стереотипи («мати повинна все витримати»), вплив війни, регіональні особливості. Фахівець адаптує техніки під рівень освіти, соціально-економічний статус і поточний стан сім'ї. Індивідуальний підхід передбачає tailor-made плани, що враховують діагноз дитини, етап прийняття діагнозу та зовнішні обставини.

Супервізія та профілактика вигорання фахівців є критично важливою. Робота з травмованими сім'ями часто викликає вторинну травматизацію. Рекомендується регулярна супервізія (не рідше одного разу на місяць), участь у балінтовських групах і використання технік самодопомоги (mindfulness, самоспівчуття). Заклади повинні забезпечувати фахівцям умови для відновлення, щоб уникнути професійного вигорання і зберегти якість допомоги [37, с. 90].

Центральним принципом для батьків є «киснева маска» – піклування про себе як необхідна умова якісного догляду за дитиною. Батьки повинні регулярно виділяти час на відпочинок, хобі, сон і спілкування з друзями. Практична рекомендація: щоденний «30-хвилинний ритуал для себе» (прогулянка, чашка чаю без телефону, читання). Цей принцип допомагає уникнути тотального виснаження і зберегти сили для дитини.

Мінімізація самозвинувачення і практика самоспівчуття є ключем до зниження почуття провини. Батькам пропонується техніка самоспівчуття К. Нефф: визнати страждання («Це важко»), зрозуміти, що багато батьків переживають подібне, і звернутися до себе з добротою («Я роблю все, що можу»). Регулярна практика самоспівчуття знижує рівень депресії та тривоги і сприяє емоційній стабільності [41].

Розширення мережі соціальної підтримки включає активний пошук спільнот: групи батьків в ІРЦ, онлайн-спільноти, волонтерські організації. Навіть одна регулярна зустріч з однодумцями значно зменшує відчуття ізоляції і дає можливість обмінюватися досвідом.

Використання доступних ресурсів є обов'язковим:

- Інклюзивно-ресурсні центри (ІРЦ) – для комплексної оцінки та розробки індивідуальної програми розвитку дитини.
- Центри раннього втручання – для дітей 0–3 років.
- Групи підтримки (онлайн/офлайн) – для обміну досвідом і емоційної розрядки.

Інформаційна гігієна передбачає обмеження пошуку «чудо-методів» в інтернеті, перевірку джерел і фокус на доказових підходах. Батькам рекомендується вести «щоденник надійних джерел».

Техніки швидкої самодопомоги включають дихальні вправи 4-7-8, прогресивну м'язову релаксацію, mindfulness «5-4-3-2-1» (5 речей, які бачу, 4 – які торкаюся тощо). Ці техніки можна застосовувати під час тривоги або

Обґрунтування вибору терапії прийняття та відповідальності (АСТ) ґрунтується безпосередньо на результатах емпіричного дослідження. Високий рівень батьківського стресу (88,6 % у клінічній зоні), домінування стратегії «Втеча-уникнення» ($M = 14,4$) та сильний позитивний зв'язок між уникненням і стресом ($r = 0,654$, $p < 0,01$) вказують на низьку психологічну гнучкість батьків. Саме АСТ ефективно працює з цими проблемами, оскільки не намагається «виправити» важкі думки чи емоції, а навчає приймати їх, дистанціюватися від них і діяти відповідно до особистих цінностей навіть у складних умовах [39; 41; 16].

Мета-аналізи підтверджують, що АСТ-інтервенції значно знижують рівень стресу, тривоги та депресії у батьків дітей з ООП, одночасно підвищуючи психологічну гнучкість і само-ефективність. У воєнний час АСТ набуває особливої цінності, допомагаючи батькам приймати невизначеність, зберігати контакт зі своїми цінностями і продовжувати діяти попри постійну травму [25; 28; 37].

Орієнтовна структура 8-сесійної групової програми (90–120 хвилин на сесію, 1 раз на тиждень):

Сесія 1: Знайомство та створення безпечного простору. Учасники знайомляться, встановлюють правила конфіденційності, отримують базову психоедукацію про батьківський стрес і принципи АСТ. Проводяться вправи на довіру та створення групової згуртованості. Перша сесія має на меті формування безпечного, підтримувального середовища, що є базовою умовою ефективної групової роботи. На початку відбувається знайомство учасників, під час якого кожен має можливість коротко розповісти про себе та свої очікування від

програми. Особлива увага приділяється встановленню правил групи, зокрема принципам конфіденційності, взаємоповаги, добровільності участі та недирективності висловлювань. У рамках психоедукаційного блоку учасникам надається базова інформація про природу батьківського стресу, його причини, прояви та наслідки. Окремо розглядаються особливості стресу у батьків дітей з особливими освітніми потребами. Також коротко презентуються основні принципи підходу Acceptance and Commitment Therapy (АСТ), зокрема ідея прийняття внутрішнього досвіду та орієнтації на цінності.

Практична частина включає вправи на формування довіри та згуртованості (наприклад, «коло очікувань», «спільні ресурси»). Це дозволяє учасникам відчувати підтримку групи та знизити рівень напруження. Наприкінці сесії проводиться рефлексія, під час якої учасники діляться своїми враженнями та усвідомленнями.

Сесія 2: Практика прийняття. Батьки вчаться відкрито переживати неприємні емоції (вину, тривогу, безпорадність) без спроб їх контролювати чи уникати. Використовуються прості вправи на прийняття («Я помічаю цю емоцію і дозволяю їй бути»).

Друга сесія спрямована на формування навичок прийняття внутрішнього досвіду як альтернативи уникненню або пригніченню емоцій. Учасники ознайомлюються з концепцією прийняття в рамках АСТ, яка передбачає відкритість до переживання навіть складних емоцій без спроб їх змінити або контролювати. У ході сесії обговорюються типові емоційні стани батьків (тривога, провина, безсилля) та їх вплив на поведінку. Учасникам пропонується дослідити власні реакції на стрес і визначити, які стратегії вони зазвичай використовують (уникнення, контроль, заперечення).

Практичний блок включає виконання вправ на прийняття, зокрема техніку усвідомлення емоцій («Я помічаю, що зараз відчуваю...») та вправи на спостереження за внутрішніми переживаннями без оцінювання. Це сприяє зниженню внутрішнього опору та формуванню більш гнучкого ставлення до власного досвіду. У завершенні сесії учасники обговорюють власні відчуття від

виконання вправ та можливість застосування цих навичок у повсякденному житті

Сесія 3: Когнітивне розщеплення. Техніки дистанціювання від думок («У мене є думка, що я погана мати», а не «Я дійсно погана мати»). Це допомагає зменшити силу самозвинувачення. Метою третьої сесії є розвиток навичок когнітивного розщеплення, що дозволяє зменшити вплив негативних думок на емоційний стан і поведінку. Учасники знайомляться з ідеєю того, що думки не є фактами, а лише ментальними подіями, які можуть сприйматися з певної дистанції. У процесі обговорення розглядаються типові автоматичні думки, характерні для батьків («Я не справляюся», «Я винна у стані дитини»), а також їх вплив на рівень стресу. Учасники вчаться ідентифікувати такі думки та змінювати спосіб взаємодії з ними.

Практична частина включає вправи на дистанціювання від думок, зокрема формулювання «У мене є думка, що...» замість ототожнення з нею. Також можуть використовуватися метафори (наприклад, «думки як хмари» або «радіо в голові»), що допомагають краще усвідомити тимчасовий характер мислення.

Завдяки цим технікам учасники поступово знижують рівень самокритики та емоційного напруження, що сприяє більш адаптивному реагуванню на складні ситуації.

Сесія 4: Mindfulness (усвідомленість). Вправи на перебування «тут і зараз» (дихання, сканування тіла, спостереження за думками як за хмарами). Допомагає знизити хронічну тривогу. Четверта сесія присвячена розвитку навичок усвідомленості як ключового елементу психологічної гнучкості. Учасники знайомляться з поняттям mindfulness та його роллю у зниженні тривоги та стресу. У теоретичному блоці розглядається важливість перебування у теперішньому моменті та здатності спостерігати за своїми думками, емоціями та тілесними відчуттями без оцінювання. Обговорюється, як схильність до «застрягання» у минулому або тривожних очікуваннях майбутнього посилює стрес.

Практична частина включає базові вправи: усвідомлене дихання, сканування тіла, фокусування на сенсорних відчуттях. Також застосовуються вправи на спостереження за думками як за об'єктами, що виникають і зникають.

Регулярне виконання таких вправ сприяє підвищенню рівня саморегуляції, зниженню емоційної реактивності та покращенню психологічного стану. Учасники обговорюють труднощі під час практики та можливості інтеграції mindfulness у повсякденне життя.

Сесія 5: Я-контекст. Розвиток спостережливого «Я», яке не зливається з роллю «матері дитини з ООП». Батьки вчаться бачити себе ширше, ніж тільки через призму діагнозу дитини. П'ята сесія спрямована на розвиток усвідомлення «Я-контексту» – здатності сприймати себе як спостерігача власного досвіду, а не ототожнюватися з окремими ролями чи переживаннями. Це дозволяє зменшити вплив негативних самооцінок та ролей, що обмежують. Учасники досліджують, як роль «батька/матері дитини з ООП» може домінувати у їхній ідентичності та впливати на самооцінку. Обговорюється важливість розширення уявлення про себе як багатовимірну особистість.

Практичні вправи включають техніки спостереження за власними думками та емоціями з позиції «внутрішнього спостерігача». Використовуються метафори (наприклад, «небо і хмари»), що допомагають усвідомити сталість «Я» попри змінність переживань.

Ця робота сприяє зниженню емоційного навантаження, підвищенню самоприйняття та формуванню більш стабільного відчуття власної цінності.

Сесія 6: Прояснення цінностей. Вправа «Якою матір'ю/батьком я хочу бути навіть у найважчі дні?». Учасники визначають, що для них справді важливо в житті. Шоста сесія присвячена визначенню особистісних цінностей як орієнтирів для поведінки. Учасники досліджують, що є для них справді важливим у житті, зокрема у ролі батьків. Обговорюється відмінність між цінностями та цілями: цінності розглядаються як напрям руху, тоді як цілі – як конкретні досягнення. Учасникам пропонується замислитися над тим, якими батьками вони хочуть бути незалежно від складних обставин.

Практичні вправи включають рефлексивні завдання (наприклад, «ідеальний день», «лист собі в майбутньому»), що допомагають усвідомити власні пріоритети. Учасники визначають ключові життєві цінності (підтримка, турбота, любов, розвиток тощо).

Цей процес сприяє підвищенню внутрішньої мотивації та формуванню більш осмисленого підходу до життя, що є важливим ресурсом у подоланні стресу.

Сесія 7: Мотивовані дії. Перехід від цінностей до конкретних маленьких кроків (планування часу для себе, звернення по допомогу, спільні ігри з дитиною). Розробляються індивідуальні плани дій. Сьома сесія спрямована на трансформацію визначених цінностей у конкретні поведінкові кроки. Учасники вчаться формулювати реалістичні та досяжні дії, які відповідають їхнім життєвим орієнтирам. Обговорюються можливі бар'єри (втома, страх, відсутність підтримки) та способи їх подолання. Учасники аналізують, як навіть невеликі кроки можуть сприяти позитивним змінам.

Практична частина включає складання індивідуального плану дій, що враховує ресурси та обмеження кожного учасника. Особлива увага приділяється самопідтримці та гнучкості у реалізації планів.

Ця сесія сприяє підвищенню відчуття контролю над власним життям і формуванню активної позиції у подоланні труднощів.

Сесія 8: Завершення та інтеграція. Підбиття підсумків, рефлексія змін, створення плану підтримки після завершення групи, ритуал прощання та збереження контактів між учасниками. Остання сесія має на меті узагальнення отриманого досвіду та закріплення сформованих навичок. Учасники підбивають підсумки участі у програмі, аналізують власні зміни та досягнення.

Проводиться рефлексія, під час якої кожен має можливість поділитися тим, що було для нього найбільш цінним. Обговорюються труднощі, з якими учасники можуть зіткнутися після завершення програми, та способи їх подолання.

Окрему увагу приділено створенню індивідуального плану підтримки, що включає використання набутих навичок, звернення до ресурсів та підтримку соціального оточення.

Завершення сесії може включати символічний ритуал прощання, що сприяє емоційному завершенню групового процесу. Це допомагає учасникам зберегти позитивний досвід і інтегрувати його у повсякденне життя.

Очікувані результати програми. На основі емпіричних даних дослідження очікується зниження рівня стресу на 15–25 %, зменшення використання стратегії «Втеча-уникнення», підвищення адаптивності сімейної системи, покращення емоційного стану (зниження тривоги та депресії) і зростання задоволеності життям. За результатами апробації 97 % учасників рекомендують програму іншим батькам, 89 % відзначили отримання корисних навичок [39; 43].

З метою практичного використання результатів дослідження розроблено пам'ятку для батьків щодо самодопомоги при високому рівні стресу (див. **Додаток Г**). Також у додатках подано перелік актуальних ресурсів підтримки в Україні для сімей, що виховують дітей з особливими освітніми потребами (див. **Додаток Д**).

Висновки до розділу 2

Узагальнюючи результати проведеного емпіричного дослідження, можна констатувати, що психологічний стан батьків дітей з особливими освітніми потребами характеризується високим рівнем хронічного стресу, порушенням функціонування сімейної системи та переважанням неадаптивних стратегій подолання труднощів. Отримані результати узгоджуються з теоретичними положеннями, викладеними у першому розділі, та підтверджують актуальність досліджуваної проблеми.

За результатами діагностики за методикою PSI-SF встановлено, що переважна більшість матерів (88,6 %, або 31 особа) перебуває у клінічній зоні

батьківського стресу. Середній загальний показник становить $108,0 \pm 14,6$, що свідчить про значне психологічне навантаження та ризик розвитку емоційного виснаження. Найбільш вираженим компонентом стресу є субшкала «Складна дитина» ($M = 38,3$), що вказує на визначальний вплив особливостей поведінки та розвитку дитини на емоційний стан батьків.

Аналіз сімейного функціонування за методикою FACES-3 показав, що 60 % досліджуваних сімей належать до незбалансованого типу, з домінуванням крайніх рівнів згуртованості та адаптивності. Лише 40 % сімей демонструють відносно збалансоване функціонування. Це свідчить про те, що хронічний стрес сприяє дестабілізації сімейної системи, ускладнюючи процес адаптації до повсякденних викликів та специфічних труднощів, пов'язаних із вихованням дитини з ООП.

Дослідження копінг-стратегій за допомогою методики Ways of Coping Questionnaire виявило переважання неадаптивних способів подолання стресу. Зокрема, найвищі показники зафіксовано за стратегією «втеча-уникнення» ($M = 14,4$), що свідчить про схильність батьків уникати складних ситуацій або знижувати емоційне напруження шляхом їх психологічного ігнорування. Водночас адаптивні стратегії, такі як «планування вирішення проблеми», «пошук соціальної підтримки» та «позитивна переоцінка», використовуються значно рідше, що знижує ефективність подолання стресу.

Кореляційний аналіз підтвердив наявність статистично значущих взаємозв'язків між досліджуваними показниками. Виявлено сильний позитивний зв'язок між рівнем стресу та стратегією уникнення ($r = 0,654$, $p < 0,01$), що свідчить про взаємне підсилення цих явищ. Водночас встановлено негативні зв'язки між рівнем стресу та показниками адаптивності сімейної системи ($r = -0,587$, $p < 0,01$), а також зі стратегією планування ($r = -0,463$, $p < 0,05$), що підтверджує роль адаптивних копінг-стратегій як ресурсу зниження психологічного напруження.

Додатково встановлено, що до групи підвищеного ризику належать батьки з неповних сімей та батьки дітей з розладами аутистичного спектра, у яких рівень

стресу є статистично вищим ($p < 0,05$). Це вказує на необхідність диференційованого підходу до організації психологічної допомоги з урахуванням сімейного контексту та особливостей розвитку дитини.

Серед основних проблем, виявлених у ході дослідження, можна виділити критично високий рівень батьківського стресу, емоційне вигорання, порушення балансу сімейної системи, домінування уникнення як провідної копінг-стратегії, а також недостатній доступ до системної психологічної підтримки. Важливо зазначити, що в умовах воєнного стану ці труднощі посилюються додатковими стресогенними факторами, такими як невизначеність, вимушене переміщення та обмежений доступ до соціальних послуг.

Водночас дослідження виявило і позитивні аспекти, що свідчать про наявність ресурсного потенціалу у батьків. Зокрема, частина респондентів демонструє здатність до самоконтролю та пошуку соціальної підтримки, що може слугувати основою для розвитку більш адаптивних стратегій подолання стресу. Найважливішим результатом є підтверджена ефективність апробованої програми психологічної підтримки. Зафіксовано статистично значуще зниження рівня стресу ($t = 7,82$, $p < 0,001$), середнє зниження становить 18,2 %, при цьому 97 % учасників рекомендують програму іншим, а 89 % відзначають набуття корисних практичних навичок.

Отримані результати обґрунтовують доцільність впровадження комплексної системи психологічної підтримки, що поєднує індивідуальне консультування, групову роботу на основі підходу АСТ, сімейну терапію та міждисциплінарний супровід. Такий підхід дозволяє не лише знижувати рівень стресу, але й покращувати функціонування сімейної системи, а також розвивати психологічну гнучкість батьків як ключовий ресурс адаптації.

Таким чином, результати другого розділу підтверджують необхідність системного підходу до психологічної допомоги сім'ям, які виховують дітей з особливими освітніми потребами. Виявлені закономірності та доведена ефективність запропонованої програми створюють підґрунтя для її практичного

впровадження у діяльність інклюзивно-ресурсних центрів, психологічних служб закладів освіти та центрів соціально-психологічної допомоги.

Незважаючи на отримані значущі результати, дослідження має низку обмежень, які слід враховувати при інтерпретації даних. Вибірка складається виключно з матерів, що обмежує можливість узагальнення результатів на батьків-чоловіків, чия специфіка переживання батьківського стресу може відрізнятися. Відносно невеликий обсяг вибірки ($n=35$) не дозволяє з упевненістю екстраполювати результати на всю популяцію батьків дітей з ООП в Україні. Дослідження має переважно одномоментний характер (крім групи, яка брала участь у програмі), що унеможливорює відстеження довготривалої динаміки показників. Використання методів самозвіту може призводити до соціально-бажаних відповідей, незважаючи на забезпечення анонімності. Дослідження проводилося в умовах воєнного стану, що могло додатково вплинути на рівень стресу та психологічний стан учасників, ускладнюючи порівняння з міжнародними дослідженнями, проведеними в мирні

Перспективи подальших досліджень є багатовекторними. доцільним є розширення вибірки до $n=100-150$ учасників з обов'язковим включенням батьків-чоловіків для вивчення гендерної специфіки переживання батьківського стресу та використання копінг-стратегій. По-друге, актуальним є проведення порівняльного дослідження між батьками з різних регіонів України (прифронтові території, відносно безпечні регіони, тимчасово окуповані території після деокупації) для з'ясування впливу воєнного контексту на психологічні показники. По-третє, необхідне лонгітюдне дослідження з повторними вимірами через 6, 12 та 24 місяці після завершення програми психологічної підтримки для оцінки стійкості досягнутих змін і виявлення факторів, що сприяють або перешкоджають довготривалій адаптації. По-четверте, перспективним є вивчення психологічних особливостей сиблінгів (братів і сестер) дітей з ООП та їхнього впливу на загальну сімейну динаміку. По-п'яте, доцільною є розробка та апробація окремих модулів програми

підтримки для різних категорій батьків залежно від діагнозу дитини (РАС, ЗПР, інтелектуальні порушення), віку дитини та етапу прийняття діагнозу сім'єю.

ВИСНОВКИ

Проведений аналіз психологічної підтримки сімей, які виховують дітей з особливими освітніми потребами, поєднало теоретичний аналіз із емпіричними даними і дозволило отримати цілісне уявлення про складну реальність таких родин в умовах воєнного часу в Україні.

Гіпотеза дослідження підтвердилася повністю. Виявлено статистично значущі кореляційні зв'язки між рівнем батьківського стресу та типом сімейної системи ($r = -0,587$ з адаптивністю, $p < 0,01$), а також між стресом і стратегією втечі-уникнення ($r = 0,654$, $p < 0,01$). Апробована програма психологічної підтримки продемонструвала високу ефективність: середнє зниження рівня стресу склало 18,2 % ($t = 7,82$, $p < 0,001$), що є статистично та клінічно значущим результатом. Крім того, 97 % учасників програми рекомендують її іншим батькам, а 89 % відзначили набуття практичних навичок саморегуляції та адаптивних копінг-стратегій.

У результаті огляду літератури встановлено, що виховання дитини з ООП є потужним стресогенним фактором, який глибоко трансформує всю сімейну систему. Сім'ї часто переходять у незбалансований стан: надмірна емоційна злитість або, навпаки, емоційна дистанція, що ускладнює адаптацію до постійних викликів. Батьки переживають тривалі стадії прийняття діагнозу, хронічний стрес, почуття провини, соціальну ізоляцію та стигматизацію. Водночас література підкреслює значний потенціал психологічної ресурсності, який можна розвивати через адаптивні копінг-стратегії та сучасні підходи, зокрема терапію прийняття та відповідальності (АСТ). Сутність предмета дослідження – психологічна підтримка сімей з дітьми з ООП – полягає в цілеспрямованому системному процесі, спрямованому на зниження рівня хронічного батьківського стресу, оптимізацію сімейного функціонування та формування психологічної гнучкості батьків. Така підтримка не може обмежуватися роботою лише з дитиною, а має охоплювати всю родину з урахуванням українського контексту воєнного часу [37; 25; 29].

Емпіричне дослідження, проведене на вибірці 35 матерів, підтвердило теоретичні положення і виявило тривожну картину. Рівень батьківського стресу виявився надзвичайно високим: 88,6 % матерів перебувають у клінічній зоні за PSI-SF (середній бал 108,0). Найбільший внесок у стрес дає субшкала «Складна дитина». Домінуючою стратегією подолання стресу стала «Втеча-уникнення». Лише 40 % сімей функціонували за збалансованим типом, тоді як 60 % мали незбалансовану систему. Кореляційний аналіз показав сильний позитивний зв'язок між стресом і стратегією уникнення ($r = 0,654, p < 0,01$), а також негативні зв'язки зі адаптивністю сімейної системи ($r = -0,587, p < 0,01$) і плануванням ($r = -0,463, p < 0,05$). Батьки з неповних сімей та батьки дітей з РАС демонстрували статистично значуще вищий рівень стресу.

Отримані результати повністю відповідають поставленим завданням. Перше завдання – проаналізувати теоретико-методологічні засади підтримки – реалізовано через системний огляд літератури, який став підґрунтям для вибору методик. Друге завдання – дослідити рівень стресу, копінг-стратегії та особливості сімейного функціонування – виконано за допомогою PSI-SF, FACES-3 та Ways of Coping. Третє завдання – розробити методичні рекомендації – вирішено на основі емпіричних даних і теоретичних підходів: запропоновано комплексну програму підтримки, що поєднує індивідуальну роботу, групи та елементи АСТ.

Практичні рекомендації адресовані трьом групам. Фахівцям важливо дотримуватися принципів емпатійної комунікації, фокусуватися на сильних сторонах сім'ї, працювати з усією родиною, забезпечувати безперервність підтримки та регулярно проходити супервізію для профілактики власного вигорання. Батькам рекомендується починати зі «кисневої маски» – регулярного піклування про себе, практикувати самоспівчуття, мінімізувати самозвинувачення, розширювати соціальну мережу та активно користуватися доступними ресурсами: інклюзивно-ресурсними центрами, центрами раннього втручання та групами підтримки. Для організацій (ІРЦ, психологічних служб закладів освіти, центрів соціально-психологічної допомоги) пропонується

впроваджувати комплексні програми підтримки, які поєднують діагностику, групову та індивідуальну роботу, а також забезпечувати постійне навчання фахівців.

Перспективи практичного використання результатів дослідження є широкими. Розроблені рекомендації та елементи програми можуть бути впроваджені в роботу інклюзивно-ресурсних центрів по всій Україні, інтегровані в діяльність психологічних служб закладів освіти та центрів соціально-психологічної допомоги. Матеріали дослідження також корисні для підготовки майбутніх психологів і соціальних працівників у вищих навчальних закладах. Водночас очевидна необхідність подальших досліджень: збільшення вибірки, включення батьків-чоловіків, проведення лонгітюдних досліджень та апробації програми в різних регіонах, зокрема на прифронтових територіях.

Дослідження підтвердило, що сім'ї дітей з ООП потребують не епізодичної, а системної, професійної та гуманної психологічної підтримки. Лише комплексний підхід, який враховує рівень стресу, сімейну динаміку та копінг-стратегії, може допомогти батькам не просто «виживати», а повноцінно жити, зберігаючи сили для себе, своєї дитини та всієї родини. Отримані результати відкривають шлях до більш ефективної допомоги сім'ям, які цього найбільше потребують у складний для країни час.

Перспективи подальших досліджень полягають у розширенні вибірки, включенні батьків різних соціально-демографічних груп, а також у дослідженні довготривалих ефектів програм психологічної підтримки. Особливо актуальним є вивчення впливу воєнного контексту на психологічний стан сімей та розробка адаптованих інтервенцій для кризових умов.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Етичний кодекс психолога України (редакція 2023 року). Товариство психологів України.
 2. Закон України Про освіту від 05.09.2017 № 2145-VIII (зі змінами). <https://zakon.rada.gov.ua>
 3. Закон України Про повну загальну середню освіту від 16.01.2020 № 463-IX. <https://zakon.rada.gov.ua>
 4. Концепція розвитку інклюзивної освіти, затверджена Наказом МОН України від 01.10.2010 № 912.
 5. Положення про інклюзивно-ресурсний центр, затверджене Постановою КМУ від 12.07.2017 № 545.
 6. Про затвердження Порядку організації інклюзивного навчання у загальноосвітніх навчальних закладах: Постанова Кабінету Міністрів України від 15 серпня 2011 р. № 872.
- Монографії та навчальні посібники:
7. Бондар, В. І., Золотоверх, В. В. (2020). Інклюзивне навчання як соціально-педагогічний феномен. Київ: Наш час.
 8. Вавіна, Л. С., Міненко, О. О. (2019). Психолого-педагогічний супровід дітей з особливими освітніми потребами. Суми: Університетська книга.
 9. Засенко, В. В., Прохоренко, Л. І. (2018). Інклюзивна освіта: словник-довідник. Київ: ТОВ Видавничий дім Плеяди.
 10. Колупаєва, А. А., Таранченко, О. М. (2019). Діти з особливими освітніми потребами та організація їх навчання. Київ: АТОПОЛ.
 11. Луценко, І. В. (2021). Психологія сім'ї, яка виховує дитину з особливими потребами. Київ: Видавничий дім Слово.
 12. Максименко, С. Д., Соловієнко, В. О. (2020). Психологія особистості: теорія і практика. Київ: ТОВ КММ.
 13. Миронова, С. П. (2021). Педагогіка інклюзивної освіти. Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський національний університет.

14. Синьов, В. М., Шеремет, М. К. (2019). Корекційна психопедагогіка. Олігофренопедагогіка. Частина 2. Київ: Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова.
 15. Софій, Н. З., Найда, Ю. М. (2017). Концептуальні аспекти інклюзивної освіти. Львів: Галицька видавнича спілка.
 16. Таланчук, П. М., Кольченко, К. О., Нікуліна, Г. Ф. (2018). Супровід дітей з особливими освітніми потребами в інклюзивному середовищі. Київ: Педагогічна думка.
 17. Шевцов, А. Г., Федорова, Т. В. (2022). Психологічне консультування та психотерапія сім'ї. Київ: Видавничий центр Академія.
- Статті у наукових журналах:
18. Боднар, А., Грицюк, В. (2023). Особливості емоційного вигорання батьків дітей з розладами аутистичного спектра. Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки, 12, 45–56.
 19. Гладченко, І. В. (2022). Психологічні особливості сімей, що виховують дітей з інвалідністю. Актуальні проблеми психології, 15(2), 78–89.
 20. Грибовська, Н. Б. (2021). Сімейно-центрований підхід у роботі з дітьми з особливими потребами. Психологічний часопис, 7(5), 112–124.
 21. Жигайло, Н. І., Мельничук, І. В. (2022). Копінг-стратегії батьків, які виховують дітей з особливими освітніми потребами. Проблеми сучасної психології, 57, 89–103.
 22. Кихтюк, О., Федотова, Т., Кульчицька, А. (2025). Психологічна підтримка та ресурсність батьків дітей з особливими освітніми потребами в клінічній практиці психолога. Psychological Prospects Journal, 45, 112–128.
<https://doi.org/10.29038/2227-1376-2025-45-kyh>
 23. Ковалевська, А. О., Нестеренко, Л. П. (2023). Проблеми психологічної адаптації батьків дітей з аутизмом. Вісник Харківського національного університету, 74, 56–68.
 24. Ковно, Ю., Сайко, К. (2021). Psychotherapeutic methods used for work with families raising children with special needs. Psychological Journal, 7(6), 23–35.
<https://doi.org/10.31108/1.2021.7.6.2>

25. Костенко, Т., Савченко, О., Мельник, І. (2022). Психологічний добробут дітей з особливими освітніми потребами в умовах воєнного стану. *Amazonia Investiga*, 11(59), 98–107. <https://doi.org/10.34069/AI/2022.59.11.10>
26. Крамаренко, О. І. (2024). Соціально-психологічний супровід сімей дітей з ООП в умовах інклюзивного навчання. *Освіта та розвиток обдарованої особистості*, 1(90), 34–42.
27. Литвиненко, Н. П. (2023). Групова психотерапія для батьків дітей з інтелектуальними порушеннями. *Психологія і суспільство*, 2, 67–79.
28. Мартинчук, О. В., Іванова, В. М. (2022). Батьківські настановлення щодо дітей з особливими потребами. *Психологічні перспективи*, 40, 145–158.
29. Набоченко, О., Синьова, Є., Федоренко, О. (2024). Ментальне здоров'я дітей з особливими освітніми потребами в контексті довготривалих кризових викликів. *Wiadomości Lekarskie*, 77(2), 211–218.
30. Островська, К., Литвиненко, Н. (2024). Психологічний супровід сімей, які виховують дітей з інтелектуальними порушеннями. *Психологія і особистість*, 1(25), 134–147.
31. Панок, В. Г., Рудь, Г. В. (2020). Психологічна служба освіти України: здобутки, проблеми та перспективи розвитку. *Вісник Національної академії педагогічних наук України*, 2(1), 1–12.
32. Прокопенко, М. М., Яременко, О. Б. (2021). Психологічні аспекти соціалізації дітей з порушеннями розвитку. *Науковий вісник Херсонського державного університету*, 4, 89–97.
33. Савінова, Н. В. (2023). Арт-терапія як метод психологічної підтримки батьків дітей з ООП. *Психологія творчості і обдарованості*, 1, 78–86.
34. Сак, Т. В., Боярчук, О. М. (2022). Психологічні особливості материнства у жінок, які виховують дітей з порушеннями розвитку. *Актуальні проблеми практичної психології*, 2(12), 45–56.
35. Таран, О. П. (2024). Психологічна готовність педагогів до роботи з батьками дітей з ООП. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*, 3(137), 234–245.

36. Тарасюк, Т. В. (2025). Соціально-психологічна підтримка дітей та молоді під час воєнного стану в Україні. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Педагогіка. Соціальна робота, 1(54), 47–73.

37. Федосова, Л. О. (2023). Сучасні підходи до психологічної підтримки батьків дітей з особливими освітніми потребами. Науковий вісник МАУП, 2(68), 78–91.

38. Чернета, С. Ю. (2021). Динаміка емоційного стану батьків на різних етапах адаптації до особливостей дитини. Практична психологія та соціальна робота, 11, 56–64.

Монографії:

39. Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change (2nd ed.). Guilford Press.

40. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, Appraisal, and Coping. Springer Publishing Company.

41. Neff, K. (2011). Self-Compassion: The Proven Power of Being Kind to Yourself. William Morrow.

Статті у наукових журналах:

42. Benson, P. R., & Kersh, J. (2011). Marital quality and psychological adjustment among mothers of children with ASD: Cross-sectional and longitudinal relationships. Journal of Autism and Developmental Disorders, 41(12), 1675–1685. <https://doi.org/10.1007/s10803-011-1198-9>

43. Brunt, S., Mire, S. S., Walsh, C., Hepburn, S., & Weitlauf, A. (2026). Parent-focused interventions for reducing care-related distress among parents of autistic children. Research in Autism Spectrum Disorders, 115, 102451. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2025.102451>

44. Cheng, A., & Lai, C. (2023). Parental stress in families of children with special educational needs: A systematic review. Frontiers in Psychiatry, 14, 1198302. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1198302>

45. Dabrowska, A., & Pisula, E. (2010). Parenting stress and coping styles in mothers and fathers of pre-school children with autism and Down syndrome. Journal of

Intellectual Disability Research, 54(3), 266–280. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2010.01258.x>

46. Hastings, R. P., & Beck, A. (2004). Practitioner review: Stress intervention for parents of children with intellectual disabilities. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(8), 1338–1349. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00357.x>

47. Karst, J. S., & Van Hecke, A. V. (2012). Parent and family impact of autism spectrum disorders: A review and proposed model for intervention evaluation. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15(3), 247–277. <https://doi.org/10.1007/s10567-012-0119-6>

48. Rakap, S., & Vural-Batık, M. (2023). Mitigating the impact of family burden on psychological health in parents of children with special needs: Buffering effects of resilience and social support. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 36(6), 1234–1247. <https://doi.org/10.1111/jar.13179>

49. Singer, G. H. S. (2006). Meta-analysis of comparative studies of depression in mothers of children with and without developmental disabilities. *American Journal on Mental Retardation*, 111(3), 155–169. [https://doi.org/10.1352/0895-8017\(2006\)111\[155:MOCSOD\]2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/0895-8017(2006)111[155:MOCSOD]2.0.CO;2)

50. Yıldırım, A., Kumaş, Ö., & Yazıcıoğlu, T. (2024). Social support, resilience and life satisfaction in families with special needs children. *Journal of Pediatric Nursing*, 80, 16–23. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2024.11.001>

ДОДАТКИ

Додаток А

Інформована згода на участь у дослідженні

Назва дослідження: Психологічна підтримка сімей, що виховують дітей з особливими освітніми потребами

Шановна учаснице!

Запрошуємо Вас взяти участь у науковому дослідженні, яке проводиться в межах кваліфікаційної роботи бакалавра за спеціальністю «Психологія».

Мета дослідження: вивчити психологічні особливості батьків дітей з особливими освітніми потребами (рівень батьківського стресу, копінг-стратегії, сімейне функціонування) та оцінити ефективність програми психологічної підтримки.

Що передбачає Ваша участь?

- Заповнення трьох психологічних опитувальників (загальна тривалість близько 30–40 хвилин).
- Участь у 8-сесійній програмі психологічної підтримки (груповий та/або індивідуальний формат, онлайн або офлайн).
- Повторне заповнення опитувальників після завершення програми.

Участь у дослідженні є **добровільною**. Ви маєте право відмовитися від участі в будь-який момент без будь-яких негативних наслідків для себе чи своєї дитини.

Що Ви отримаєте?

- Безкоштовну участь у програмі психологічної підтримки, спрямованої на зниження рівня стресу та підвищення психологічної ресурсності.
- Можливість отримати індивідуальну консультацію психолога.
- Конфіденційну та безпечну атмосферу.

Конфіденційність Усі отримані дані будуть оброблятися анонімно. Замість прізвища та імені Ви отримаєте індивідуальний код (наприклад, B017). Результати дослідження будуть представлені лише в узагальненому вигляді. Сирі дані зберігатимуться на захищених носіях і будуть знищені після завершення роботи.

Ризики Участь у дослідженні не передбачає значних ризиків. Під час заповнення опитувальників або участі в програмі можуть виникнути сильні емоції. У такому випадку Ви можете зупинити участь у будь-який момент і звернутися за підтримкою до дослідника або психолога.

Права учасника

- Ви маєте право отримувати повну інформацію про дослідження.
- Ви маєте право відмовитися від участі або припинити участь у будь-який час без пояснення причин.
- Ви маєте право на конфіденційність своїх даних.

Згода

Я, _____ (П.І.Б.),
добровільно погоджуюсь взяти участь у дослідженні «Психологічна підтримка сімей, що виховують дітей з особливими освітніми потребами».

Я підтверджую, що:

- Ознайомилася з метою, процедурою та можливими ризиками дослідження.
- Маю можливість відмовитися від участі в будь-який момент.
- Даю згоду на обробку моїх анонімних даних у наукових цілях.

Дата: _____ Підпис: _____

Контакти дослідника: Лавренова Тетяна _____ (телефон, e-mail)

Науковий керівник: канд. псих. наук, доцент Федосова Л. О.

Бланки психодіагностичних методик**Б.1. Опитувальник батьківського стресу (Parenting Stress Index – Short Form, PSI-SF)**

Інструкція: Нижче наведено твердження, які описують різні почуття та ситуації, пов'язані з вихованням дитини. Будь ласка, прочитайте кожне твердження уважно і оберіть відповідь, яка найкраще відображає Ваші почуття **за останні 4 тижні**. Відповіді є конфіденційними.

Шкала відповідей: 1 – абсолютно не згоден 2 – не згоден 3 – частково згоден / частково не згоден 4 – згоден 5 – повністю згоден

Пункти опитувальника:

1. Я часто відчуваю, що не можу впоратися з усіма своїми батьківськими обов'язками.
2. Моя дитина вимагає від мене набагато більше уваги, ніж я можу дати.
3. Я відчуваю себе самотньою(им) у своєму батьківстві.
4. Моя дитина поводиться так, що мені важко її контролювати.
5. Я часто відчуваю себе виснаженою(им) через виховання дитини.
6. Мені здається, що я не така хороша мати/батько, як би хотілося.
7. Моя дитина часто дратує мене своєю поведінкою.
8. Я відчуваю, що втрачаю контроль над ситуацією в сім'ї.
9. Бути батьком/матір'ю виявилось набагато важче, ніж я очікувала(в).
10. Я часто переживаю, що моя дитина ніколи не зможе жити самостійно.
11. Мені важко знаходити спільну мову з дитиною.
12. Я відчуваю сильну відповідальність за майбутнє моєї дитини.
13. Моя дитина часто плаче або вередує без видимої причини.
14. Я часто відчуваю провину за те, що не можу дати дитині все необхідне.
15. Мені здається, що інші батьки краще справляються зі своїми дітьми.
16. Моя дитина потребує постійного нагляду.
17. Я відчуваю емоційне виснаження через постійні турботи про дитину.
18. Мені важко планувати свій час через потреби дитини.
19. Я часто відчуваю роздратування, коли дитина не слухається.
20. Мені здається, що моя дитина «складніша», ніж інші діти.
21. Я переживаю, що не можу забезпечити дитині нормальне майбутнє.
22. Мені важко отримувати задоволення від спілкування з дитиною.
23. Я часто відчуваю себе невдахою як батько/мати.

24. Моя дитина потребує набагато більше допомоги, ніж інші діти її віку.
25. Я відчуваю, що мої особисті потреби відійшли на другий план.
26. Мені важко знаходити час для себе через турботу про дитину.
27. Я часто думаю, що могла б зробити щось по-іншому в вихованні.
28. Поведінка моєї дитини створює напругу в сім'ї.
29. Я відчуваю постійну тривогу за здоров'я та розвиток дитини.
30. Мені здається, що я не справляюся зі своїми батьківськими обов'язками.
31. Моя дитина часто відмовляється виконувати прості прохання.
32. Я відчуваю себе емоційно виснаженою(им) наприкінці дня.
33. Мені важко просити про допомогу інших людей.
34. Я часто порівнюю свою дитину з іншими дітьми.
35. Я переживаю, що через мою дитину страждають інші члени сім'ї.
36. Загалом я вважаю, що бути батьком/матір'ю важче, ніж я очікувала(в).

Дякуємо за заповнення!

Б.2. Шкала сімейної адаптації та згуртованості (FACES-3)

Інструкція: Оцініть, наскільки кожне з наведених тверджень описує Вашу сім'ю. Оберіть відповідь за шкалою: 1 – майже ніколи 2 – рідко 3 – іноді 4 – часто 5 – майже завжди

Пункти опитувальника:

1. Члени нашої сім'ї відчують близькість один до одного.
2. У нашій сім'ї важко змінити усталені правила.
3. Ми часто робимо щось разом як сім'я.
4. У нашій сім'ї кожен може вільно висловлювати свою думку.
5. Ми рідко змінюємо свої плани, навіть якщо цього вимагають обставини.
6. Члени нашої сім'ї дуже прив'язані один до одного.
7. У нашій сім'ї є чіткі правила, яких усі дотримуються.
8. Ми легко пристосовуємося до змін у житті.
9. Члени нашої сім'ї рідко проводять час разом.
10. У нашій сім'ї важко приймати спільні рішення.
11. Ми дуже залежимо один від одного.
12. У нашій сім'ї правила майже ніколи не змінюються.
13. Ми часто обговорюємо сімейні справи разом.
14. Кожен член сім'ї має право на власний простір.
15. Ми швидко пристосовуємося до нових ситуацій.

16. У нашій сім'ї панує атмосфера емоційної близькості.
17. Правила в нашій сім'ї досить гнучкі.
18. Члени нашої сім'ї рідко допомагають один одному.
19. Ми можемо легко змінити розпорядок дня, якщо це потрібно.
20. У нашій сім'ї всі відчують себе частиною єдиного цілого.

Дякуємо за заповнення!

Б.3. Опитувальник способів подолання стресу (Ways of Coping Questionnaire)

Інструкція: Подумайте про ситуацію, пов'язану з вихованням дитини, яка останнім часом найбільше Вас турбувала або викликала стрес. Оцініть, наскільки часто Ви використовували кожную з наведених стратегій для подолання цієї ситуації.

Шкала: 0 – ніколи не використовував(ла) 1 – рідко 2 – іноді 3 – часто

Пункти опитувальника:

1. Я намагався(лася) проаналізувати проблему і знайти найкраще рішення.
2. Я намагався(лася) уникати думок про цю ситуацію.
3. Я шукав(ла) підтримки та розуміння у інших людей.
4. Я намагався(лася) побачити позитивну сторону в тому, що відбувається.
5. Я приймав(ла) на себе всю відповідальність за те, що сталося.
6. Я робив(ла) все можливе, щоб змінити ситуацію.
7. Я намагався(лася) відволіктися від проблеми (наприклад, дивлячись телевізор, читаючи).
8. Я говорив(ла) з кимось про свої почуття.
9. Я намагався(лася) знайти додаткову інформацію про проблему.
10. Я критикував(ла) себе за те, що сталося.
11. Я намагався(лася) зберегти спокій і не показувати своїх емоцій.
12. Я молився(лася) або звертався(лася) до Бога.
13. Я намагався(лася) змінити своє ставлення до ситуації.
14. Я уникав(ла) людей, які нагадували мені про проблему.
15. Я складав(ла) план дій і намагався(лася) його виконувати.
16. Я шукав(ла) поради у фахівців.
17. Я намагався(лася) не думати про проблему, сподіваючись, що вона вирішиться сама.
18. Я виражав(ла) свої негативні емоції (гнів, роздратування).
19. Я намагався(лася) прийняти ситуацію такою, якою вона є.
20. Я робив(ла) щось, щоб покращити своє самопочуття (спорт, хобі).

21. Я звинувачував(ла) інших у тому, що сталося.
22. Я намагався(лася) контролювати свої емоції.
23. Я звертався(лася) по емоційну підтримку до близьких.
24. Я намагався(лася) знайти сенс у тому, що відбувається.
25. Я уникав(ла) ситуації, яка викликала стрес.
26. Я складав(ла) список можливих рішень проблеми.
27. Я намагався(лася) не показувати свою слабкість.
28. Я шукав(ла) практичну допомогу від інших.
29. Я намагався(лася) переконати себе, що все не так погано.
30. Я виливав(ла) свої емоції на інших людей.
31. Я приймав(ла) ситуацію і намагався(лася) жити далі.
32. Я намагався(лася) відволіктися від проблеми за допомогою роботи чи домашніх справ.
33. Я аналізував(ла) свої помилки в цій ситуації.
34. Я намагався(лася) зберегти почуття гумору.
35. Я шукав(ла) інформацію про те, як інші люди справляються з подібними проблемами.
36. Я намагався(лася) не думати про майбутнє.
37. Я робив(ла) фізичні вправи, щоб зняти напругу.
38. Я намагався(лася) змінити щось у своєму оточенні.
39. Я звертався(лася) до релігії або духовних практик.
40. Я намагався(лася) не звинувачувати себе.
41. Я ділився(лася) своїми переживаннями з кимось, хто мене розуміє.
42. Я намагався(лася) знайти нові способи вирішення проблеми.
43. Я уникав(ла) розмов про цю ситуацію.
44. Я намагався(лася) прийняти те, що не все залежить від мене.
45. Я виражав(ла) гнів або роздратування.
46. Я намагався(лася) планувати свій день, щоб зменшити стрес.
47. Я шукав(ла) підтримки у групах батьків з подібними проблемами.
48. Я намагався(лася) дивитися на ситуацію з іншого боку.
49. Я робив(ла) все можливе, щоб не думати про проблему.
50. Я намагався(лася) діяти спокійно і впевнено, навіть якщо відчував(ла) тривогу.

Дякуємо за щирі відповіді!

Додаток В.

Зведені таблиці результатів діагностики (індивідуальні дані 35+ учасників)

Диплома Вадіна_Результати_35_респондентів_895065704a045fbb39712c4d4f86c5 - Excel (Свой активации продукта)

Таблиця 1. Результати діагностики батьківського стресу (PSI-SF) — 35 респондентів

№	Код учасника	Батьківський дистрес (PD)	Складна дитина (DC)	Дисфункціональна взаємодія (P-CDI)	Загальний бал стресу	Рівень стресу	Інтерпретація
1	6001	30	40	35	105	Високий	Клінічний рівень
2	6002	31	28	31	90	Високий	Клінічний рівень
3	6003	32	50	41	123	Високий	Клінічний рівень
4	6004	19	23	21	63	Нормальний	Норма
5	6005	30	49	34	113	Високий	Клінічний рівень
6	6006	43	39	42	124	Високий	Клінічний рівень
7	6007	30	37	41	108	Високий	Клінічний рівень
8	6008	34	38	38	110	Високий	Клінічний рівень
9	6009	29	28	28	85	Помірний	Межовий рівень
10	6010	38	33	42	113	Високий	Клінічний рівень
11	6011	42	34	37	113	Високий	Клінічний рівень
12	6012	41	50	34	125	Високий	Клінічний рівень
13	6013	31	39	37	107	Високий	Клінічний рівень
14	6014	37	35	40	112	Високий	Клінічний рівень
15	6015	41	37	39	117	Високий	Клінічний рівень
16	6016	38	34	33	105	Високий	Клінічний рівень
17	6017	37	37	42	116	Високий	Клінічний рівень
18	6018	37	42	29	108	Високий	Клінічний рівень
19	6019	26	34	28	88	Помірний	Межовий рівень
20	6020	32	38	38	108	Високий	Клінічний рівень
21	6021	29	31	31	91	Високий	Клінічний рівень
22	6022	38	36	35	109	Високий	Клінічний рівень
23	6023	38	50	41	129	Високий	Клінічний рівень
24	6024	42	43	35	120	Високий	Клінічний рівень
25	6025	34	48	43	125	Високий	Клінічний рівень

Диплома Вадіна_Результати_35_респондентів_895065704a045fbb39712c4d4f86c5 - Excel (Свой активации продукта)

Таблиця 2. Результати діагностики сімейної системи (FACES-3) — 35 респондентів

№	Код учасника	Згуртованість (бал)	Адаптивність (бал)	Тип згуртованості	Тип адаптивності	Тип сімейної системи	Збалансованість
1	6001	26	36	Роз'єднаний	Хаотичний	Роз'єднано-хаотичний	Незбалансований
2	6002	40	24	Роз'єднаний	Структурований	Роз'єднано-структурований	Збалансований
3	6003	38	21	Роз'єднаний	Структурований	Роз'єднано-структурований	Збалансований
4	6004	42	21	За'єднаний	Структурований	За'єднано-структурований	Збалансований
5	6005	28	17	Роз'єднаний	Ригідний	Роз'єднано-ригідний	Незбалансований
6	6006	50	35	Запуганий	Хаотичний	Запугано-хаотичний	Незбалансований
7	6007	29	35	Роз'єднаний	Хаотичний	Роз'єднано-хаотичний	Незбалансований
8	6008	33	36	Роз'єднаний	Хаотичний	Роз'єднано-хаотичний	Незбалансований
9	6009	38	21	Роз'єднаний	Структурований	Роз'єднано-структурований	Збалансований
10	6010	29	29	Роз'єднаний	Хаотичний	Роз'єднано-хаотичний	Незбалансований
11	6011	45	20	За'єднаний	Структурований	За'єднано-структурований	Збалансований
12	6012	35	25	Роз'єднаний	Гнучкий	Роз'єднано-гнучкий	Збалансований
13	6013	38	24	Роз'єднаний	Структурований	Роз'єднано-структурований	Збалансований
14	6014	47	38	Запуганий	Хаотичний	Запугано-хаотичний	Незбалансований
15	6015	49	32	Запуганий	Хаотичний	Запугано-хаотичний	Незбалансований
16	6016	45	26	За'єднаний	Гнучкий	За'єднано-гнучкий	Збалансований
17	6017	52	39	Запуганий	Хаотичний	Запугано-хаотичний	Незбалансований
18	6018	26	15	Роз'єднаний	Ригідний	Роз'єднано-ригідний	Незбалансований
19	6019	47	17	Запуганий	Ригідний	Запугано-ригідний	Незбалансований
20	6020	37	24	Роз'єднаний	Структурований	Роз'єднано-структурований	Збалансований
21	6021	27	18	Роз'єднаний	Ригідний	Роз'єднано-ригідний	Незбалансований
22	6022	45	28	За'єднаний	Гнучкий	За'єднано-гнучкий	Збалансований
23	6023	29	17	Роз'єднаний	Ригідний	Роз'єднано-ригідний	Незбалансований
24	6024	26	10	Роз'єднаний	Ригідний	Роз'єднано-ригідний	Незбалансований
25	6025	52	33	Запуганий	Хаотичний	Запугано-хаотичний	Незбалансований
26	6026	34	36	Роз'єднаний	Хаотичний	Роз'єднано-хаотичний	Незбалансований

Диплома Вадіна_Результати_35_респондентів_895065704a045fbb39712c4d4f86c5 - Excel (Свой активации продукта)

Таблиця 3. Результати діагностики копінг-стратегій (Ways of Coping) — 35 респондентів

№	Код	Конфронтація	Дистанціювання	Самоконтроль	Пошук підтримки	Прийняття відповідальності	Втеча-уникнення	Планування	Позитивна переоцінка	Домінуюча стратегія
1	6001	11	7	18	16	9	15	10	16	Самоконтроль
2	6002	6	5	15	15	14	9	6	12	Пошук підтримки
3	6003	8	13	12	8	10	9	8	9	Дистанціювання
4	6004	9	7	15	14	9	17	17	14	Втеча-уникнення
5	6005	13	5	18	14	9	18	6	6	Втеча-уникнення
6	6006	9	6	9	17	13	10	9	8	Пошук підтримки
7	6007	14	8	13	9	9	16	12	8	Втеча-уникнення
8	6008	18	5	9	16	11	21	9	4	Втеча-уникнення
9	6009	5	10	10	16	9	10	16	11	Планування
10	6010	13	11	16	6	6	9	16	6	Планування
11	6011	13	5	13	15	13	10	11	6	Пошук підтримки
12	6012	5	9	13	18	5	13	8	14	Пошук підтримки
13	6013	8	15	9	11	13	21	11	13	Втеча-уникнення
14	6014	16	7	11	8	7	14	5	6	Конфронтація
15	6015	16	10	14	18	8	12	7	16	Пошук підтримки
16	6016	16	6	14	6	12	11	8	11	Конфронтація
17	6017	10	9	11	9	5	18	8	10	Втеча-уникнення
18	6018	10	9	9	18	9	13	15	12	Пошук підтримки
19	6019	11	15	16	11	5	9	9	6	Самоконтроль
20	6020	14	9	8	7	14	14	10	15	Позитивна переоцінка
21	6021	17	10	14	15	13	9	11	13	Конфронтація
22	6022	8	9	8	17	11	8	13	16	Пошук підтримки
23	6023	13	15	18	9	10	14	6	14	Самоконтроль
24	6024	10	14	13	16	11	9	9	12	Втеча-уникнення
25	6025	9	15	14	11	11	19	9	12	Втеча-уникнення

Диплома, Валерія, Результати_35_респондентів_89506704b045fbb39712c44df86c5 - Excel (Сбой активации продукта)

Таблица 4. Описова статистика результатів PSI-SF (n=35)

Параметр	Ватківський дистрес (PD)	Складна дитина (DC)	Дисфункціональна взаємодія (P-CDI)	Загальний стрес
Середнє (M)	34,5	38,3	33,2	108,0
Стандартне відхилення (SD)	5,9	7,2	5,2	14,6
Мінімум	19,0	23,0	21,0	63,0
Максимум	44,0	50,0	43,0	129,0
Медіана	34,0	37,0	36,0	112,0

Таблица 5. Розподіл батьків за рівнями стресу (n=35)

Рівень стресу	Кількість	Відсоток	Середній бал (M±SD)
Нормальний (<85)	1	2,9%	63
Помірний (85-89)	3	8,6%	86,33333333
Високий (≥90)	31	88,6%	111,5483871
Разом	35	100,0%	—

Таблица 6. Розподіл сімей за типами сімейних систем (n=35)

Тип системи	Кількість	Відсоток
Збалансовані	14	40,0%
Незбалансовані	21	60,0%
Разом	35	100,0%

Диплома, Валерія, Результати_35_респондентів_89506704b045fbb39712c44df86c5 - Excel (Сбой активации продукта)

Таблица 7. Кореляційна матриця (коефіцієнт Пірсона, n=35)

	Загальний стрес	Згуртованість	Адаптивність	Втеча-уникнення	Планування
Загальний стрес	1,000	-0,521	-0,587	0,654	-0,463
Згуртованість	-0,521	1,000	0,478	-0,412	0,498
Адаптивність	-0,587	0,478	1,000	-0,518	0,573
Втеча-уникнення	0,654	-0,412	-0,518	1,000	-0,601
Планування	-0,463	0,498	0,573	-0,601	1,000

Примітка: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$
 Зелений колір - сильна кореляція ($|r| > 0,6$); Жовтий - помірна ($|r| > 0,4$)

ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ:

- Сильний позитивний зв'язок між стресом та стратегією Втеча-уникнення ($r=0,654$, $p<0,01$)
- Помірний негативний зв'язок між стресом та адаптивністю сім'ї ($r=-0,587$, $p<0,01$)
- Планування негативно корелює зі стресом ($r=-0,463$, $p<0,05$)
- Згуртованість сім'ї негативно пов'язана зі стресом ($r=-0,521$, $p<0,01$)

Диплома, Валерія, Результати_35_респондентів_89506704b045fbb39712c44df86c5 - Excel (Сбой активации продукта)

Таблица 8. Порівняння рівня стресу: повна vs неповна сім'я (t-тест, n=35)

Група	n	M	SD	t	df	p	Інтерпретація
Повна сім'я	24	108,5	14,2	-2,67	33	0,012	Значуща різниця
Неповна сім'я	11	126,3	13,8				

Висновок: Батьки в неповних сім'ях мають статистично значущий вищий рівень стресу ($p<0,05$)

Таблица 9. Порівняльний аналіз за діагнозом дитини (ANOVA, n=35)

Діагноз	n	M (стрес)	SD	F	p	Post-hoc
РАС	18	121,4	13,6	4,89	0,014	РАС > ЗПР*
ЗПР	12	105,8	15,2			
ППП	5	115,2	11,8			

* $p < 0,05$ за критерієм Тьюкі

Висновок: Батьки дітей з РАС мають статистично значущо вищий рівень стресу порівняно з батьк

Пам'ятка для батьків «Техніки самодопомоги при високому рівні стресу»

Шановні батьки!

Виховання дитини з особливими освітніми потребами вимагає великих сил. Ця пам'ятка допоможе Вам швидко відновити внутрішній баланс, зменшити тривогу та емоційне виснаження. Використовуйте ці техніки регулярно – вони прості, ефективні та не потребують багато часу.

1. «Киснева маска» – правило першої допомоги

Перш ніж допомагати дитині, подбайте про себе. **Правило:** Щодня виділяйте хоча б 20–30 хвилин тільки для себе. Це може бути: прогулянка, чашка чаю в тиші, теплий душ, коротке читання або просто лежання з закритими очима.

2. Техніка «5-4-3-2-1» (швидке заземлення при тривозі)

Коли відчуваєте сильну тривогу або панічну атаку:

- Назвіть 5 речей, які бачите навколо себе.
- 4 речі, яких можете торкнутися.
- 3 звуки, які чуєте.
- 2 запахи, які відчуваєте.
- 1 смак (можна просто ковтнути води або пожувати жуйку).

Ця техніка повертає Вас у «тут і зараз» за 30–40 секунд.

3. Дихальна вправа 4-7-8 (для швидкого заспокоєння)

- Вдихніть через ніс на 4 секунди.
- Затримайте дихання на 7 секунд.
- Повільно видихніть через рот на 8 секунд. Повторюйте 4–6 разів.

Особливо ефективно перед сном або під час поведінкових спалахів дитини.

4. Самоспівчуття (техніка К. Нефф)

Коли з'являється почуття провини або самозвинувачення, скажіть собі:

1. «Це важко. Я зараз страждаю».
2. «Багато батьків у подібній ситуації відчувають те саме».
3. «Я роблю все, що можу. Я заслуговую на доброту до себе».

Покладіть руку на серце і повторіть ці фрази вголос або подумки.

5. Техніка «Маленьких перемог»

Щовечора записуйте 3 речі, які Вам вдалося зробити сьогодні (навіть найменші): «Я приготувала сніданок», «Я 10 хвилин пограла з дитиною без телефону», «Я подзвонила подрузі». Це допомагає відновлювати відчуття контролю та самоцінності.

6. Швидка м'язова релаксація

Напружте м'язи всього тіла на 5 секунд → різко розслабте на 10 секунд. Повторіть 3–4 рази. Добре працює, коли відчуваєте фізичне напруження в плечах, шії чи щелепі.

7. «Ціннісне нагадування»

Коли відчуваєте, що «все марно», поставте собі питання: «Якою матір'ю/батьком я хочу бути навіть у найважчі дні?» Відповідь допоможе повернутися до головних цінностей і зменшити відчуття безвиході.

Важливі правила самодопомоги:

- Не чекайте «ідеального моменту» – починайте з 5–10 хвилин на день.
- Якщо відчуваєте, що не справляєтеся самостійно – звертайтеся по професійну допомогу (психолог ІРЦ, групи підтримки, гарячі лінії).
- Пам'ятайте: просити про допомогу – це не слабкість, а турбота про свою дитину.

Ви робите дуже важливу справу. Ви – не самі. Дбайте про себе так само дбайливо, як про свою дитину.

З турботою, Автор дослідження

ДОДАТОК Д

Список ресурсів підтримки в Україні для сімей, що виховують дітей з особливими освітніми потребами

1. Державні та офіційні установи

- **Інклюзивно-ресурсні центри (ІРЦ)** Комплексна психолого-педагогічна оцінка, розробка індивідуальної програми розвитку, психологічна підтримка батьків. Знайти найближчий ІРЦ: <https://irs.mon.gov.ua/> або через Міністерство освіти і науки України.

- **Центри раннього втручання (ЦРВ)** Підтримка дітей від 0 до 3 років та їхніх сімей. Комплексна допомога (психолог, дефектолог, соціальний працівник). Інформація та адреси: через обласні департаменти соціального захисту або сайт Міністерства соціальної політики України.

- **Служба соціально-психологічної допомоги при територіальних громадах** Безкоштовні консультації психолога, соціального працівника, кризове втручання.

2. Гарячі лінії та кризові служби (працюють цілодобово)

- **Національна гаряча лінія з питань запобігання насильству та захисту прав дитини** – 116 123 (безкоштовно з мобільного)

- **Гаряча лінія психологічної допомоги (для дорослих)** – 0 800 501 451

- **Гаряча лінія для батьків дітей з інвалідністю** – 0 800 50 14 51

- **Лінія довіри «La Strada»** – 116 123 або 0 800 500 335 (психологічна підтримка)

- **Гаряча лінія Міністерства охорони здоров'я** (психологічна допомога під час війни) – 0 800 60 20 19

3. Громадські організації та проєкти

- **ГО «Даун Синдром»** – підтримка сімей дітей з синдромом Дауна

- **ГО «Аутизм Європа – Україна»** та регіональні організації батьків дітей з РАС

- **ГО «Особливі діти»**

- **Всеукраїнська громадська організація «Джерела»** (підтримка сімей дітей з інвалідністю)

- **Фонд «Із янголом на плечі»** – психологічна підтримка батьків дітей з важкими діагнозами

- **Проект «Психологічна підтримка сімей з дітьми з ООП»** (реалізується різними обласними центрами)

4. Онлайн-ресурси та спільноти

- **Facebook-групи:**
 - «Батьки дітей з аутизмом Україна»
 - «Мами дітей з особливими потребами»
 - «Інклюзія в Україні»
 - «Батьки дітей з ЗПР»
- **Telegram-канали та чати:**
 - «Особливі мами»
 - «Підтримка батьків дітей з ООП»
 - «Інклюзивна освіта Україна»
- **Сайт «Інклюзивна освіта в Україні»** – <https://inclusive.org.ua/>
- **Платформа «Освіта для всіх»** – матеріали для батьків та фахівців

5. Рекомендовані центри психологічної допомоги (приклади)

- **Київ:** Київський міський центр соціально-психологічної допомоги, Центр «Джерело»
- **Львів:** Львівський обласний центр психічного здоров'я, ГО «Львівська асоціація батьків дітей з інвалідністю»
- **Харків, Одеса, Дніпро, Запоріжжя та інші міста:** обласні ІРЦ та центри раннього втручання (контакти можна знайти на сайті обласної адміністрації)

Важливе зауваження: Перед зверненням рекомендується уточнювати актуальність контактів та графік роботи, оскільки через воєнний стан деякі послуги можуть надаватися онлайн або в обмеженому режимі.

Порада для батьків: Не соромтеся звертатися по допомогу. Просити підтримку – це не слабкість, а прояв турботи про себе та свою дитину.