

Хмельницький національний університет
Факультет здоров'я, психології, фізичної культури та спорту
Кафедра психології та педагогіки

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

Другий (магістерський)

ПРОЯВИ ТРИВОЖНОСТІ ТА ШЛЯХИ ЇЇ ПОДОЛАННЯ У БАТЬКІВ ДІТЕЙ
З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНІМИ ПОТРЕБАМИ

Галузь знань - 05 Соціальні та поведінкові науки
Шифр і назва галузі знань
Спеціальність - 053 Психологія
Шифр і назва спеціальності

Шифр 24238
номер залікової книжки

Виконав: студент II курсу, групи ППмз-23-1


Підпис

Ганна РУДИК
Ініціали, прізвище

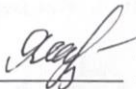
Керівник: кандидат психологічних наук, доцент


Підпис

Алла РУДЕНОК
Ініціали, прізвище

До захисту допускаю:

Зав. кафедри психології та педагогіки
доктор психологічних наук, професор


Підпис

Таїсія КОМАР
Ініціали, прізвище

2 листопада 2024 р.

Хмельницький, 2024

ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Факультет здоров'я, психології, фізичної культури та спорту
Кафедра психології та педагогіки

Освітній рівень: Другий (магістерський)

Галузь знань: 05 Соціальні та поведінкові науки

Спеціальність: 053 Психологія

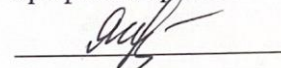
Освітня програма: Освітньо-професійна програма «Психологія»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри

психології та педагогіки

проф. Комар Т.В.



протокол № 5 від 14 грудня 2023 р.

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ

Рудик Ганна Сергіївна

Прізвище, ім'я, по батькові студента

1. Тема кваліфікаційної роботи: «Прояви тривожності та шляхи її подолання у батьків дітей з особливими освітніми потребами»

Керівник кваліфікаційної роботи: Руденко А.І. (доц.каф., канд. псих. н., доц)
Прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання

Затверджено наказом ректора університету від 26 серпня 2024 р. № 60

2. Строк подання студентом роботи на кафедру 02 грудень .2024 р.

3. Вихідні дані до роботи: матеріали звіту з науково-дослідної практики, комплекс методів та методик дослідження: шкала тривожності Бека, госпітальна шкала тривожності та депресії (HADS).

4. Зміст кваліфікаційної роботи (перелік питань, які потрібно розробити): вступ, розділ 1. Теоретичні основи тривожності у батьків дітей з ооп, висновки до розділу; розділ 2. Експериментальне дослідження рівня тривожності батьків дітей з ооп, висновки до розділу; висновки, перелік джерел посилання, додатки.

5. Перелік графічного матеріалу (із зазначенням обов'язкових креслень)
9 таблиць, 16 рисунків


6. Консультанти розділів кваліфікаційної роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв

7. Дата видачі завдання 14 грудня 2023 року

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів (розділів) кваліфікаційної роботи освітнього рівня магістра	Строк виконання етапу роботи	Примітка
1	Вибір теми дослідження. Визначення об'єкта і предмета дослідження, постановка мети і завдань.	До 02 січня 2024 р.	виконано
2	Визначення теоретико-методологічних засад дослідження. З'ясування актуальності проблеми.	До 03 березня 2024 р.	виконано
3	Оформлення вступу кваліфікаційної роботи.	До 01 вересня 2024 р.	виконано
4	I розділ кваліфікаційної роботи.	До 10 вересня 2024 р.	виконано
5	II розділ кваліфікаційної роботи.	До 01 жовтня 2024 р.	виконано
6	Загальні висновки.	До 01 листопада 2024 р.	виконано
7	Оформлення кваліфікаційної роботи.	До 01 грудня 2024 р.	виконано
8	Попередній захист кваліфікаційної роботи.	<u>08</u> листопада 2024 р.	виконано
9	Захист кваліфікаційної роботи (відповідно графіку)	<u>12</u> грудня 2024р.	виконано

Студент  Ганна РУДИК

Керівник роботи  Алла РУДЕНОК

АНОТАЦІЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ

Тема кваліфікаційної роботи: «Прояви тривожності та шляхи її подолання у батьків дітей з особливими освітніми потребами»

Студент Ганна РУДИК

Керівник Алла РУДЕНОК

Кваліфікаційна робота включає 111 сторінок, 9 таблиць, 16 рисунків, перелік джерел посилання складає 60 найменування, 7 додатків.

Ключові слова: тривожність, тривожність батьків дітей з особливими освітніми потребами, прояви тривожності, рівень тривожності, діагностика тривожності, військовий конфлікт, вплив війни, хронічний стрес, психологічна підтримка, психологічне здоров'я, психоемоційний стан.

Об'єкт дослідження: психологічний стан батьків, які виховують дітей з особливими освітніми потребами, у контексті війни.

Предмет дослідження: тривожність як основний психологічний феномен, що виникає у батьків дітей з ООП під впливом військових дій.

На основі результатів дослідження рівня тривожності у батьків дітей з ооп, за методиками BAI, HADS, GAD-7 та за «Шкалою реактивної і особистісної тривожності» Спілбергера, була розроблена програма групової психологічної підтримки. Програма спрямована на зниження тривожності й депресії, базується на техніках когнітивно-поведінкової, позитивної та арт-терапії, а також методах релаксації й саморегуляції.

Результати можуть бути використані психологами, соціальними працівниками та іншими фахівцями, що працюють з цією вразливою категорією, зокрема для створення індивідуальних і групових стратегій допомоги, адаптованих до умов військового конфлікту. Окрім того, результати дослідження вносять новий вклад у наукові дослідження.

Дипломник Ганна РУДИК

Дата подання кваліфікаційної роботи до захисту 2 грудня 2024

	7
ВСТУП.....	7
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ТРИВОЖНОСТІ У БАТЬКІВ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНІМИ ПОТРЕБАМИ.....	10
1.1 Теоретичний аналіз поняття тривожності в психолого-педагогічній літературі	10
1.2 Прояви тривожності батьків дітей з особливими освітніми потребами в умовах війни	19
1.3 Шляхи подолання тривожності.....	35
Висновки до розділу.....	45
РОЗДІЛ 2 ЕКСПЕРЕМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ ТРИВОЖНОСТІ БАТЬКІВ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНІМИ ПОТРЕБАМИ.....	47
2.1 Діагностичне емпіричне дослідження для виявлення рівня тривожності у батьків дітей з особливими освітніми потребами	47
2.2 Розроблення програми групових занять для зниження рівня тривожності у батьків дітей з особливими освітніми потребами.....	70
2.3 Емпіричне дослідження по визначенню рівня тривожності у піддослідної групи для визначення ефективності розробленої програми.....	78
Висновки до розділу.....	80
ВИСНОВКИ.....	82
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ	85
ДОДАТКИ.....	92
Додаток А Опитувальник «Шкала тривоги Бека»	92
Додаток Б Опитувальник «Госпітальна шкала тривоги та депресії»	93
Додаток В Тест «Шкала реактивної і особистісної тривожності» Спілбергера	94
Додаток Г Опитувальник з генералізованої тривоги (GAD-7).....	96
Додаток Д Прояви тривожності згідно з опитуванням за шкалою тривожності Бека	97

Додаток Е Програма зустрічей по зниженню рівня тривожності «Привіт моя тривожносте!».....	98
Додаток Є Детальний опис вправ.....	100

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. В умовах сучасного світу, який перебуває в політичній та соціальній турбулентності, проблеми психічного здоров'я відіграють ключову роль в житті багатьох людей. Особливо це стосується тих, хто бореться з наслідками військових конфліктів та кризових ситуацій.

Війна в Україні спричинила значні психологічні травми та емоційні потрясіння для всіх її громадян. Специфічні виклики та загрози, пов'язані з воєнним конфліктом, створюють унікальні умови, які особливо важко переживають батьки дітей з особливими освітніми потребами (ООП).

Статистичні дані вказують на серйозні наслідки війни для сімей з дітьми з ООП. Згідно з даними UNICEF, понад 89% таких дітей зазнали психосоціального впливу війни. Більшість батьків дітей з ООП відчують постійну тривогу за своїх дітей. Зокрема, 45% батьків помітили погіршення поведінки своїх дітей, що свідчить про психологічні труднощі у таких сім'ях.

Тривожність у батьків проявляється у різних формах: від надмірного занепокоєння за безпеку родини до відчуття безпорадності перед невизначеністю майбутнього. Військовий конфлікт поглиблює хронічний стрес, підвищуючи ризик розвитку депресії та посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Це негативно впливає як на фізичне та психічне здоров'я батьків, так і на їхню здатність ефективно виконувати батьківські функції.

На нашу думку, дослідження шляхів подолання тривожності в батьків дітей з особливими освітніми потребами в умовах війни актуальним та соціально важливим завданням. Адже, розробка та впровадження програм психологічної підтримки, орієнтованих на зниження рівня тривожності та стресу, може стати важливим кроком у підтримці цієї вразливої групи населення. Розуміння та вирішення психологічних проблем батьків, у свою чергу, сприятиме підвищенню якості їхньої взаємодії з дітьми, створюючи для дітей умови гармонійного розвитку та адаптації в умовах війни.

Об'єкт дослідження: психологічний стан батьків, які виховують дітей з особливими освітніми потребами, у контексті війни.

Предмет дослідження: тривожність як основний психологічний феномен, що виникає у батьків дітей з ООП під впливом військових дій.

Мета дослідження: вивчення поняття «тривожність», аналіз проявів тривожності у батьків дітей з особливими освітніми потребами в умовах війни, визначені факторів, які впливають на рівень тривожності у батьків даної категорії та розробка ефективних методів та стратегій подолання тривожності.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати наукові джерела щодо теоретичних засад тривожності, її проявів та особливостей у батьків дітей з особливими освітніми потребами в умовах воєнного конфлікту.

2. Вибрати методологічний інструментарій та провести емпіричне дослідження рівня тривожності у батьків дітей з ООП.

3. Розробити і впровадити психологічну програму для зниження рівня тривожності у батьків дітей з ООП та оцінити її ефективність.

4. Систематизувати результати дослідження, оформити наукову роботу, апробувати результати та визначити перспективи подальших досліджень.

Гіпотеза: Батьки дітей з особливими освітніми потребами мають підвищений рівень тривожності, особливо в умовах військового конфлікту. Ця тривожність має специфічні прояви, обумовлені впливом соціально-психологічних та екзистенційних факторів. Її рівень може бути знижений за допомогою комплексної програми психологічної підтримки, яка включає психосоціальну допомогу, корекцію когнітивних спотворень та формування навичок емоційної саморегуляції.

Методи дослідження:

- Теоретичні: аналіз, синтез, систематизація наукових джерел щодо тривожності у батьків дітей з ООП.

- Емпіричні: стандартизовані психодіагностичні методики: шкала тривожності Бека (BAI), госпітальна шкала тривожності та депресії (HADS),

«Шкала реактивної і особистісної тривожності» Спілбергера та Опитувальник з генералізованої тривоги (GAD-7), подані у формі онлайн-анкет.

- Обробка даних: якісний аналіз відповідей, статистичний аналіз (χ^2 -тест Пірсона, описова статистика).

Практичне значення дослідження полягає в розробці ефективних програм психологічної підтримки для батьків дітей з ООП в умовах війни. Рекомендації, отримані в ході дослідження, можуть бути корисними для психологів, соціальних працівників та інших фахівців, що працюють з цією вразливою категорією, зокрема для створення індивідуальних і групових стратегій допомоги, адаптованих до умов військового конфлікту. Окрім того, результати дослідження вносять новий вклад у наукові дослідження.

Експериментальна база дослідження. Експериментальна частина дослідження проводилася за участю батьків з Громадської організації «Сонячні діти» та реабілітаційного центру «Турбота», що дозволило отримати об'єктивні та практично значущі результати, відповідні до реальних умов і потреб цільової аудиторії. Такий підхід робить дослідження важливим для практики і сприяє впровадженню знань у реальну діяльність.

Апробація результатів Апробація результатів дослідження включала публікацію статті «Тривожність та її прояви у батьків дітей з особливими освітніми потребами в умовах війни» в науковому журналі «Психологічні травелогі», 2024, №3, а також представлення тез на Міжнародній науково-практичній конференції «Innovative Education: Problems and Prospects of Scientific Research».

Структура роботи: вступ, два основні розділи, висновки, список використаних джерел (60 найменувань), а також сім додатків. Загальний обсяг кваліфікаційної роботи – 111 сторінок машинописного тексту.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ТРИВОЖНОСТІ БАТЬКІВ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ

1.1 Теоретичний аналіз поняття тривожності в психолого-педагогічній літературі

Тривожність є однією з найпоширеніших емоційних реакцій, що виникає у відповідь на реальні чи уявні загрози. У сучасній психолого-педагогічній літературі це поняття розглядається з різних теоретичних позицій, що підкреслює його багатогранність. Теоретичний аналіз тривожності включає вивчення її визначень, основних характеристик, механізмів виникнення та впливу на особистість. Розуміння тривожності є важливим для розробки методів її подолання, особливо у контексті виховання дітей з особливими освітніми потребами під час воєнного конфлікту.

Проблеми тривоги та тривожності досліджуються не лише в психології, але й у суміжних науках, таких як психіатрія, патопсихологія, фізіологія та соціологія. Значний внесок у розвиток цієї теми зробили вчені, зокрема Зигмунд Фрейд, Альфред Адлер, Карен Хорні, Гаррі Салліван, Чарльз Спілбергер, Ролло Мей, Карл Роджерс і Віктор Франкл. Вітчизняні вчені також приділяють значну увагу дослідженню тривожності як негативного психічного стану, акцентуючи на необхідності системного підходу до її вивчення.

Поняття «тривожність» у психолого-педагогічних дослідженнях охоплює різні аспекти та визначення. Одним з перших, хто всебічно описав феномени тривоги і страху, був Зигмунд Фрейд. Він вважав, що тривога є емоційним переживанням, яке виникає через невпевненість і очікування небезпеки, підкреслюючи роль внутрішніх психічних конфліктів як джерела тривожних переживань [15].

У своїй праці «Про заснування для відділення певного симптомокомплексу від неврастенії як неврозу тривоги» (1895), Фрейд не розрізняв тривогу як реакцію на реальні загрози і як суб'єктивне переживання. Він спочатку припускав, що тривога виникає через неповну розрядку лібідних імпульсів, але згодом переглянув це припущення і визначив її як функцію «Я», що сигналізує про наближення загрози [16, с.73].

Згодом Фрейд відокремив три основні види тривоги: реалістичну, невротичну та моральну. Реалістична тривога є природною реакцією на реальні загрози і зникає після їх усунення. Невротична тривога, навпаки, виникає через внутрішні конфлікти і часто не відповідає реальним загрозам.

Моральна тривога пов'язана з побоюванням перед можливим моральним покаранням від «Понад-Я» - внутрішнього морального авторитету [29, с.249].

Фрейдова теорія тривоги, яка розглядає цей стан як результат взаємодії зовнішніх загроз та внутрішніх психічних конфліктів, є основою для подальших досліджень і розуміння тривожних переживань у житті людини. Її вплив на психоаналітичний підхід до вивчення тривожності є значним і актуальним до сьогодні [10, с.87].

Альфред Адлер у праці «Індивідуальна теорія особистості» описує тривожність як симптом неврозу, що виникає через неправильний стиль життя, сформований на основі негативного досвіду в дитинстві, такого як фізичні страждання чи надмірна опіка. Тривожність проявляється через відчуття небезпеки та неповноцінності [16, с.73].

Адлер вважав, що тривожність є стійкою рисою характеру, яка ускладнює життя, перешкоджаючи соціальній адаптації та досягненню життєвих цілей [5, с.108]. Він підкреслював, що тривожність виникає через негативний соціальний досвід, на відміну від Фрейда, який вбачав її причини у внутрішніх психічних конфліктах [9, с.33].

Згідно з Адлером, тривожність не лише симптом неврозу, а й важливий аспект особистісного розвитку, що проявляється через низьку самооцінку та невпевненість [16, с.73]. Це забезпечує нові перспективи для дослідження

тривожності в контексті соціальної адаптації і розвитку особистості, а також для розробки підходів до терапії і підтримки осіб, які страждають від тривожності. [5, с.108]

Карен Хорні вважала, що тривога виникає через відсутність відчуття безпеки в міжособистісних стосунках. На її думку, фактори, які руйнують це почуття у дитинстві, можуть призвести до розвитку базальної тривоги, що в подальшому може сприяти формуванню невротичної поведінки у дорослому житті. Вона підкреслювала, що людина використовує різні невротичні стратегії для подолання почуття небезпеки і безпорадності, а також вірить у потенціал особистісного розвитку [10, с.87].

Основним внутрішнім конфліктом, який спричиняє тривогу, є прагнення дитини до любові та прихильності, в поєднанні з нездатністю дорослих забезпечити ці емоційні потреби. Це веде до відчуття самотності, нелюбові та безпорадності, що формує стійку тривожність як рису характеру [29, с.250].

К. Хорні розрізняла тривогу та страх, вважаючи, що тривога є реакцією на уявні небезпеки, тоді як страх пов'язаний з реальними загрозами. Вона також описала десять невротичних потреб, які допомагають людині справлятися з відчуттям небезпеки та ворожості.

Таким чином, К. Хорні акцентує увагу на соціальних факторах у формуванні тривоги, що контрастує з поглядами Фрейда, який бачив причини тривожності у внутрішніх психічних конфліктах [16, с.73; 11].

Ерік Фромм стверджував, що тривожність і внутрішній неспокій виникають з відчуття відчуженості, яке людина переживає через усвідомлення своєї відокремленості та безпорадності перед силами природи і суспільства. Він вважав, що основним шляхом подолання цього стану є розвиток різних форм любові між людьми. [29, с.250]

У праці «Емоції людини» 1977 року Керролл Елліс Ізард стверджував, що тривожність не є окремою емоцією, а виникає як результат поєднання страху з іншими емоційними станами, такими як гнів, провина, сором або

цікавість. Тобто тривожність слід розглядати як комплексний емоційний стан, що включає в себе різні емоційні компоненти. [5, с.108]

Фріц Перлз наголошував, що тривожність заважає людині повністю пережити теперішній момент, змушуючи постійно думати про майбутнє. Це обмежує спонтанність, важливу для особистісного розвитку. [33, с.187]

Г. Габдреева зазначає, що особистісна тривожність виникає через порушення механізму психологічного самоуправління. Якщо суб'єктивне сприйняття реальності не відповідає об'єктивній дійсності, і це супроводжується надмірною тривогою, порушуються регуляторні процеси, що призводить до закріплення тривожності як риси характеру [56, с.167].

Її дослідження показали, що тривожність є значним ризик-фактором для нервово-психічних захворювань. Висока тривожність і підвищена чутливість до стресу знижують інтелектуальну діяльність, зокрема у стресових ситуаціях, як-от під час екзаменів, що, в свою чергу, знижує рівень розумової працездатності та може сприяти низькому соціальному статусу [5, с.108].

Ролло Мей пропонує позитивний погляд на тривожність, вважаючи її показником духовних викликів, що виникають через відсутність життєвого сенсу або перешкоди на шляху реалізації особистих планів. Він розрізняв два види тривоги: нормальну та невротичну. Нормальна тривога, що виникає у відповідь на загрозу, є конструктивною і може стимулювати енергію для досягнення нових перспектив, тоді як невротична тривога має деструктивний вплив, викликаючи паніку та втому [33, с.188].

Р. Мей підкреслював важливість не лише фізіологічних аспектів, але й психологічних установок особистості при розумінні тривоги, зокрема її сприйняття небезпеки [32, с.31].

А. Антоновський, розробивши концепцію салютогенезу, стверджував, що людина з почуттям зв'язності може зберігати внутрішній добробут навіть під впливом стресорів. Почуття зв'язності включає три складові: розуміння, керованість та осмисленість подій, що дають змогу зберігати емоційну стабільність. [44, с.214]

Згідно з когнітивною теорією, тривога залежить від того, як особа оцінює небезпечну ситуацію. Лезарус і Ейверілл визначають її як емоцію, що виникає через когнітивні процеси, тоді як Епштейн розглядає тривогу як невизначений страх, пов'язаний з низькою самоповагою. Він також відзначає, що особи з низьким рівнем самоповаги більш вразливі до тривоги. [52, с.205]

Ч. Спілбергер відрізняє тривогу як тимчасовий стан від тривожності як рису особистості. Під час стресу тривога виникає як емоційний стан, а особистісна тривожність характеризується схильністю до сприйняття більшості ситуацій як загрозливих, що визначає частоту і інтенсивність тривожних станів. [33, с.188]

Джордж Інгал розрізняє стрес і тривогу, вважаючи, що стрес пов'язаний із зовнішніми ситуаціями, а тривога — це внутрішнє переживання, зокрема туга, яка виникає через власні думки про майбутнє. Невротична тривога може бути наслідком жалю за минулими подіями, що заважає жити. [52, с.206]

Таким чином, тривога є багатограним явищем, яке може бути реакцією на зовнішні стресори, результатом внутрішніх конфліктів або наслідком особистісної схильності до сприйняття загроз. Тривожність, як людське переживання, має глибокі емоційні та історичні корені. Дослідники розрізняють тривогу та тривожність.

Тривога — це тимчасовий емоційний стан, що виникає у відповідь на небезпеку та проявляється у вигляді очікування негативного розвитку подій.

Вона супроводжується невпевненістю, беспорядністю та безсиллям перед певними факторами, що може призвести до дезорганізації поведінки. [27, с.368]

В свою чергу, тривога є важливим і необхідним станом для виживання, виконуючи кілька важливих функцій. Основне завдання тривоги — сигналізувати про небезпеку, що дозволяє людині уникати загрозливих ситуацій. Завдяки тривозі людина може краще адаптуватися, наприклад, обережно переходити дорогу чи уникати травм. [42, с.16-21]

Тривога також мобілізує внутрішні ресурси для боротьби з небезпекою. Це відбувається несвідомо, і людське тіло інтуїтивно реагує на ситуацію

загрози. Крім того, тривога запускає оцінку ситуації та адаптивні дії, активуючи захисні механізми для усунення потенційної небезпеки. Коли загроза зникає, рівень тривоги зазвичай спадає, і емоційні переживання залежатимуть від оцінки можливостей впоратися з ситуацією. [16, с.75]

Оптимальний рівень тривоги вважається необхідним для ефективної адаптації до реальності. Однак тривала тривога, яка не відповідає реальній складності ситуації, втрачає свою стимулюючу функцію, що призводить до зниження поведінкової активності та дезорганізації психіки. [8]

Є три способи реагування на небезпеку: напад, втеча та завмирання. Напад полягає у активному протистоянні загрозі, втеча – у швидкому віддаленні від небезпеки, а завмирання – у тимчасовій бездіяльності, щоб залишитися непоміченим або зібратися з силами. Людина підсвідомо обирає один з цих способів залежно від конкретної ситуації. [42, с.16-21]

Тривога складається з кількох основних компонентів:

- Когнітивний компонент пов'язаний із сприйняттям незнайомих об'єктів чи ситуацій як загрозливих. Це відбувається не через їх об'єктивну небезпеку, а через відсутність знань про них. Наприклад, учень, який вступає до університету, може відчувати тривогу через невідомі виклики, хоча це відкриває нові можливості.

- Емоційний компонент тривоги проявляється через появу страху та інших емоцій у відповідь на нові або потенційно небезпечні ситуації. Тривога часто супроводжується поєднанням страху, хвилювання та невпевненості, що підкреслює її складний емоційний характер.

- Фізіологічний компонент проявляється у фізичних реакціях організму, таких як болі в шлунку, діарея або нудота. Люди з підвищеною тривожністю часто страждають від психосоматичних розладів, що вказує на тісний зв'язок між психологічним та фізичним станом.

- Поведінковий компонент тривоги полягає в прагненні людини зробити своє середовище безпечним, навіть коли реальна загроза відсутня. Це може призвести до хаотичних дій та нелогічних рішень, оскільки внутрішня

реальність проектується на зовнішнє середовище. Для ефективного подолання тривоги важливо змінювати не зовнішні умови, а внутрішнє сприйняття ситуації. [24, с. 4]

Тривога може бути як корисною, так і некорисною. Корисна тривога виникає, коли є можливість змінити ситуацію. Вона мобілізує ресурси, допомагає скласти план дій і здійснює функцію захисту від небезпеки. У цьому випадку тривога спонукає до активних дій для усунення або пом'якшення загрози. Її роль полягає в тому, щоб бути індикатором небезпеки і стимулювати адаптаційні механізми для подолання ситуації. Тривога залишається корисною до тих пір, поки є докази високої ймовірності загрози.

Некорисна тривога – незважаючи на вжиті заходи для уникнення або зменшення наслідків загрози, переживання залишаються і нічого не можна з цим вдіяти. Некорисна тривога, або невротична тривога, веде до дезадаптації і дезорганізації особистості. Вона може створювати фон суб'єктивного неблагополуччя і порушувати всі сфери життєдіяльності людини. Патологічна тривога відрізняється від корисної тим, що вона є більш тривалою, інтенсивною і призводить до пригнічення адаптаційних можливостей організму. [42, с.32-35; 16, с.76]

Тривожність – схильність людини до переживання тривоги, яка може проявлятися як особистісна риса або як ситуативна реакція на певні обставини.

Вона характерна не лише для осіб з нервово-психічними та соматичними захворюваннями, але й для здорових людей у стресових ситуаціях. [27, с.368]

Ситуативна тривожність виникає як реакція на конкретні стресогенні обставини, що можуть викликати страх або занепокоєння, такі як важливі події (наприклад, іспити чи публічні виступи). Така тривожність змінюється в залежності від ситуації та її інтенсивності.

Особистісна тривожність, на відміну від ситуативної, є стійкою рисою особистості, яка проявляється у постійному переживанні занепокоєння, часто без наявності реальних загроз. Вона може бути зумовлена індивідуальними

психологічними особливостями, а також фізіологічними або гормональними змінами.

Згідно з дослідженнями, джерела стійкої тривожності поділяються на зовнішні та внутрішні. Зовнішні чинники пов'язані з тривалими стресовими ситуаціями, тоді як внутрішні фактори включають психологічні механізми та особливості індивіда, що формують схильність до тривожності. Відзначимо, що стійка тривожність може бути індикатором труднощів у контролюванні емоцій, що може призвести до зниження життєвого тону і формування песимістичних установок.

На нашу думку, тривога, яка перевищує адекватний рівень за інтенсивністю та тривалістю, може ускладнити адаптацію до реальних обставин, призводячи до психічної дезінтеграції. У цьому контексті важливо також розрізняти загальну та специфічну особистісну тривожність: перша проявляється в різних ситуаціях, друга — лише у специфічних умовах.

Тривожність безпосередньо пов'язана з мотивацією і впливає на регулювання поведінки в небезпечних ситуаціях. Ми вважаємо, що у звичайних умовах тривожність може виконувати захисну роль, однак у складніших ситуаціях вона може призводити до стресу та дезорганізації поведінки. Безпричинне переживання тривоги створює постійну емоційну напругу, що ускладнює контроль над поведінкою і прийняття адекватних рішень. [56, с.167-169]

У своїй статті «Експериментальне вивчення особистісної тривожності у підлітків з легкою розумовою відсталістю» Огороднійчук З.В. та Ратушна Т.С. виділяють такі основні форми тривожності:

а) Відкрита тривожність:

1) Гостра, нерегульована або малорегульована тривожність — усвідомлювана, зовні проявляється через симптоми тривоги, з якою неможливо впоратися самотійно.

2) Регульована і компенсуюча тривожність — люди самотійно виробляють ефективні способи подолання її.

Обидві форми відкритої тривожності оцінюються як неприємні переживання, від яких хочеться позбутися.

3) «Культивована» тривожність сприймається як цінна якість, що допомагає досягти бажаного. Вона може стати основним регулятором активності, забезпечуючи організованість та відповідальність. [27, с.369]

б) Прихована тривожність

1) «Неадекватний спокій» – людина приховує тривогу від себе і оточуючих, застосовуючи жорсткі захисні механізми, що перешкоджають усвідомленню загроз і власних переживань. Зовні спостерігається надмірний спокій, але з прихованими негативними емоціями. Ця форма нестійка і може швидко перейти у відкриту тривожність.

2) «Відхід від ситуації» – зустрічається досить рідко. [48, с.487]

Питання природних передумов особистісної тривожності включає два основні типи чинників: безумовні та зумовлені. Безумовні чинники пов'язані з вегетативними реакціями організму, тоді як зумовлені включають соціальні, психологічні та психофізіологічні аспекти. Повторювані тривожні ситуації можуть сприяти закріпленню тривожності як стійкої особистісної риси. [56с.167-169]

Рівень тривожності визначається генетичними особливостями та структурою нервової системи. У людей з низьким рівнем тривожності нервові волокна товстіші, що уповільнює реакцію на стрес. У людей з високою чутливістю нервові волокна тонші, що призводить до швидшої реакції на подразники. Таким чином, тривожність є індивідуальною характеристикою, зумовленою як природними чинниками, так і життєвим досвідом. [42, с.17]

У дослідженні Ірини Ясточкіної «Особистісна тривожність як соціально-психологічна проблема» авторка пропонує розглядати причини тривожності на трьох рівнях:

- Соціальний рівень охоплює проблеми в спілкуванні, які можуть викликати тривогу.

- Психологічний рівень включає конфліктну самооцінку, де поєднуються потреба в позитивній самооцінці і почуття невпевненості. Психологічні чинники тривоги також можуть бути викликані внутрішнім конфліктом, неадекватним рівнем домагань, недостатнім обґрунтуванням мети, передчуттям об'єктивних труднощів, неузгодженістю мотивів афіліації та необхідністю вибору між різними образами дії.

- Психофізіологічний рівень стосується особливостей функціонування центральної нервової системи, таких як конституційні особливості або патології головного мозку. [56, с.167-169]

Тривожність часто виникає через неспроможність адекватно реагувати на зовнішні впливи, такі як нові або незвичні ситуації, до яких людина не підготовлена, або раптові, неочікувані події. Це може включати ситуації, що викликають дискомфорт, навіть при повторенні, як темрява чи самотність. Також тривожність може бути спричинена психічними травмами, такими як тривала розлука, хвороба чи смерть близької людини. Крім того, стан підвищеної тривожності може виникати в умовах невизначеності та нестабільності. Локалізовані страхи часто зумовлені конкретними об'єктами, такими як висота, замкнені простори, собаки чи павуки [27, с.369; 13, с.92].

З теоретичної точки зору, тривожність є складним і багатогранним феноменом, який проявляється у різних формах і впливає на різні аспекти життя особистості. В умовах війни прояви тривожності у батьків дітей з особливими освітніми потребами набувають нових характеристик, що вимагає окремого та детального дослідження.

1.2 Прояви тривожності батьків дітей з особливими освітніми потребами в умовах війни

Тема тривожності є надзвичайно актуальною в сучасних умовах, особливо коли мова йде про батьків дітей з особливими освітніми потребами. Тривожність батьків може значно впливати на їхню здатність забезпечувати

належну підтримку та розвиток своїх дітей. Розуміння різних аспектів тривожності є ключовим для надання ефективної допомоги та підтримки цим сім'ям.

Фахівці з когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) вважають, що для розуміння того, як тривожність формується та проявляється на різних рівнях, корисною є модель «Ситуація – Думка – Емоція – Поведінка».

Ситуація – усе, що відбувається у світі, є нейтральним з точки зору самого світу. Це так звана «холодна реальність», яка не має в собі ані доброго, ані поганого.

Думка – Людина інтерпретує ситуації через свої думки, надаючи їм значення. Те, що людина думає про ситуацію, визначає, як вона її сприймає.

Емоція – думки про ситуацію визначають емоції стосовно неї.

Поведінка – людські емоції, у свою чергу, стимулюють певні поведінкові реакції.

Таким чином, тривожність може проявлятися на трьох рівнях: когнітивному (думки), емоційному (емоції) та поведінковому. [42, с.30]

На когнітивному рівні тривожність проявляється через нав'язливі думки, що домінують у свідомості та заважають адекватно сприймати реальність. Коли тривожні думки захоплюють увагу, людина концентрується лише на них, що підсилює тривожність і стрес. Ці думки можуть здаватися дуже реальними, підсилюючи їхній вплив на психічний стан.

Наприклад, тривога може викликати негативні сценарії або питання на кшталт «А якщо?..», що фокусуються на катастрофічних можливостях і перебільшують ризики, підвищуючи рівень тривожності. [31, с.13]

Емоційний рівень можна умовно розділити на психологічний та фізіологічний аспекти.

Тривожність в психологічному аспекті проявляється через емоційні симптоми, такі як нервозність, почуття небезпеки, напруга, нездатність приймати рішення та невизначеність. Ф. Б. Березін визначає шість рівнів тривожності:

- Низький рівень – легке напруження і дискомфорт без загрози.
- Помірний рівень – напруження з гіперстезичними реакціями, нейтральні стимули набувають значущості і негативного забарвлення.
- Середній рівень – невизначена загроза і почуття небезпеки.
- Високий рівень – страх через конкретизацію небезпеки, навіть якщо об'єкт страху не є реальною загрозою.
- Дуже високий рівень – відчуття невідворотності катастрофи і жах.
- Панічний рівень – панічний стан, потреба у фізичній розрядці і пошуку допомоги.

Таким чином, тривожність може проявлятися від легкого дискомфорту до панічних атак, залежно від інтенсивності та обставин. [48, с 486]

Тривожність, на фізіологічному рівні, проявляється такими симптомами, як прискорене дихання і серцебиття, підвищена пітливість, відчуття браку повітря, важкість у грудях, запаморочення, тунельне бачення, жар або озноб [32, с. 32; 42, с. 44]. Ці реакції, хоча й є природними в умовах стресу, у разі тривалого перебігу можуть негативно впливати на організм.

На нашу думку, взаємозв'язок між психічним і фізичним здоров'ям, відомий як психосоматика, потребує особливої уваги. Схильність до емоційного реагування на стрес часто призводить до психосоматичних розладів, які, за даними МОЗ, становлять 38–42% медичних діагнозів [7, с. 60]. До найпоширеніших таких розладів належать захворювання шлунково-кишкового тракту (наприклад, виразка), кардіоваскулярні порушення (гіпертензія) та респіраторні проблеми, що знижують якість життя і можуть викликати депресію [45].

На поведінковому рівні тривожність часто супроводжується униканням тривожних ситуацій, перфекціонізмом і потребою в постійній підтримці. Ми вважаємо, що така поведінка може суттєво знижувати продуктивність і ускладнювати соціальну адаптацію.

Фізичні симптоми тривожності, такі як тремтіння чи пітливість, підсилюють нервозність, що виражається в метушливості чи неможливості

зосередитися. Дратівливість, втома і неспокій додатково впливають на концентрацію уваги, ефективність і міжособистісні відносини.

Тривога є нормальною реакцією на загрози, але надмірна і тривала тривога може призвести до різних психічних розладів:

- Генералізований тривожний розлад характеризується постійним занепокоєнням, яке впливає на всі аспекти життя.

- Панічні атаки проявляються раптовими епізодами інтенсивного страху, супроводжуваними фізичними симптомами, такими як прискорене серцебиття і труднощі з диханням.

- Обсесивно-компульсивний розлад включає нав'язливі думки і компульсивні дії, що виконуються для зменшення тривоги.

- Соціальні фобії викликають сильний страх перед соціальними ситуаціями, що веде до уникання взаємодій.

- Посттравматичний стресовий розлад розвивається після пережитих травм і супроводжується флешбеками і нічними кошмарами.

- Депресія часто супроводжується тривогою, погіршуючи загальний психологічний стан.

Зростання тривоги до таких рівнів порушує нормальне функціонування, тому важливо своєчасно розпізнати і лікувати ці симптоми, щоб запобігти подальшому погіршенню психічного і фізичного здоров'я. [35]

Тривожність у чоловіків і жінок має різні прояви. Жінки, попри захист статевими гормонами, більш чутливі до впливу стресу, що може призводити до емоційного дисбалансу, втрати просторового орієнтування та зниження творчих здібностей. Частіше звертаючись за підтримкою, вони краще адаптуються до стресу, демонструючи високу стресостійкість у складних ситуаціях, таких як вагітність і пологи [12, с. 88–90].

Поява першої дитини кардинально змінює життя жінки, додаючи нових обов'язків і тимчасово обмежуючи професійну діяльність. Перерозподіл ролей у сім'ї впливає на всіх її членів, підвищуючи рівень тривожності, ризик депресії та невдоволення стосунками між партнерами [54, с. 46–55; 58, с. 26].

В українському контексті основний догляд за дитиною покладається на жінку, що може спричиняти емоційне виснаження. Дослідники відзначають, що пригнічений стан матері негативно впливає на формування прив'язаності дитини, а депресія під час вагітності підвищує ризик післяпологової депресії [26, с. 98; 59, с. 66-72].

У статті «Умови успішного освоєння ролі матері та становлення материнства в психологічному консультуванні жінок» Петяк О.В. та Руденок А.І. зазначають, що адаптація до нової ролі матері триває в середньому 8,5 місяця, але може варіюватися від 1 місяця до 2,5 років. Ригідність матері пов'язана з труднощами адаптації, в той час як реалістичні очікування і позитивне сприйняття материнства сприяють легшій адаптації та знижують тривожність. Жінки, які позитивно оцінюють свою материнську роль, рідше відчують втому і тривогу та мають більше впевненості у своїй компетентності. [30]

Ніхто не може бути повністю підготовлений до народження дитини з інвалідністю. Це непередбачуваний виклик, який радикально змінює життя сім'ї. Коли у родині з'являється така дитина, звичний баланс і динаміка сімейного життя зазнають суттєвих змін. Окрім загальної батьківської тривожності, яка виникає на різних етапах розвитку дитини, з'являється специфічна тривожність, пов'язана з необхідністю адаптації до особливостей дитини. Це призводить до збільшення стресу і нових викликів, які потребують особливої уваги та ресурсів для підтримки дитини і збереження гармонії в родині.

Процес прийняття дитини з особливими освітніми потребами описала німецька психологиня Еріка Шуххардт, виділивши вісім ключових стадій, через які проходять батьки.

Шок – перший і найсильніший етап. Батьки переживають емоційний удар від несподіваного діагнозу, що ускладнює сприйняття ситуації і спілкування про неї.

Заперечення – батьки відмовляються вірити в діагноз, шукають альтернативні думки і намагаються зменшити реальність проблеми. Цей етап може тривати довго.

Пошук – батьки вкладають ресурси в пошуки лікування, звертаються до фахівців і нетрадиційних методів. Вони можуть забувати про потреби дитини в безумовній любові, що збільшує стрес.

Агресія – відчуття злості і розчарування через невдачі і соціальну ізоляцію. Конфлікти виникають як з лікарями, так і між подружжям.

Депресія – вичерпавши всі можливості, батьки можуть впадати в депресію, відчуваючи втрату надії і ізоляцію, з думками про самогубство і провину.

Примирення – батьки починають приймати реальність ситуації і адаптуватися, хоч і відчувають себе обтяженими і самотніми через соціальні стереотипи.

Прийняття – діагноз перестає бути центром життя. Батьки починають акцентувати увагу на потребах і можливостях дитини, знаходячи щастя разом з нею.

Солідарність – батьки об'єднуються з іншими батьками дітей з особливими потребами, борються за права своїх дітей і впливають на зміни в законодавстві і інфраструктурі. [40, с. 204-235]

Процес прийняття дитини з особливими освітніми потребами, описаний Ерікою Шуххардт, не є строго лінійним. Батьки можуть проходити один і той самий етап кілька разів, ніби по спіралі. Це означає, що навіть після досягнення стадії прийняття, можуть виникати моменти, коли емоції і переживання знову повертаються до попередніх етапів, таких як агресія або депресія. Цей повторювальний характер демонструє складність і динамічність процесу адаптації, де постійний рух вперед може поєднуватися з тимчасовими поверненнями до попередніх емоційних станів.

Виховання дитини з особливими освітніми потребами є надзвичайно складним завданням для батьків, яке вимагає постійних емоційних,

фінансових і сімейних затрат. Батьки сприймають ситуацію так, що їхня дитина навряд чи зможе вести самостійне доросле життя, що перетворює батьківство на місію на все життя. Дослідження показують, що виховання таких дітей вимагає коригування домашнього середовища та розкладу, обмежує можливості працевлаштування, постійно бракує часу і вимагає фінансових витрат на спеціалістів і терапевтів. Ці вимоги впливають на всі аспекти життя: міжособистісні (конфлікти чи підтримка), внутрішньо особистісні (конфлікти чи емоційний стрес) та практичне подолання. [60]

За словами Р.В. Овчарової, батьківські установки відображають уявлення подружжя про свою роль як батьків, формуючись через когнітивні, емоційні та поведінкові аспекти: «ми – батьки», «ми – батьки нашої дитини», «ми – покладаємо наші батьківські надії». Порушення цих установок може призвести до конфліктів між подружжям та порушення комунікації з дітьми.[50, с. 422]

Дослідження показують, що батьки дітей з особливими освітніми потребами проходять кілька етапів стресу. Спочатку, до встановлення діагнозу, основним джерелом тривоги є невизначеність щодо стану дитини і затягнуте очікування діагнозу та початку терапії. Важливу роль у зменшенні стресу відіграє соціальна підтримка, однак її відсутність, як з боку фахівців, так і з боку родини, погіршує ситуацію. Батьки часто відзначають низький рівень залученості старших членів родини, що збільшує їхній стрес. Крім того, недоліки в роботі медичних установ, зокрема недостатня інформація про діагноз і подальші кроки, також сприяють зростанню тривоги [53, с. 70].

Після встановлення діагнозу батьки часто відчувають страх, провину і безпорадність, що значно ускладнює адаптацію. У перший рік життя дитини батьки долають фізичне і емоційне виснаження, що, на нашу думку, може призводити до сімейних конфліктів. Невідповідність поведінки дитини очікуванням викликає роздратування, що може погіршувати стосунки в родині. Для збереження соціального статусу батьки часто намагаються приховати відхилення в розвитку дитини, що сприяє відчуженню [50, с. 422].

Від 1 до 6 років батьки відчують важкі емоційні навантаження, змушені адаптувати своє життя до потреб дитини, що іноді супроводжується відчуттям сорому і провини. Батьки повинні прийняти інвалідність дитини, що, на наш погляд, є складним і виснажливим процесом [60].

Тут варто розглянути як різні вчені пояснюють батьківсько-дитячі стосунки у сім'ях, де є діти з фізичними та розумовими порушеннями.

Б. Спок виділяє кілька типів батьківсько-дитячих стосунків у сім'ях з дітьми з психофізичними відхиленнями. Перший тип характеризується соромом батьків, що призводить до ізоляції дитини та її неспокою. Другий тип виникає, коли батьки відчують провину за розвиток дитини і намагаються догоджати їй, що робить її капризною і залежною. Третій тип – це випадки, коли батьки ставлять завищені вимоги до дитини, що веде до її впертості та дратівливості. На противагу цьому, батьки, які адекватно сприймають можливості дитини та активно підтримують її розвиток, допомагають їй стати впевненою та щасливою. [50, с. 422]

На формування емоційного клімату в сім'ї значно впливають особистісні властивості батьків, такі як здатність до стресостійкості, адекватна оцінка ситуації, регулювання негативних емоцій (агресії, страху, тривоги) та вміння йти на компроміси.

Захаров зазначає, що на стосунки також впливають особистісні характеристики батьків, зокрема здатність до стресостійкості, вміння регулювати негативні емоції (агресія, страх, тривога), а також вміння йти на компроміси. Окрім цього, він виокремлює кілька несприятливих рис характеру батьків, які можуть порушувати стосунки з дітьми: афективність, тривожність, синзетивність, егоцентричність, гіперсоціальність і домінантність.

Вплив на батьківсько-дитячі стосунки мають також психологічні типи батьків. Авторитарні батьки, хоча й активні в житті, можуть застосовувати жорсткі методи виховання. Психосоматичні батьки є більш лояльними та співчутливими, однак часто виснажують себе, повністю присвячуючи час

дитині. Невротичні батьки, з іншого боку, пасивно приймають дитину, не намагаючись активно її розвивати.

А.С. Співаковська описала наступні неправильні підходи до виховання:

- «Сім'я-санаторій» – дитина знаходиться під постійною опікою і жорстким контролем, що може призвести до нервових зривів і протесту.

- «Сім'я-фортеця» – підкреслено правильна та надмірно принципова поведінка батьків сприяє розвитку безініціативності та невпевненості в дитині.

- «Сім'я – третій зайвий» акцентує увагу на подружніх стосунках, внаслідок чого у дитини формується почуття неповноцінності та непотрібності. [50, с. 423]

Розглянемо моделі виховання виділені Е.Г. Ейдемиллером.

Гіпоопіка характеризується відсутністю належної уваги до дитини, що може спричинити відчуття покинутості, особливо в сім'ях з низьким соціальним статусом чи високим рівнем стресу у батьків. Це часто призводить до байдужості або відкидання дитини через відсутність емоційних ресурсів у батьків для належної взаємодії. На противагу цьому, гіперопіка є надмірною турботою, коли постійне хвилювання за безпеку дитини обмежує її самостійність та ініціативність. Крайнім проявом цього є гіперпротекція, коли батьки виконують всі потреби дитини, ставлячи її в центр сімейного життя. Це призводить до того, що дитина стає «кумиром» сім'ї, а її потреби і бажання виконуються беззаперечно. [36; 50, с. 423-424].

Моделі симбіозу, за словами авторів, включають ставлення батьків, зокрема матерів, які ставлять потреби дитини на перше місце, ігноруючи власні. Авторитарна гіперсоціалізація передбачає завищені вимоги до дитини, переоцінюючи її можливості. Виховання за типом підвищеної моральної відповідальності накладає на дитину обов'язки, які їй важко виконувати через її особливості [50, с. 423-424]. Надвимогливість, як прояв перфекціонізму або спроба компенсувати невдачі, створює додатковий стрес для дитини, погіршуючи взаємодію з батьками і посилюючи їхню тривожність та ізоляцію, особливо у матерів. [36]

Модель виховання у культурі хвороби передбачає ставлення до дитини як до хворої, що формує у неї почуття слабкості. Модель «маленький невдаха» акцентує соціальну неспроможність дитини, що впливає на її самовідчуття і бажання досягати результатів. Емоційне відторгнення включає як явне, так і приховане неприйняття дитини батьками, що може проявлятися як фізична агресія, так і емоційна холодність.

Кожен стиль виховання відображає різні батьківські підходи: суворий стиль передбачає жорсткі вимоги і обмеження активності дитини; сприяючий стиль зосереджений на розумінні і підтримці дитини; потураючий стиль забезпечує комфорт, часто нехтуючи сімейними інтересами; ситуативний стиль орієнтується на адаптацію рішень до конкретних обставин, а залежний стиль передбачає покладання на допомогу інших [50, с. 423-424].

У сім'ях з дітьми з особливими освітніми потребами часто виникають суперечності в вихованні через несистематичні підходи членів родини, що створює плутанину для дитини і сприяє її тривожності. У таких ситуаціях модель «співробітництва», яка передбачає підтримку дитини без обмеження її свободи, є позитивним підходом, оскільки створює гармонійне середовище для розвитку дитини та знижує стрес батьків [50, с. 424].

Коли дитина йде до першого класу, батьки часто відчують тривогу щодо її успішності та соціальних взаємодій. Важливим є рівень тривожності батьків, оскільки він визначає стиль виховання та впливає на адаптацію дитини до садочка чи школи [40, с. 37-42]. Батьки дітей з інвалідністю, зазвичай, обізнані про можливі труднощі соціалізації, але їхня тривожність через навчальні труднощі та соціальну ізоляцію дитини може спричинити додатковий стрес і відчуття безсилля [53, с. 70].

Підлітковий вік приносить нові виклики для батьків, оскільки діти перестають сприймати їх як авторитетів, що може призвести до конфліктів. Авторитарний стиль виховання, може посилювати напруження в родині, у той час як взаємна повага сприяє зниженню тривожності [40, с. 37-42; 19].

У середніх та старших класах батьки дітей з особливими освітніми потребами часто відчують велику втому і розчарування. Їхні зусилля перетворюються на постійний цикл проблем, спроб нових стратегій, розчарування та нових труднощів. Відчуття безнадії посилюється через відсутність прогресу та соціальних досягнень дитини. Батьки переживають стрес через постійні нові проблеми, які виникають, попри їхні зусилля [60].

У цей час батьки також можуть переживати кризу середнього віку, відчуючи втрату молодості та зниження енергії, що може призводити до розлучень. Додатковий стрес викликаний необхідністю догляду за старіючими батьками та першими проблемами зі здоров'ям самих батьків. Ці труднощі роблять батьків менш терплячими, що може посилювати напруження у відносинах з дітьми [40, с. 37-42].

Коли діти (з нормотиповим розвитком або з легким ступенем інвалідності) досягають повноліття і починають жити самостійно, сім'я входить у період «порожнього гнізда». Цей етап може бути менш тривожним, якщо батьки успішно подолали попередні кризові моменти. Однак у випадку, коли батьки занадто фокусувалися на ролі вихователів і втратили подружні стосунки, може виникнути новий тип тривожності, пов'язаний з пошуком сенсу життя та нових занять, що часто призводить до надмірного втручання в життя дорослих дітей і ускладнень у процесі їх відокремлення [40, с. 42-46].

У разі дорослішання дітей з особливими освітніми потребами, відповідальність батьків зростає, що спричиняє відчуття вигорання. Батьки часто переживають тривогу щодо майбутнього дитини, зокрема її працевлаштування, медичного догляду та здатності до незалежного життя. Вони схильні зосереджуватися на щоденних проблемах, не будуючи довгострокових планів, і живуть моментом, з надією, що дитина знайде свій шлях, проте постійно занепокоєні її майбутнім [60].

Батьківська тривожність у сім'ях з дітьми, які мають особливі освітні потреби, залежить від різних чинників, зокрема віку, статі, сімейного статусу, рівня самооцінки, стилю виховання та обізнаності про діагноз.

Жінки частіше відчують тривожність через свою роль у вихованні дитини, часто сприймаючи діагноз як загрозу та беручи на себе велику відповідальність за якість виховання, що може спричиняти високий рівень стресу. Водночас матері, які активно шукають допомогу та співпрацюють з фахівцями, зазвичай мають нижчий рівень тривоги, порівняно з тими, хто намагається уникати проблем.

Чоловіки, як правило, переживають стрес по-іншому - більше схильні до депресії, тривоги та ізоляції, а також використовують менш ефективні стратегії подолання стресу, такі як самозвинувачення чи уникання. Брак соціальної підтримки та невпевненість у майбутньому посилюють їхні страждання. Вони можуть менше долучатися до процесу виховання, оскільки зосереджені на фінансових питаннях [53, с. 69].

Встановлення діагнозу у дитини часто веде до значних емоційних та практичних труднощів у стосунках між батьками. Як показують дослідження, ці стосунки можуть стати нестабільними і конфліктними, схожими на «американські гірки», з частими суперечками і тертям, які виникають через різні підходи до виховання та емоційне придушення партнера.

Подекуди, ситуація вдома описується як виснажлива і пов'язана з відчуттям самотності. Матері схильні відчувати самотність та втрату особистого життя через домовленість про розподіл обов'язків у сім'ї: чоловік забезпечує фінансово, а вона доглядає дитину.

Проте, існують також позитивні приклади, коли батьки разом вирішують виклики і труднощі. Стосунки описуються як спільна діяльність і підтримка один одного, що полегшує процес подолання труднощів. [60]

Важко підготуватися як до народження дитини з інвалідністю, так і до війни. Багато сімей прокинулися 24 лютого 2022 року в шоковому стані, оскільки почалось повномасштабне вторгнення Росії в Україну. Цей день став початком нової реальності, що породила масову тривогу серед українців. Тривога стала відповіддю на масштабну загрозу, реакцією на війну та небезпеку для життя кожного. Психіка людини була змушена відреагувати на

це, оскільки тривога є одним із основних механізмів, що попереджує про небезпеку і мобілізує для дії.

Нагадаємо, що тривога — це вроджений механізм людського мозку, що активує одну з трьох реакцій на загрозу: напад, втечу або завмирання.

Напад — це реакція тих, хто залишив свої сім'ї та діяльність і пішов до військкоматів, добровольцями чи в територіальну оборону або стали волонтерами. Тривога мобілізує людину до дії, і багато батьків дітей з особливими освітніми потребами приймали рішення боротися за свою країну.

Втеча — це природна реакція на небезпеку. Багато людей, зокрема батьки дітей з особливими потребами, переїхали в безпечніші регіони або за кордон, що спричинило велику кількість внутрішніх і зовнішніх переселенців.

Завмирання — реакція, коли людина не знає, як діяти. В перші дні війни багато людей переживали емоційне замороження, коли психіка, не справляючись з обсягом емоцій, консервує їх. Це дозволяє пережити критичний момент, і це добре, але з іншого боку, ці емоції залишаються неопрацьованими. [41, с. 17-21]

Реакції на стресові події, зокрема війни, можуть змінюватися залежно від обставин. Обставини відіграють важливу роль у формуванні тривожності та визначенні поведінкових реакцій на загрози. Місце перебування людини значно впливає на її ставлення до небезпеки та визначає тип її поведінки.

Перебуваючи в Україні, людина безпосередньо знаходиться в епіцентрі подій і переживає війну у всій її реальності. Це включає необхідність ховатися в укриттях, долати щоденні труднощі та ставати учасником безпосередніх подій. Жителі окупованих територій стикаються з питанням виживання, тоді як на західній Україні люди зосереджуються на підтримці нормального життя, роботі та волонтерській діяльності

Люди, що перебувають за кордоном, переживають війну дистанційно. Фізична безпека не зменшує їхньої тривоги, оскільки емоційний зв'язок із рідною країною та близькими людьми залишається дуже сильним. Це створює

парадокс: навіть за межами небезпеки емоційний зв'язок із батьківщиною може підтримувати високий рівень тривоги. [41, с. 22-24]

Окремо варто зазначити синдром відкладеного життя, який особливо яскраво проявляється в умовах війни. Цей синдром полягає в невизначеності щодо майбутнього та відмові від реалізації особистих бажань. Люди, що переживають цей стан, часто не планують майбутнє, мають труднощі зі сном і харчуванням, а їхні емоції заморожуються, оскільки вони обирають виживання замість проживання [43].

Опитування виявляють кілька груп людей:

- Ті, хто продовжує жити попри труднощі, мають ресурсну психіку і не мають комплексних травм.

- Ті, хто застряг у стані невизначеності, постійно відчують провину і страх.

- Ті, хто залишається в стані, схожому на перші дні війни, занурюючись у нескінченний потік новин і відмовляючись від радощів життя, агресивно реагують на бажання інших жити далі. [43, с.185-188].

Синдром відкладеного життя – це психологічний стан, коли людина «ставить життя на паузу», очікуючи завершення війни чи повернення додому. Основні ознаки цього синдрому включають постійне очікування «кращого моменту» для щасливого життя, знецінення теперішніх радощів і неспроможність насолоджуватися моментом. Цей стан може призвести до апатії, депресії та посттравматичного стресового розладу. Причинами синдрому можуть бути низька самооцінка, невпевненість у собі, страх невдачі, негативні переконання та перфекціонізм.

Синдром відкладеного життя є формою сприйняття реальності, яка виснажує нервову систему і часто є захисною реакцією на стрес війни, особливо серед внутрішньо переміщених осіб і тих, хто виїхав за кордон. [49].

Війна на території України значно впливає на внутрішньосімейні стосунки. Дослідниця І. Шинкаренко зазначає, що сімейне життя в умовах

воєнного стану є подвійним випробуванням для української родини. Основні проблеми сучасної сім'ї в умовах війни включають:

- послаблення матеріальної та психологічної функції, що ускладнює забезпечення необхідними ресурсами та створення безпечного психологічного середовища.

- порушення механізму адаптації до кризових явищ, що знижує здатність родини пристосовуватися до змін і стресових ситуацій.

- трансформація і суперечливість сімейних ролей, що викликає конфлікти, непорозуміння і підвищує тривожність.

- ускладнення дитячо-батьківських взаємин через напруженість і стрес.

- нестабільність життєвих родинних планів через неможливість довгострокового планування, що породжує невизначеність і тривогу.

- вплив патогенних чинників на психічне здоров'я членів сім'ї, що може призвести до розвитку психічних розладів. [51, с.555]

Дослідження Вишневіської О.П. показали різний вплив війни на сімейні стосунки. Опитування серед 150 респондентів виявило, що 43% з них відзначили покращення своїх стосунків. Війна змусила партнерів більше цінувати один одного, що сприяло зміцненню взаєморозуміння і підтримки, а також зменшенню негативу у побутових питаннях.

Однак, 25% респондентів повідомили про негативні зміни в стосунках. Різні способи сприйняття стресу і війни між партнерами призводять до конфліктів і непорозумінь. Це вказує на те, що війна може посилювати існуючі розбіжності і створювати нові проблеми у стосунках.

Вишневіська підкреслила, що вплив війни на стосунки залежить від індивідуальних реакцій на стрес, життєвого досвіду та типу нервової системи. Люди з менш стійкою нервовою системою схильні до підвищеної тривожності і стресу, що може призводити до відчуття небезпеки там, де її немає, і до пошуку проблем у близьких. Важливо розвивати самоконтроль і самоаналіз для подолання стресу, розуміючи, що близькі можуть бути підтримкою, а не джерелом проблем. [4, с. 1038-1043]

Згідно з дослідженням Т. Яніцка-Панек, війна в Україні приносить українській сім'ї нові виклики, які суттєво впливають на її функціонування та часто призводять до розлуки з близькими.

Тривала розлука, зокрема з батьком, має серйозні наслідки для родини, особливо для дітей, які втрачають відчуття безпеки. Коли батько йде захищати країну, мати змушена виконувати обов'язки обох батьків, що посилює її навантаження і тривожність.

Ці обставини підвищують рівень тривожності та погіршують психічне здоров'я членів родини. Однак усвідомлення наслідків розлучення може допомогти у взаємопідтримці та покращенні морально-психологічного клімату в родині. [55]

Повернення військових додому часто супроводжується зростанням рівня тривожності в родині, оскільки вони несуть не лише фізичні, а й психологічні наслідки війни. Під час стресових ситуацій, таких як війна, мозок заміщує обробку інформації через кору головного мозку на інстинктивні реакції, що контролюються підкірковими структурами, відповідальними за емоції та стресову регуляцію [49, с. 68-72].

Після повернення з війни багато військових мають труднощі стосовно адаптації до мирного життя, відчуваючи розчарування і тривожність через відсутність чітких завдань, до яких вони звикли під час служби. Цивільне життя з його побутовими справами та запитаннями може ставати джерелом додаткового стресу, викликаючи відчуття відчуження і непорозуміння з близькими, які не завжди можуть адекватно підтримати демобілізованих військових.

Симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР) можуть погіршуватися з часом, що робить підтримку сім'ї та оточення надзвичайно важливою. ПТСР проявляється порушенням нормального функціонування людини та симптомами, що тривають більше місяця після травматичної події. В умовах війни, де інстинктивні реакції переважають над свідомим

мисленням, швидкість прийняття рішень зростає, що може призвести до постійного стресу і тривожності.

У мирному житті людина зазвичай слідує схемі: факти – інтерпретація – вибір – дія – факти. В умовах війни схема змінюється на дія – факти. Це призводить до того, що людина живе та діє на основі інстинктів, що може сприяти розвитку тривожності та депресії, включаючи суїцидальні тенденції. Тому підтримка і розуміння від близьких є критично важливими для успішної адаптації і відновлення після військового досвіду. [6, с. 55-58]

Таким чином, тривога стає невід’ємною частиною життя батьків дітей з особливими освітніми потребами під час війни, змушуючи їх адаптуватися до нових обставин. Підвищений рівень тривожності є нормальною реакцією на екстремальні умови, але його тривале існування може призвести до виснаження, депресії, тривожних розладів або емоційних зривів. Коли тривожність досягає критичної межі, необхідно активно піклуватися про себе і зосередитися на методах зменшення стресу і покращення самопочуття.

1.3 Шляхи подолання тривожності

Тривожність є природною реакцією на стресові ситуації, і в умовах війни вона може бути особливо інтенсивною для батьків дітей з особливими освітніми потребами. Проте, коли тривожність стає хронічною, це може серйозно вплинути на психічне та емоційне здоров’я. Важливо знати про існування ефективних стратегій управління тривогою, які можуть полегшити адаптацію до нових умов і покращити загальне самопочуття.

Зниження рівня тривожності у батьків дітей з ООП можливе через комплексну допомогу, що включає психологічну, фізичну, соціальну та фінансову підтримку. Така допомога значно зменшує навантаження на батьків, полегшує догляд за дітьми і сприяє зменшенню стресу. Крім того, організація заходів, спрямованих на інтеграцію дітей з інвалідністю у суспільство, дозволяє знизити стрес та тривожність у родині.

Фінансова підтримка, зокрема соціальні пільги, зменшують фінансове навантаження на сім'ї. Забезпечення фінансування різних програм, спрямованих на розвиток дітей з ООП, також сприяє зменшенню тривожності батьків, оскільки вони можуть бути впевнені, що їхні діти отримують необхідну підтримку та допомогу.

Також важливо забезпечити батькам доступ до інформації про особливості виховання дітей з ООП, що дозволить їм краще зрозуміти потреби своїх дітей і впевнено діяти в складних ситуаціях. Підтримка у вигляді консультацій, доступу до спеціалізованих ресурсів, та взаємодії з іншими батьками допомагає зменшити невизначеність і страх. [25, с. 73-77]

Соціальна підтримка, зокрема допомога від друзів, родини, соціальних програм та консультаційних центрів, відіграє ключову роль у зниженні тривожності. Вона забезпечує емоційну підтримку та підвищує впевненість у власних силах, що сприяє зниженню відчуття ізоляції та покращує психоемоційний стан. Крім того, допомога в вирішенні бюрократичних питань полегшує повсякденне життя та зменшує стрес у родинах.

Психологічна підтримка є важливим елементом емоційного стабілізування батьків дітей з особливими освітніми потребами. Консультування та підтримка сімей у взаємодії з навчальними закладами, медичними працівниками та іншими батьками сприяють подоланню ізоляції та розвитку ефективних стратегій для зниження тривожності [25, с. 73-77]. Цей вид допомоги ми розглянемо детальніше.

Психологічна допомога батькам дітей з особливими освітніми потребами охоплює декілька ключових напрямів, зокрема на гармонізацію сімейних стосунків, що включає корекцію психічного стану матері та батька, а також підтримку у формуванні позитивного підходу до виховання дитини. Психолог у процесі роботи з сім'єю сприяє усвідомленню реальних перспектив розвитку дитини, допомагає визначити можливі труднощі соціального розвитку на різних етапах та з'ясувати роль батьків у психолого-педагогічному супроводі.

Психологи працюють із батьками через індивідуальні консультації, групові заняття та психокорекційні програми, зокрема, навчаючи спеціальним корекційним методам, адаптації до особливих потреб дитини та підтримці віри в її можливості. Також важливим аспектом є профілактика невротичних та тривожних розладів, які можуть виникати через високий рівень стресу. Психологічна підтримка допомагає батькам подолати почуття провини, що може негативно впливати на взаємодію з дитиною, і сприяє формуванню позитивного світогляду. [3]

Під час війни психологічна підтримка батьків дітей з особливими освітніми потребами набуває особливого значення, оскільки гостра стадія стресу блокує цілеспрямовану діяльність людини. У цей період практичний психолог відіграє важливу роль, надаючи першу психологічну допомогу, яка включає комплекс заходів підтримки та практичної допомоги, включаючи профілактичні та індивідуально зорієнтовані заходи.

Одним із ключових аспектів є дотримання основних принципів:

- захист безпеки, гідності та прав людини;
- адаптація дій до культурних традицій;
- обізнаність щодо реагування на надзвичайні ситуації;
- турбота про власне психічне здоров'я.

Не менш важливими є етичні принципи, зокрема неупередженість, конфіденційність, повага до рішень клієнта та культурні особливості.

Травматичний досвід, пережитий дитиною під час війни, негативно впливає на її розвиток, руйнуючи уявлення про життя та довіру до світу. Психологічні заняття, спрямовані на подолання страхів і розвиток емоційної стабільності, є важливими для відновлення психічного здоров'я дитини. Одним з основних завдань психолога є допомога батькам, особливо матерям, у розвитку навичок самопідтримки, подоланні неадаптивних процесів та активізації внутрішніх ресурсів – це допоможе подолати психологічні травми і знизити тривожність як мамі, так і дитині. [17, с. 104-105].

Основна ідея когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) полягає в тому, що наші емоційні реакції і поведінка залежать від того, як ми інтерпретуємо події, а не лише від самих подій. Одна й та ж подія може викликати різні емоції в різних людей. Негативні думки і переконання, які часто є неусвідомленими, формують наше сприйняття і емоційний стан.

КПТ можна описати за допомогою формули (ми вже розглядали її вище): Подія – Думка – Емоції – Поведінка. Ця формула демонструє, що наше сприйняття події та думки про неї визначають наші емоції і поведінку.

Засоби когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) допомагають подолати негативні постстресові стани шляхом зміни неправильних моделей поведінки. Важливо навчитися новим, конструктивним способам справлятися з труднощами, щоб уникати нових стресів і страхів.

- Основні етапи КПТ включають:
- Постановка цілей – визначення конкретних цілей терапії, таких як зниження тривоги чи поліпшення сну.
- Вивчення симптомів – визначення і вираження емоцій, думок і фізичних реакцій на стрес.
- Пізнання думок – виявлення і аналіз негативних або спотворених думок.
- Зміна думок – перехід до реалістичних і позитивних переконань.
- Розвиток копінг-стратегій – освоєння ефективних способів боротьби зі стресом, таких як релаксація і глибоке дихання.
- Поступова експозиція – контрольоване і поступове знайомство з тригерами стресу.
- Зміна поведінки – навчання адаптивної поведінки замість уникання чи надмірної реакції.
- Управління емоціями – використання технік релаксації і медитації для зниження рівня тривоги. [37, с. 161-162]

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) ґрунтується на кількох основних принципах. Когнітивний принцип наголошує, що важливість події

визначається її інтерпретацією людиною. Поведінковий принцип розглядає взаємозв'язок між поведінкою та емоціями. Принцип континууму сприймає психічні проблеми як крайній прояв нормальних процесів. Принцип «тут і тепер» фокусується на поточних процесах, що підтримують проблему, а не її історичних причинах. Принцип інтерактивної системи підкреслює взаємодію думок, емоцій і поведінки, а емпіричний — необхідність оцінки методів лікування на основі досвіду.

КПТ визнає, що глибинні переконання, які формуються через життєвий досвід, можуть бути як корисними, так і шкідливими. Дисфункційні переконання активуються в стресових ситуаціях, спричиняючи тривожні розлади або депресію. Завдання психолога — корекція викривлень мислення та формування адаптивних моделей поведінки.

Перевага КПТ полягає в тому, що вона надає клієнту інструменти для самостійного контролю та самолікування, що допомагає уникнути повернення до негативних станів. [37, с. 162-163]

Арт-терапія сприяє вираженню емоцій і потреб, що допомагає зміцнити впевненість у власних силах та активніше ставитися до життя. На основі теоретичного аналізу наукової літератури була розроблена модель видів арт-терапії, що базується на сенсорній системі, яка відповідає за сприйняття подразнень через відчуття (слух, зір, нюх, дотик, смак, рівновага, відчуття положення тіла у просторі).

Зорові види арт-терапії включають ізотерапію, що коригує тривожність через образотворче мистецтво, мульттерапію, яка сприяє соціалізації через створення мультфільмів, фототерапію, що допомагає згадувати ресурсні моменти з життя, та відеотерапію, яка коригує поведінку через відеозйомку.

Слухова арт-терапія включає музикотерапію для корекції тривожних розладів і страхів, казкотерапію, що працює з дітьми на підсвідомому рівні, та бібліотерапію, яка використовує книги для лікування.

«Арт-терапія на дотик» включає ігротерапію, що коригує соціальну дезадаптацію через іграшки, пісочну терапію для розвитку тактильно-

кінестетичних відчуттів, та маскотерапію для роботи з психосоматичними станами через створення масок.

До пропріоцептивної арт-терапії відносяться данстерапія, що знижує м'язову напругу через вираження емоцій тілесною пластикою, та драматерапія, яка допомагає розширювати свідомість і розвивати нові поведінкові стратегії через драматизацію [14, с. 70-73].

Арт-терапія виконує низку важливих функцій, що сприяють розвитку та глибшому розумінню особистістю свого внутрішнього світу:

- Діагностична функція – дозволяє дослідити внутрішній світ людини, виявити неусвідомлювані та приховані потреби, емоційні переживання, ставлення до праці, професії, а також відповідність особистісних якостей професійно важливим вимогам.

- Комунікативна функція – сприяє міжособистісному спілкуванню, формує ставлення людини до навколишнього світу і людей, допомагає засвоювати загальнолюдські цінності.

- Регуляторна функція – допомагає знижувати втому та рівень стресу.

- Когнітивна функція – сприяє усвідомленню себе, своїх вчинків, розвитку духовно-моральної, емоційно-вольової та пізнавальної сфер.

- Корекційна функція – допомагає коригувати відхилення в емоційно-оцінній сфері, зокрема, впливає на самооцінку, «Я-образ» та агресивність.

- Розвиваюча функція – сприяє особистісному зростанню, саморегуляції почуттів і поведінки, а також розвитку соціальної компетентності.

Арт-терапія є особливо ефективним методом для роботи з тривожними станами, оскільки використовує переважно невербальні способи самовираження та спілкування. Тривога часто супроводжується емоційною нестабільністю, яку важко виразити словами. В рамках арт-терапії важливим є розвиток уміння розпізнавати та управляти своїми емоціями. Пацієнтам пропонується висловити свої почуття через малювання, ліплення чи створення колажів, що дозволяє виявити причини тривоги, виразити індивідуальність і відчувати цілісність.

Окрім цього, використовуються інші види терапії, зокрема терапія метафоричними асоціативними картами. Завдяки цим методам досягається основна мета арт-терапії – вираження емоцій, що пов'язані з переживанням проблем, а також пошук нових форм взаємодії зі світом і підтвердження своєї індивідуальності та значущості.

Таким чином, можна зробити висновок, що арт-терапія є потужним інструментом для психологічної діагностики та корекції тривожних станів як у дорослих, так і у дітей. [18, с. 36-39]

Майндфулнес для багатьох є методом подолання стресу, що допомагає впорядковувати думки та емоції, фокусуючи увагу на поточному моменті без релігійного чи езотеричного контексту. Джон Кабат-Зінн визначає майндфулнес як концентрацію на теперішньому моменті без оцінки себе та реальності навколо. Цей підхід сприяє розвитку психологічної гнучкості і життєстійкості, що дозволяє ефективно керувати стресом та агресією.

Майндфулнес характеризується трьома основними аспектами: усвідомленням власного досвіду без оцінок, проживанням теперішнього моменту та уважністю до того, що відбувається зараз. Метою терапії є звільнення від автоматичних реакцій на думки, емоції та події, що дозволяє синхронізувати мислення з поточним моментом.

Практика майндфулнес стимулює мозок створювати нові нейронні зв'язки, що сприяють адаптивному життю. Дослідження вказують, що навіть кілька тижнів тренувань зміцнюють імунітет, знижують стрес і підвищують позитивні емоції. Майндфулнес покращує концентрацію, пам'ять і сприяє розвитку альтруїзму. Ця практика особливо корисна для зниження тривожності у батьків, медичних працівників, а також для ветеранів і осіб з надмірною вагою.

Оволодіння майндфулнес дозволяє людині підвищити якість життя, покращити концентрацію та знизити румінації—настирливі негативні думки. Хоча майндфулнес не усуває стрес, він змінює ставлення до нього,

допомагаючи приймати ситуації з більшою спокоем і уважністю до себе та навколишнього середовища.

Основний принцип практик усвідомленості – відпустити очікування. Цей підхід допомагає розвивати усвідомлення внутрішніх переживань, розпізнавати думки як просто думки, усвідомлювати емоції в тілі, контролювати імпульси та фокусувати увагу. Майндфулнес не усуває природну поведінку, але навчає розпізнавати, рефлексувати та управляти небажаними реакціями.

Техніка усвідомленого дихання активує парасимпатичну нервову систему, що сприяє розслабленню. Майндфулнес-орієнтована терапія дозволяє людині піднятися над автоматичними реакціями, знижує психологічну напругу і створює простір для корисних психологічних процесів, заміщаючи залежність від минулого або проєкцій майбутнього [22, с. 438-446].

Для «одужання» від напруги та пригніченого стану можна використовувати кілька підходів, які допоможуть повернути рівновагу і знизити стрес. По-перше, важливо усвідомити, що військові дії та їхні наслідки можуть провокувати страх і тривогу перед майбутнім. Навчання контролювати ці почуття та не дозволяти їм домінувати є важливим кроком на шляху до стабільності.

Не менш значущим є дозвіл собі виразити емоції. Сльози, сміх, розпач – усе це природні реакції, і придушувати їх немає потреби. Приймаючи свої емоційні й тілесні реакції на кризу, легше адаптуватися, проте варто уникати постійного наголошення на своєму особливому статусі.

У такі часи надзвичайно важливо дбати про фізичне здоров'я: повноцінний сон, регулярне харчування та турбота про своє тіло стають основою відновлення після стресу. Також необхідно проявляти терпіння до себе, адже відновлення потребує часу і зусиль.

Не варто замикатися в собі – ділитися болем з близькими може стати джерелом підтримки і взаєморозуміння. Для багатьох розраду дає духовність чи релігія, що часто допомагає краще пережити кризу.

Допомога іншим теж стає способом виходу з негативу: коли зосереджуєшся на підтримці, це сприяє більшій стійкості до власних труднощів. І, нарешті, дуже важливо уникати агресії і злості, адже любов і підтримка відновлюють душу, тоді як ненависть лише посилює внутрішній розлад.

Щоб швидше адаптуватися до стресу, важливо створити собі безпечний простір, навіть якщо це можливо лише на психологічному рівні. Це допоможе відчувати себе більш захищеним і спокійним.

В колі однодумців людина знаходить підтримку та можливість висловитися, що особливо актуально в стресових ситуаціях. Планування наступних дій, навіть на короткий період, допомагає повернути відчуття контролю над життям. Також корисно згадати те, що приносило задоволення в дитинстві, і спробувати зайнятися цим знову. Відновлення ідеального стану, коли всі ресурси були доступні та дозволяли діяти на повну силу, допоможе знову відчути впевненість і стабільність. [17, с. 105-106]

Наукові дослідження підкреслюють ключову роль сім'ї, яка виконує важливі функції, особливо в умовах війни, коли емоційна підтримка стає критично значущою. Емоційна функція родини забезпечує психологічний захист і комфорт її членів, що залежить від таких ресурсів, як згуртованість, ієрархія, гнучкість і ролеве виконання.

Згуртованість визначає психологічну близькість між членами родини, ієрархія відображає розподіл впливу та авторитету. Гнучкість свідчить про здатність до адаптації, а рольова функціональність забезпечує виконання ключових сімейних ролей, таких як підтримка та взаємодопомога.

У кризових умовах важливо зберігати гармонійні взаємини через емпатію, взаємопідтримку. Родина має уникати емоційної байдужості та патологічних ролей, а натомість визначити та підтримувати такі важливі ролі, як берегиня, друг, лідер, мотиватор, оптиміст, порадник, слухач, співрозмовник, розрадник і гуморист.

Особливу увагу слід приділяти дітям, демонструючи їм приклад гармонійних стосунків і забезпечуючи психологічний захист. Виконання ролей наставника та мотиватора сприяє їхньому особистісному розвитку. Створення теплої, довірливої атмосфери та організація спільного дозвілля сприяють збереженню психічного здоров'я родини та її адаптації до кризових умов [34, с. 192–196].

У разі важкого тривожного розладу або депресії потрібна не лише психологічна підтримка, а й медикаментозне лікування. Психотерапія в таких випадках може бути малоефективною, оскільки людина не має достатнього внутрішнього ресурсу для роботи з психологом. Тому важливо звернутися до лікаря-психіатра, який призначить необхідні медикаменти для стабілізації стану.

Антидепресанти, зокрема селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) і серотоніну-норадреналіну (СІЗЗСН), є основними препаратами для лікування тривожних розладів. Вони підвищують концентрацію серотоніну і норадреналіну в мозку, що допомагає компенсувати їхній дисбаланс. Ефективність цих препаратів проявляється через два-три тижні прийому.

Бензодіазепіни швидко знімають тривожність, але можуть викликати залежність, тому їх слід застосовувати лише короткий час і під контролем лікаря. Різка відміна може спричинити серйозні симптоми, тому дозу потрібно знижувати поступово.

Бета-блокатори знижують фізичні симптоми тривоги, такі як підвищення частоти серцевих скорочень, але не впливають на сам страх. Вони не викликають залежності, проте можуть спричинити втому, сонливість і зміну настрою. Їх не слід приймати людям з астмою або певними серцевими захворюваннями. [20]

У випадках важких психічних розладів, таких як рекурентна ендогенна депресія чи важкий тривожний розлад, лише фармакологічне лікування може бути недостатнім. У таких випадках часто необхідно звернутися до

психіатричної лікарні для стаціонарного лікування, яке іноді потрібне регулярно. [42, с. 153]

Важливо розуміти, що антидепресанти без психотерапії можуть бути недостатньо ефективними, оскільки основна причина тривоги залишається невирішеною. Психотерапія допомагає знайти вихід із життєвих труднощів, а медикаменти слугують підтримкою на шляху до відновлення.

Антидепресанти є важливим інструментом у лікуванні тривожних розладів, і не варто їх боятися. Однак займатися самолікуванням категорично не можна, адже неправильне застосування препаратів може погіршити ситуацію.

Висновки до розділу

У першому розділі проведено ґрунтовний аналіз поняття тривожності на основі психологічної та педагогічної літератури, а також вивчено її прояви та шляхи подолання.

Тривожність є складним психічним станом, який охоплює широкий спектр емоційних, когнітивних і фізіологічних проявів. Вона може варіюватися від легкого занепокоєння до інтенсивного страху, що перетворюється на домінуючу частину життя людини. Тривожність має здатність виконувати адаптивну функцію, мобілізуючи організм для швидкої реакції на загрозливі ситуації, однак за умови високої інтенсивності та тривалості вона може перетворюватися на деструктивний чинник, який порушує нормальне функціонування та якість життя. Сучасні наукові підходи до розуміння тривожності дозволяють розрізняти цей стан на різні види: ситуативна та особистісна тривожність, екзистенційна тривожність, патологічна та нормальна тривожність та інші.

Особливу увагу було приділено проявам тривожності у батьків дітей з особливими освітніми потребами. Ця категорія батьків постійно перебуває в стані підвищеного емоційного напруження, через відповідальність за

забезпечення спеціального догляду та навчання для своїх дітей, що вимагає значних фізичних, психологічних та матеріальних ресурсів. В умовах війни ці виклики стають ще більш гострими через постійний стрес, відчуття небезпеки, загрозу для життя та невизначеність майбутнього. Тривожність у таких батьків може проявлятися через підвищену дратівливість, емоційне виснаження, депресивні стани, порушення сну та психосоматичні розлади. Ці прояви не лише погіршують загальний стан батьків, але й можуть негативно впливати на їхню здатність надавати необхідну підтримку своїм дітям.

У розділі також розглянуто шляхи подолання тривожності. Одним із ключових методів є психотерапія, яка допомагає усвідомити свої страхи, знайти внутрішні ресурси для подолання стресових ситуацій і розробити стратегії адаптації до нових умов життя. Психотерапія, зокрема когнітивно-поведінкова терапія та арт-терапія, є ефективним засобом для зниження рівня тривожності та покращення загального психологічного стану.

Медикаментозне лікування також відіграє важливу роль у подоланні тривожних розладів, особливо в тих випадках, коли тривожність має важкий або хронічний характер. Антидепресанти та анксиолітики можуть бути ефективними у зниженні симптомів тривожності та стабілізації психічного стану. Однак важливо зазначити, що медикаментозне лікування не повинно бути єдиним методом боротьби з тривожністю. Комплексний підхід, що включає медикаментозну, психотерапевтичну, соціальну підтримку та самопомогу, є найефективнішим для досягнення довготривалих результатів.

Загалом, результати теоретичного аналізу свідчать про те, що тривожність є складним і багатограним феноменом, який потребує системного підходу до діагностики та лікування. Особливо це актуально для батьків дітей з особливими освітніми потребами в умовах війни. Психологічна підтримка, медична допомога та соціальні інтервенції повинні бути інтегровані для забезпечення ефективної допомоги цим родинам, сприяючи їхньому емоційному благополуччю та адаптації до нових умов життя.

РОЗДІЛ 2

ЕКСПЕРЕМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ ТРИВОЖНОСТІ БАТЬКІВ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ

2.1 Діагностичне емпіричне дослідження для виявлення рівня тривожності у батьків дітей з особливими освітніми потребами

Як зазначалося в першому розділі, під час війни значно зростає психологічне навантаження на батьків, особливо тих, хто виховує дітей з особливими освітніми потребами. Їхня тривожність пов'язана не лише з безпекою, а й із труднощами, які пов'язані з доглядом за дитиною в умовах кризових ситуацій. Для глибшого розуміння психологічного стану батьків, було проведено емпіричне дослідження, яке дозволило оцінити рівень тривожності та її прояви, а також сприяло виявленню найбільш ефективних підходів до психологічної підтримки в умовах війни.

Для досягнення поставленої мети дослідження, були використані два основні інструменти: шкала тривожності Бека (BAI), Госпітальна шкала тривожності та депресії (HADS), тест «Шкала реактивної і особистісної тривожності» Спілбергера (ШРОТ) та Опитувальник GAD-7 для визначення тривожного генералізованого розладу.

Шкала тривожності Бека (BAI) є одним з основних інструментів для оцінки рівня тривожності у дорослих. Вона широко використовується в клінічній практиці, наукових дослідженнях та психотерапії для вимірювання інтенсивності тривожних переживань, зокрема психосоматичних проявів тривожності.

Шкала складається з 21 пункту, що охоплюють фізичні та емоційні симптоми тривожності. Респонденти оцінюють, наскільки вони відчувають ці симптоми протягом тижня, використовуючи запропоновані варіанти відповідей. Сумарний бал варіюється від 0 до 63, де вищі бали вказують на

вищий рівень тривожності. Інтерпретація результатів визначає рівень тривожності від нормального (0-7) до високого (26-63).

ВАІ має високу валідність і надійність: коефіцієнт внутрішньої надійності складає 0,92, а ретестова надійність - 0,75. Інструмент був адаптований для використання в різних культурних контекстах, що робить його універсальним для оцінки тривожності в різних популяціях. [1, с. 87-88]

Госпітальна шкала тривожності та депресії (HADS) – це діагностичний інструмент для оцінки тривожності та депресії в умовах медичної практики, зокрема стаціонарного лікування. Шкала складається з 14 пунктів: 7 оцінюють рівень тривожності (HADS-A), 7 – рівень депресії (HADS-D). Кожен пункт має чотири варіанти відповідей для оцінки інтенсивності емоційних станів за останній тиждень.

Сумарний бал варіюється від 0 до 21: 0-7 – відсутність тривожності чи депресії, 8-10 – можливий розлад, 11 і більше – виражений рівень тривожності чи депресії. HADS також має високу надійність і валідність як скринінговий інструмент для різних клінічних популяцій. [21, с. 173]

Тест «Шкала реактивної і особистісної тривожності» (ШРОТ) розроблений Ч. Д. Спілбергером у 1966–1973 роках. Методика складається з 40 пунктів, що оцінюють ситуативну (реактивну) та особистісну тривожність. Відповіді ранжуються за чотирибальною шкалою. Обробка результатів здійснюється шляхом підрахунку балів за прямими і зворотними запитаннями з використанням відповідних формул.

Для ситуативної (реактивної) тривожності:

$$PT = \sum 1 - \sum 2 + 50 \quad (2.1)$$

Де: $\sum 1$ – сума балів за прямими пунктами (№3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 19), $\sum 2$ – за зворотними (№1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 18, 20).

Для особистісної тривожності:

$$OT = \sum 1 - \sum 2 + 35 \quad (2.2)$$

Де: $\sum 1$ – сума балів за прямими пунктами (№ 22, 23, 24, 25, 28, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40), $\sum 2$ – за зворотними (№ 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39).

Показники за кожною шкалою оцінюються в межах: до 34 балів — низький рівень тривожності, 35–45 балів — середній рівень, більше 46 балів — високий рівень.

Опитувальник генералізованої тривоги (GAD-7) використовується для оцінки симптомів тривоги відповідно до діагностичних критеріїв DSM. Опитувальник складається із 7 пунктів, кожен з яких оцінюється за чотирибальною шкалою. Результати інтерпретуються таким чином: мінімальний рівень тривожності (0–4 бали), слабкий (5–9), помірний (10–14) і високий (15–21). Оцінка ≥ 10 балів свідчить про можливий генералізований тривожний розлад і потребує подальшої діагностики.

GAD-7 демонструє високу надійність ($\alpha=0,89$), чутливість (89%) і специфічність (82%). Методика використовується як інструмент скринінгу та моніторингу змін у стані пацієнта, зокрема в медичній практиці первинної ланки та психологічній підтримці.

Методики були представлені у форматі Google-форми, адаптованої для онлайн-проходження. Це дозволило респондентам відповідати на запитання у зручний для них час, що сприяло підвищенню якості збору даних. Результати кожної методики були автоматично зібрані у вигляді таблиць, що значно полегшило процес аналізу даних та оформлення висновків.

В дослідженні взяли участь 38 респондентів віком від 20 до 60 років, серед яких більшість становили жінки. Участь у експерименті могли брати лише батьки або матері дітей з особливими освітніми потребами. Усі учасники надали усну згоду на участь в опитуванні.

Для заохочення активності респондентів була надана можливість отримати зворотний зв'язок щодо результатів опитування. Кожен, хто залишав номер телефону, отримував інформацію про рівень тривожності та депресії, а також рекомендації щодо подальших дій. Учасники також отримали запрошення на тренінг зі зниження тривожності під назвою «Привіт, моя

тривожносте!». Завдяки цьому було сформовано групу з 5 осіб, які виявили бажання відвідати тренінг.

Віковий склад опитуваних дозволяє визначити, які категорії батьків виявляють найбільший інтерес до участі в дослідженнях. Розподіл респондентів за віковими групами представлений на рисунку 2.1.

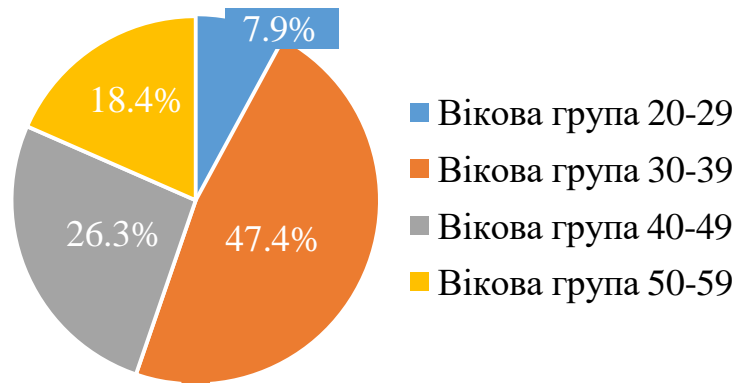


Рисунок 2.1 – Вік респондентів

Найбільшу кількість опитуваних (47,4%) складають респонденти віком 30-39 років, це може свідчити про їх особливу зацікавленість у дослідженнях. Активно брали участь також респонденти у вікових категоріях 40-49 років (26,3%) та 50-59 років (18,4%). У молодшій віковій категорії (20-29 років) спостерігається низька залученість – лише 7,9% респондентів.

У нашому аналізі спочатку буде оцінено загальний рівень тривожності та депресії серед респондентів для розуміння їхнього емоційного стану. Потім проведемо детальний аналіз конкретних проявів тривожності та депресії, зокрема фізичних і емоційних симптомів. Такий підхід дозволить сформувати комплексну картину психологічного благополуччя батьків дітей з особливими освітніми потребами.

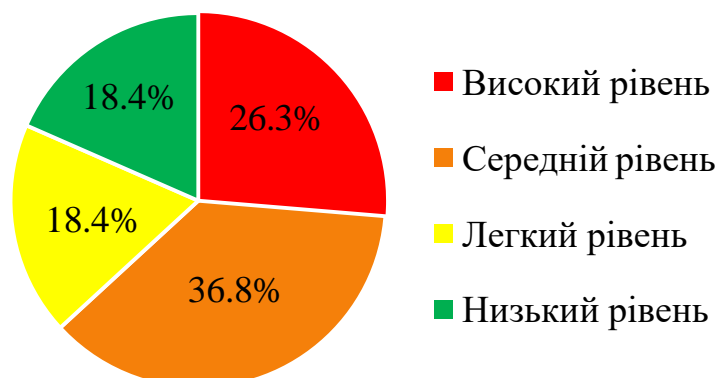


Рисунок 2.2 – Рівні тривожності респондентів (шкала Бека)

Рисунок 2.2 відображає розподіл рівнів тривожності серед респондентів за шкалою тривожності Бека (BAI). Згідно з отриманими результатами, найпоширенішим є середній рівень тривожності, який спостерігається у 14 респондентів (36,8%). Високий рівень тривожності має 10 осіб, що становить 26,3% опитаних. Легкий і низький рівні тривожності мають однакову кількість респондентів – по 7 осіб (18,4% кожен). Отже, більше половини учасників (63,1%) демонструють середній або високий рівень тривожності.

Розглянемо розподіл рівнів тривожності серед респондентів різних вікових груп за шкалою тривожності Бека (рисунок 2.3).

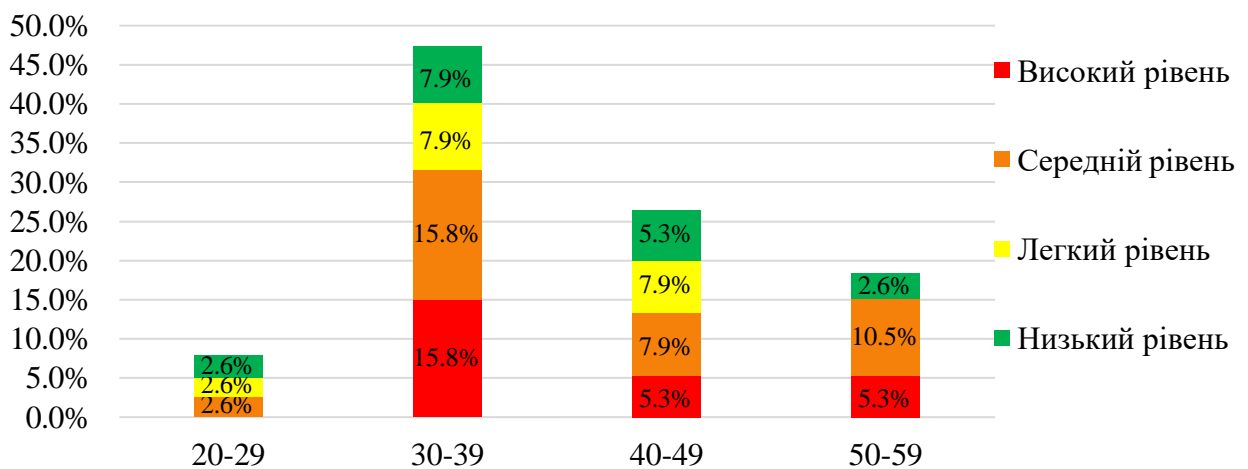


Рисунок 2.3 – Розподіл рівнів тривожності серед респондентів різних вікових груп за шкалою тривожності Бека

Отже, високий рівень тривожності виявили у 26,3% опитаних (10 респондентів), серед яких найбільша частка належить до вікової групи 30-39 років – 15,8% від загальної кількості респондентів. Менше респондентів з високим рівнем тривожності в групах 40-49 та 50-59 років (по 5,3% у кожній з них).

Середній рівень (36,8% опитаних) є найпоширенішим серед респондентів і спостерігається у всіх вікових категоріях. Найбільше респондентів із середнім рівнем тривожності належить до вікових груп 30-39 років (6 осіб) та 50-59 років (4 особи).

Легкий рівень тривожності переважає у вікових групах 30-39 та 40-49 років (по 7,9% кожна), тоді як у групі 50-59 років респонденти з легким рівнем тривожності відсутні.

Представники категорії з низьким рівнем тривожності є в кожній віковій групі, що вказує на наявність певного рівня стійкості до тривожних станів серед деяких респондентів незалежно від віку. Але відсоток респондентів з низьким рівнем тривожності досить малий.

Однак доцільно розглянути ці дані з іншого ракурсу, оскільки в різних вікових категоріях кількість респондентів є неоднаковою. Тому варто проаналізувати рівень тривожності у кожній з вікових груп у відсотковому співвідношенні.

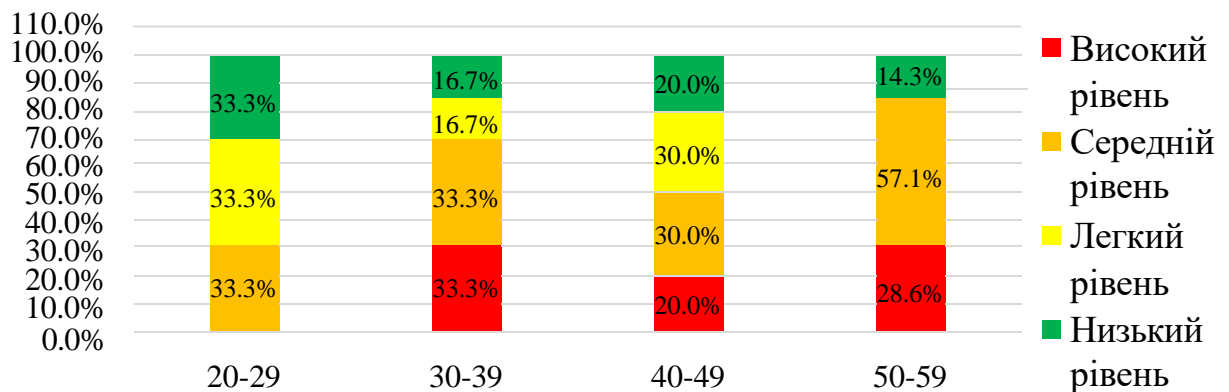


Рисунок 2.4 – Рівень тривожності у вікових групах у відсотках

У віковій групі 20-29 років, де було лише 3 респонденти, результати розподілилися рівномірно: 33,3% респондентів мали низький, середній та високий рівень тривожності. Через обмежену кількість даних ці результати потребують обережного аналізу.

Серед респондентів вікової групи 30-39 років (18 осіб) високий рівень тривожності спостерігається у 33,3% учасників – це найбільший показник серед усіх вікових груп. Для порівняння, у віковій групі 40-49 років (10 учасників) цей показник становить 20%, а у групі 50-59 років (7 учасників) – 28,6%. Середній рівень тривожності у групі 30-39 років зафіксовано у 33,3% респондентів, у групі 40-49 – у 30%, а у групі 50-59 він становить аж 57,1% від кількості респондентів у цій віковій категорії. Низький рівень тривожності має низькі показники у всіх вікових групах: у групі 30-39 років він становить 16,7%, у групі 40-49 років – 20%, а в групі 50-59 років – 14,3%.

Таким чином, найбільш стресостійкою є група 40-49 років, де найменший відсоток високого та середнього рівня тривожності і найвищий –

низького рівня. Група 50-59 років виявилася найбільш вразливою: порівняно з невисоким показником високого рівня тривожності, середній рівень має понад половину респондентів, а низький рівень тривожності є найнижчим серед усіх вікових груп.

Для проведення аналізу зв'язку між віковими групами респондентів і їхнім рівнем тривожності використовуємо критерій χ^2 . Нижче подано покроковий опис методології, зокрема постановку гіпотез, підготовку даних та інтерпретацію результатів.

На першому етапі формулюємо нульову та альтернативну гіпотези для дослідження. Нульова гіпотеза (H_0) передбачає, що між віковими групами і рівнями тривожності немає статистично значущого зв'язку. Іншими словами, розподіл рівнів тривожності є однаковим для всіх вікових груп, і вікові особливості респондентів не впливають на рівень тривожності.

Альтернативна гіпотеза (H_1) стверджує, що між віковими групами і рівнями тривожності існує статистично значущий зв'язок. Це означає, що розподіл рівнів тривожності може суттєво відрізнятись в різних вікових групах, і вікові фактори можуть впливати на рівень тривожності респондентів.

Для подальшого аналізу створюємо таблицю спряженості, яка містить кількість респондентів з різними рівнями тривожності у кожній віковій групі. Це дозволяє чітко бачити розподіл частот серед респондентів відповідно до їх віку та рівня тривожності, що є основою для розрахунку очікуваних частот і статистики χ^2 .

Таблиця 2.1 – Таблиця спряженості (шкала тривожності Бека)

Рівень тривоги	Вік				Всього
	20-29	30-39	40-49	50-59	
Високий рівень	0	6	2	2	10
Середній рівень	1	6	3	4	14
Легкий рівень	1	3	3	0	7
Низький рівень	1	3	2	1	7
Всього	3	18	10	7	38

Наступним етапом обчислюємо очікувані частоти для кожної комірки таблиці спряженості. Ці значення відображають, скільки респондентів ми очікували б у кожній комірці, якби не було зв'язку між змінними. Очікувані частоти обчислювалися за формулою:

$$E_{ij} = \frac{(N_i \cdot N_j)}{N} \quad (2.2)$$

Де:

E_{ij} – очікувана частота для комірки в i -му рядку та j -му стовпці;

N_i – сума по рядку (загальна кількість для рівня тривожності);

N_j – сума по стовпцю (загальна кількість для вікової групи);

N – загальна кількість респондентів (38).

Повний розрахунок очікуваних частот наведено нижче:

Таблиця 2.2 – Очікуванні частоти (Шкала тривожності Бека)

Рівень тривоги	Вік			
	20-29	30-39	40-49	50-59
Високий рівень	0,79	4,74	2,63	1,84
Середній рівень	1,11	6,63	3,68	2,58
Легкий рівень	0,55	3,32	1,84	1,29
Низький рівень	0,55	3,32	1,84	1,29

Після розрахунку очікуваних частот для кожної комірки розраховуємо квадрат відхилення спостережуваної частоти від очікуваної, поділений на очікувану частоту.

Загальна статистика χ^2 обчислюється шляхом підсумовування цих значень для кожної комірки:

$$\chi^2 = \sum \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}} \quad (2.3)$$

Де:

O_{ij} – спостережувана частота, а E_{ij} – очікувана частота для кожної комірки.

Таблиця 2.3 – Квадрат відхилення спостережуваної частоти від очікуваної (Шкала тривожності Бека)

Рівень тривоги	Вік			
	20-29	30-39	40-49	50-59
Високий рівень	0,79	0,34	0,15	0,01
Середній рівень	0,01	0,06	0,13	0,78
Легкий рівень	0,36	0,03	0,73	1,29
Низький рівень	0,36	0,03	0,01	0,06

Сума отриманих значень по всіх комірках дала остаточне значення статистики χ^2 . Розрахована статистика χ^2 для цієї таблиці становить 5,15.

Для проведення тесту визначаємо число ступенів свободи за формулою:

$$df = (r - 1) \times (v - 1) \quad (2.4)$$

Де:

r – це кількість рядків (рівні тривожності),

v – кількість стовпчиків (рівні тривожності).

У нашому випадку: $df = (4 - 1) \times (4 - 1) = 3 \times 3 = 9$

Знаючи рівень значущості (0,05) і число ступенів свободи (9), ми звертаємося до таблиці критичних значень χ^2 для знаходження критичного значення. Для 9 ступенів свободи та рівня значущості 0,05 критичне значення $\chi^2 = 16,92$.

Отримане значення χ^2 (5,15) порівнюємо з критичним значенням для χ^2 на обраному рівні значущості (наприклад, 0,05). Якщо розраховане значення перевищує критичне, нульова гіпотеза відхилялася, що свідчить про статистично значущий зв'язок між віковими групами і рівнями тривожності. У цьому ж випадку, отримане значення χ^2 виявилось меншим за критичне, тому ми не можемо відхилити нульову гіпотезу.

Аналіз за допомогою критерію χ^2 не виявив статистично значущого зв'язку між віком респондентів і рівнем їх тривожності. Це свідчить про те, що розподіл рівнів тривожності є подібним у різних вікових групах для досліджуваної вибірки.

За подібним принципом аналізуємо результати дослідження за допомогою госпітальної шкали тривожності та депресії (HADS), що дозволить додатково оцінити рівні тривожності й депресивні прояви серед учасників.



Рисунок 2.5 – Рівні тривожності респондентів за госпітальною шкалою

Результати за госпітальною шкалою тривожності (HADS) показують (див. рисунок 2.5), що у 36,84% респондентів виявлено клінічно виражену тривогу, тоді як 31,58% мають субклінічну тривогу, що свідчить про помірні прояви тривожності. У решти 31,58% рівень тривожності залишається в межах норми. Це вказує на те, що майже дві третини респондентів мають підвищені рівні тривожності, які варіюються від субклінічного до клінічного. Такі респонденти можуть потребувати додаткової психологічної підтримки.

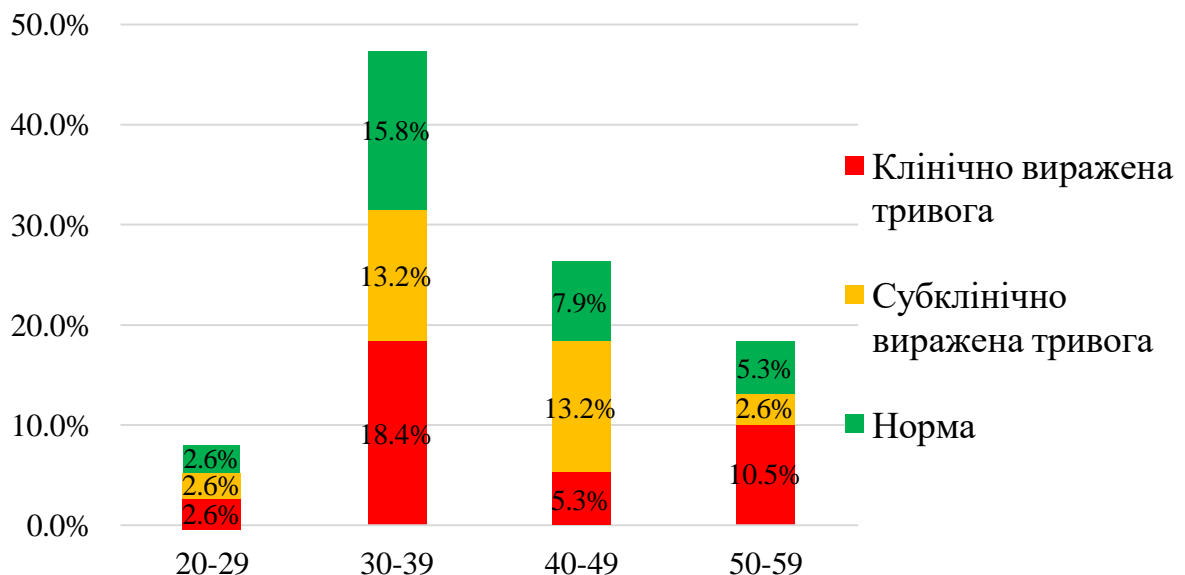


Рисунок 2.6 – Розподіл рівнів тривожності серед респондентів різних вікових груп за госпітальною шкалою

Дані, представлені на рисунку 2.6, демонструють розподіл рівнів тривоги серед респондентів різних вікових категорій. Згідно з графіком,

найвищий рівень клінічно вираженої тривоги спостерігається у віковій категорії 30-39 років, де 18,4% від загальної кількості респондентів демонструють цей показник.

У віковій групі 20-29 років зафіксовано, що 2,6% від загальної кількості респондентів мають клінічно виражену тривогу, 2,6% – мають субклінічно виражену тривогу, та стільки ж відзначається з нормальним рівнем тривожності.

Серед респондентів віком 40-49 років лише 5,3% від усіх респондентів демонструють клінічно виражену тривогу, в той час як 13,2% – субклінічну тривогу. Тільки 7,9% респондентів мають нормальний рівень тривоги. Що стосується вікової категорії 50-59 років, то 10,5% респондентів демонструють клінічно виражену тривогу, 2,6% – субклінічну, а 5,3% – нормальний рівень.

Незважаючи на найвищий показник високого рівня тривожності в групі 30-39 років, ця група є найбільшою, тому для точнішого аналізу слід враховувати відсоткове співвідношення респондентів у кожній віковій категорії.

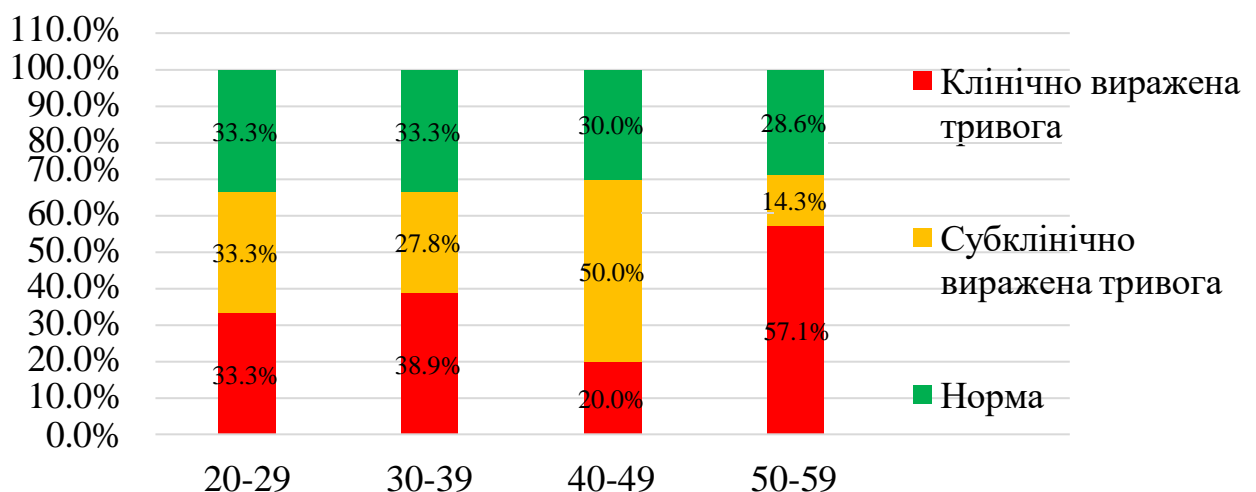


Рисунок 2.7 – Рівень тривожності у вікових групах у відсотках відносно до кількості осіб в групах за госпітальною шкалою тривожності

Отже, на рисунку 2.7 ми спостерігаємо, що у віковій групі 20-29 років, яка містить лише 3 респондента, результати розподілилися порівну. Однак, враховуючи обмежену кількість учасників, ці дані не є інформативними для порівняння з іншими групами, тому їх варто ігнорувати в подальшому аналізі.

Аналізуючи інші вікові групи, ми бачимо, що показники норми лише трохи відрізняються один від одного: у групі 30-39 років норма становить 33,3%, що є найвищим показником серед інших, тоді як у групі 40-49 років цей показник дорівнює 30%, а в групі 50-59 років – 28,6%, що є найнижчим значенням.

Субклінічно виражена тривога найпоширеніша в групі 40-49 років (50%), а найнижчий рівень зафіксовано в групі 50-59 років (14,3%). Клінічно виражена тривога домінує в групі 50-59 років, де її відсоток становить 57,1%.

Згідно з отриманими даними, можна зробити висновок, що найбільш стресостійкою є група 30-39 років, оскільки в них спостерігається найвищий рівень норми та найнижчі показники тривожності. Проте варто звернути увагу на те, що в попередньому графіку, де розглядалися рівні тривоги залежно від віку, але у співвідношенні до загальної кількості респондентів, найвищі показники тривоги продемонструвала вікова група 30-39 років. Однак, коли ми почали аналізувати результати з огляду на кількість людей в окремій групі, ситуація змінилася, і тепер найбільш вразливою виявилася категорія 50-59 років.

Для аналізу рівня тривожності за допомогою шкали HADS застосовуємо критерій χ^2 . Як і в попередньому аналізі, нульова гіпотеза (H_0) припускає відсутність зв'язку між віковими групами та рівнями тривожності, в той час як альтернативна гіпотеза (H_1) стверджує, що такий зв'язок існує.

Складаємо таблицю спряженості для трьох рівнів тривожності, що дозволило оцінити їх розподіл за віковими групами.

Таблиця 2.4 – Таблиця спряженості (Госпітальна шкала тривожності)

Рівень тривоги	Вік				Всього
	20-29	30-39	40-49	50-59	
Клінічно виражена тривога	1	7	2	4	14
Субклінічно виражена тривога	1	5	5	1	12
Норма	1	6	3	2	12
Всього	3	18	10	7	38

Як і в попередньому аналізі, обчислюємо очікувані частоти для кожної комірки.

Таблиця 2.5 – Очікуванні частоти (Госпітальна шкала тривожності)

Рівень тривоги	Вік			
	20-29	30-39	40-49	50-59
Клінічно виражена тривога	1,11	6,63	3,68	2,58
Субклінічно виражена тривога	0,95	5,68	3,16	2,21
Норма	0,95	5,68	3,16	2,21

Розраховуємо статистику χ^2 на основі спостережуваних і очікуваних частот. Показник χ^2 , отриманий як сума квадратів відхилень спостережуваних частот від очікуваних, поділених на очікувані частоти, становить для цієї таблиці 3,45.

Порівняння з критичним значенням χ^2 (12,6) при рівні значущості 0,05 і при розрахованих ступенях свободи (6) показує, що отримане значення χ^2 (3,45) менше за критичне. Отже, нульова гіпотеза не відхиляється, і ми не можемо стверджувати, що вікові особливості респондентів значно впливають на рівень тривожності.

Поряд із дослідженням рівнів тривожності, важливо звернути увагу на стан респондентів за шкалою депресії. Аналіз депресивних проявів у різних вікових групах допоможе побачити, наскільки поширені ці симптоми серед респондентів і чи мають вони вікові особливості.



Рисунок 2.8 – Рівні депресії респондентів за госпітальною шкалою

Рисунок 2.8 демонструє результати оцінки депресивних проявів у респондентів за допомогою госпітальної шкали депресії. Загалом 36,8%

опитаних мають клінічно виражену депресію, субклінічно виражена депресія спостерігається у 28,9% респондентів, 34,2% учасників дослідження знаходяться в межах норми, не виявляючи виражених депресивних симптомів.

Це свідчить про високу емоційну вразливість більшості учасників і вказує на необхідність розробки підтримуючих заходів для тих, хто має виражені симптоми тривожності та депресії.

Розглянемо детальніше у розрізі вікових груп:

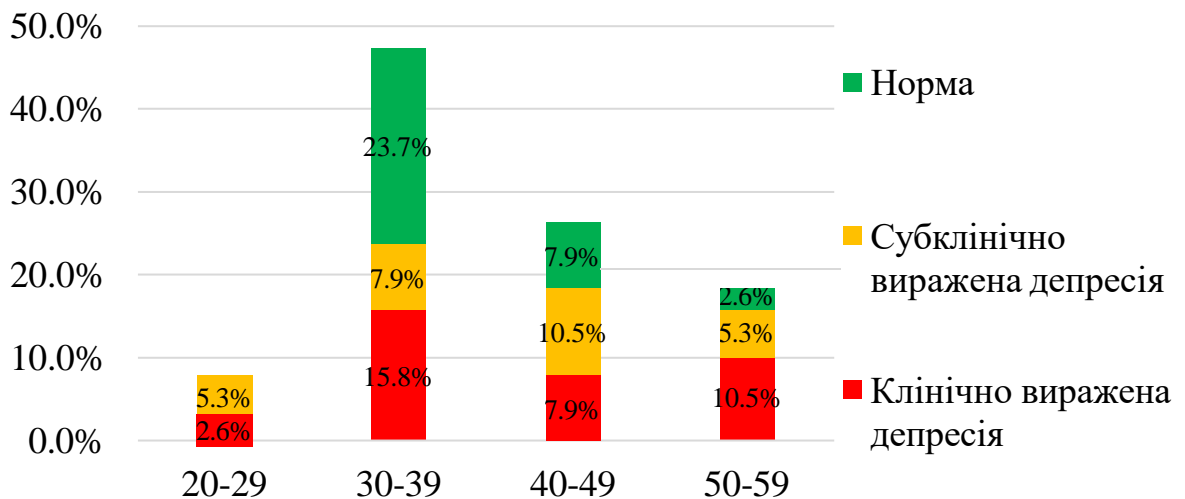


Рисунок 2.9 – Розподіл рівнів депресії серед респондентів різних вікових груп за госпітальною шкалою.

Графік представляє розподіл рівнів депресії серед респондентів у різних вікових групах за допомогою госпітальної шкали депресії.

У віковій групі 20-29 років переважає нормальний рівень (5,3%), з мінімальною часткою клінічно вираженої депресії (2,6%). У віковій категорії 30-39 років найбільший відсоток респондентів має нормальний рівень (23,7%), але також помітна частка клінічно вираженої (15,8%) та субклінічної депресії (7,9%). Серед респондентів віком 40-49 років рівень клінічно вираженої депресії залишається стабільним (7,9%), але дещо збільшується частка субклінічної депресії (10,5%). У найстаршій віковій групі (50-59 років) найбільший відсоток респондентів з клінічно вираженою депресією (10,5%), хоча нормальний рівень зберігається у 5,3%.

Важливо врахувати розмір кожної вікової групи для точнішої оцінки. Загалом видно, що рівень клінічно вираженої депресії поступово зростає з

віком, що може свідчити про вплив вікових факторів на емоційний стан респондентів. Однак, дані, представлені у графіку 2.9, наведені у відсотках відносно загальної кількості респондентів (38). Важливо врахувати розмір кожної вікової групи для точнішої оцінки.

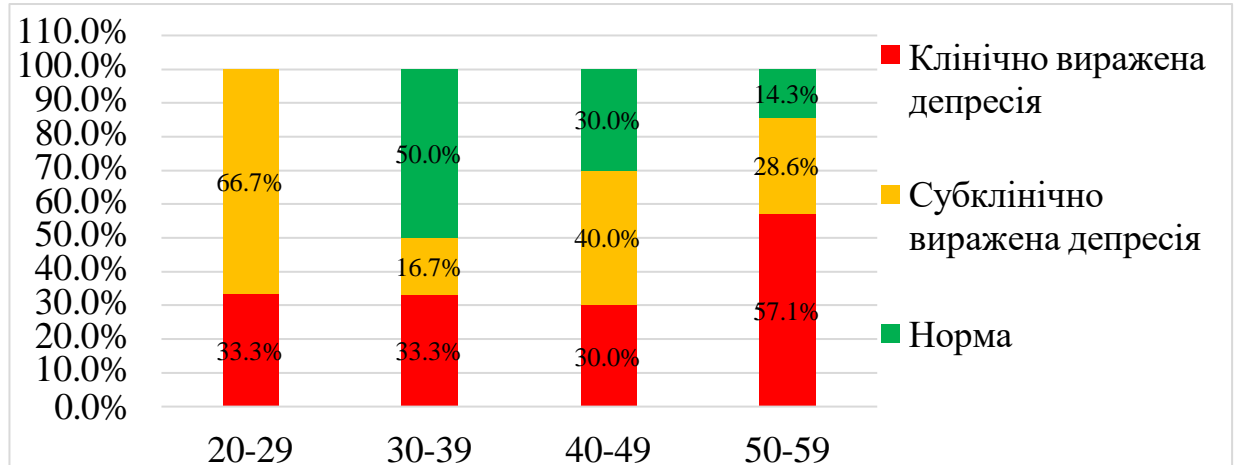


Рисунок 2.10 – Рівень депресії у вікових групах у відсотках відносно до кількості осіб в групах за госпітальною шкалою.

Отже, на рисунку 2.10 ми бачимо, що у групі 20-29 років переважає субклінічно виражена депресія (66,7%), при цьому клінічно виражена депресія становить 33,3%, а нормальний рівень депресії відсутній. Однак варто пам'ятати, що у цій віковій групі найменша кількість респондентів, що може впливати на результати.

У групі 30-39 років 33,3% респондентів демонструють клінічно виражену депресію, проте помітна частка (50%) – нормальний рівень, що свідчить про емоційний баланс значної частини цієї групи. Варто нагадати, що саме в цій групі найбільша кількість респондентів.

Серед респондентів віком 40-49 років 40% мають субклінічно виражену депресію, 30% — клінічно виражену, а ще 30% перебувають у нормі. Це може свідчити про підвищений рівень депресивних настроїв у цій групі.

Найстарша вікова група (50-59 років) має найвищий відсоток клінічно вираженої депресії, аж 57,1%, що може вказувати на підвищений ризик розвитку серйозних депресивних станів у цьому віці. Лише 14,3%

респондентів у цій групі мають нормальний рівень тривоги, що підкреслює значний емоційний дискомфорт серед старших учасників.

Загалом ці дані підкреслюють важливість вікового фактора у формуванні емоційного стану респондентів. З віком рівень клінічно вираженої депресії зростає, тоді як у молодших вікових групах вищий рівень субклінічно вираженої депресії.

Для кореляційного аналізу за допомогою критерію χ^2 , розрахуємо очікувані частоти для кожної комірки таблиці спряженості, порівнюючи їх із фактичними спостережуваними частотами. Нульова гіпотеза (H_0) передбачає відсутність зв'язку між віковими групами та рівнями депресії, тоді як альтернативна гіпотеза (H_1) стверджує про його наявність.

Побудуємо таблицю спряженості, яка відобразить розподіл рівнів депресії серед вікових груп, що дозволить оцінити можливий зв'язок між цими змінними.

Таблиця 2.6 – Таблиця спряженості (Госпітальна шкала депресії)

Рівень депресії	Вік				Всього
	20-29	30-39	40-49	50-59	
Клінічно виражена депресія	1	6	3	4	14
Субклінічно виражена депресія	2	3	4	2	11
Норма	0	9	3	1	13
Всього	3	18	10	7	38

Як і завжди, для кожної комірки таблиці спряженості розрахуємо очікувані частоти, що дозволить порівняти спостережувані значення з теоретичними та визначити наявність статистично значущого зв'язку між змінними.

Таблиця 2.7 – Очікувані частоти (Рівень депресії по вікових групах)

Рівень депресія	Вік			
	20-29	30-39	40-49	50-59
Клінічно виражена депресія	1,11	6,63	3,68	2,58
Субклінічно виражена депресія	0,87	5,21	2,89	2,03
Норма	1,03	6,16	3,42	2,39

Статистика χ^2 була розрахована на основі спостережуваних та очікуваних частот. Отримане значення χ^2 , яке є сумою квадратів відхилень спостережуваних частот від очікуваних, поділених на очікувані частоти, склало 7,02. Оскільки отримане значення χ^2 (7,02) менше за критичне (12,6), ми не відхиляємо нульову гіпотезу. Це означає, що між віковими групами та рівнями депресії не існує статистично значущого зв'язку. Таким чином, ми не можемо стверджувати, що рівень депресії залежить від віку респондентів.

Зважаючи на отримані результати, варто розглянути прояви тривожності серед респондентів, з якою інтенсивністю вони турбують учасників – які симптоми тривожності турбують найбільше або мають середню інтенсивність, а які зовсім не викликають занепокоєння.

У додатку В представлено графік, що ілюструє, які симптоми тривожності, відповідно до шкали Бека, турбують респондентів та з якою інтенсивністю. Дані подані у відсотках відносно загальної кількості учасників дослідження.

Згідно з отриманими результатами, симптом «Неможливо просто сісти і розслабитися» є одним з тих, що найбільше турбує респондентів, оскільки 31,6% зазначили середню інтенсивність занепокоєння, а 21,1% – високу. Загалом, цей симптом охоплює більше половини респондентів. Особливо часто він турбує учасників вікової групи 40-49 років, серед яких 40% вказали на середній рівень інтенсивності, а 20% – на високий. Схожі результати були отримані серед респондентів вікової групи 50-59 років, де 28,6% відзначили середній рівень та стільки ж – сильний.

Дратівливість є одним з найбільш виражених симптомів тривожності, оскільки 57,9% респондентів зазначили, що вона їх турбує (34,2% – середньо турбує, 23,7% – дуже турбує). Особливо сильно цей симптом проявляється у віковій групі 50-59 років, де 57,1% відзначили середній рівень і 28,6% – високий.

Ще одним значущим симптомом є страх, що станеться найгірше. 47,4% учасників відчувають його середньо або сильно. Цей симптом найбільш

помітний серед респондентів вікових груп 30-39 років (55,6%) та 50-59 років (57,2%). Також варто звернути увагу на інші симптоми тривожності, такі як прискорене серцебиття (34,2%), відчуття нестійкості та нестабільності (36,8%), страх втрати контролю (39,5%), а також посилене потовиділення, не пов'язане з високою температурою (34,2%).

Зважаючи на фізіологічну природу симптомів за шкалою Бека, важливо, щоб респонденти з високою інтенсивністю цих симптомів звернулися до лікаря для виключення можливих фізичних захворювань, таких як серцево-судинні порушення або гормональні зміни.

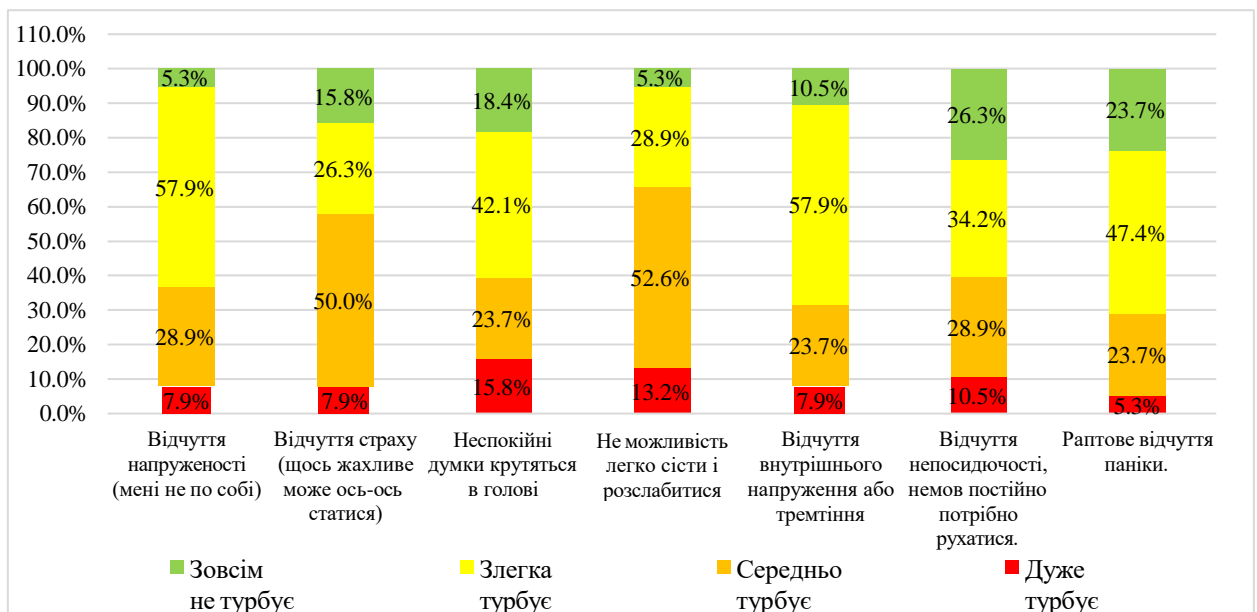


Рисунок 2.11 – Прояви тривожності згідно з опитуванням за госпітальною шкалою тривожності

Згідно з даними, представленими на рисунку 2.11, за госпітальною шкалою тривожності найбільше турбують симптоми, пов'язані з неможливістю розслабитися та відчуттям страху, що може статися щось жахливе. Так, 13,2% респондентів зазначили, що зовсім не можуть розслабитися, і всі ці учасники належать до вікової групи 30-39 років. Крім того, 52,6% респондентів вказали, що лише інколи можуть дозволити собі розслабитися.

Що стосується відчуття страху, що щось жахливе може статися, то 7,9% респондентів зазначили, що це відчуття є дуже сильним, і більшість з них

належать до вікової групи 50-59 років. Ще 50% респондентів вказали, що це відчуття є присутнім, але не настільки інтенсивним.

Також варто відзначити, що 15,8% респондентів страждають від постійних неспокійних думок, які крутяться в голові. Це відчуття найбільше турбує респондентів вікової групи 50-59 років, які повідомили, що такі думки супроводжують їх постійно або більшу частину часу.

Щодо відчуття «Мені не по собі» та внутрішнього напруження, хоча ці симптоми не мають критичних значень, лише по 7,9% респондентів вказали на їх присутність, проте 57,9% респондентів зазначили, що ці симптоми їх злегка турбують, що все ж вказує на їх присутність та вплив на емоційний стан респондентів.

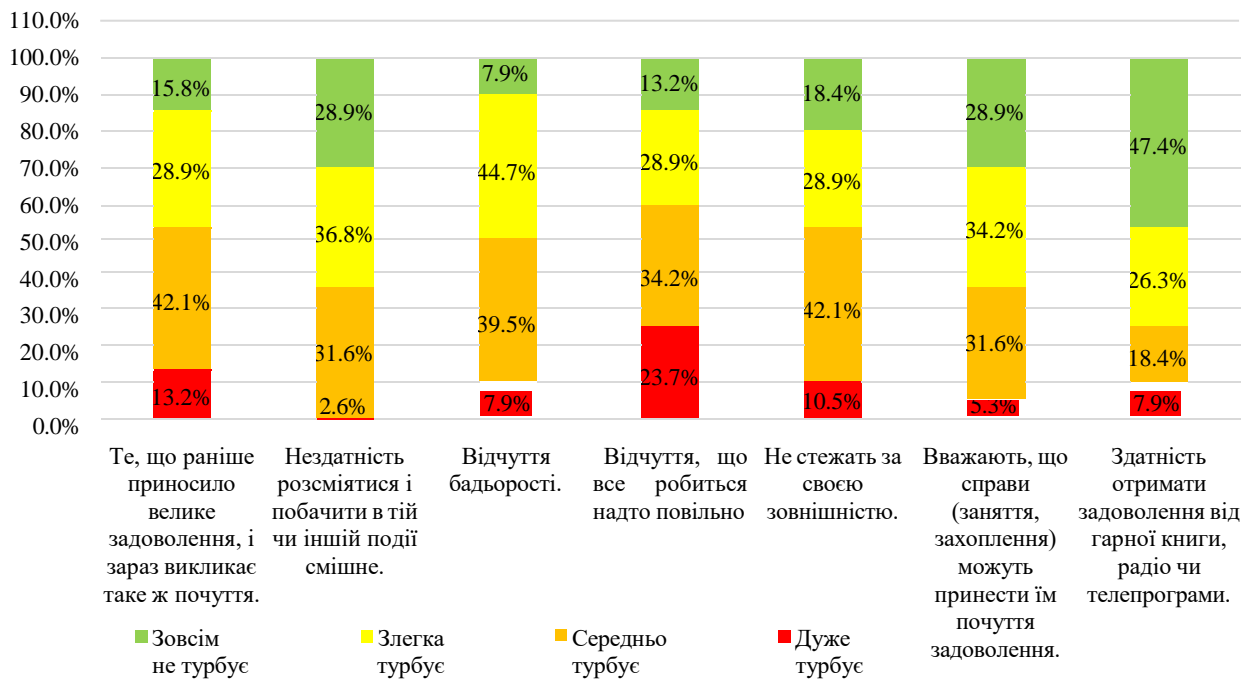


Рисунок 2.12 – Прояви тривожності та депресії згідно з опитуванням за госпітальною шкалою депресії

На рисунку 2.12 видно, що понад 90% респондентів вказали на нестачу бадьорості з різною інтенсивністю: 7,9% зазначили, що зовсім не відчувають бадьорості, 39,5% відзначили, що відчувають її дуже рідко, 44,7% – іноді, і лише 7,9% вказали, що відчувають бадьорість постійно.

Симптом «Відчуття, що все робиться надто повільно» відзначили 86,8% учасників, з яких 34,2% часто відчувають сповільненість, 23,7% – постійно, особливо це характерно для респондентів віком 50-59 років.

Щодо задоволення від речей, які раніше приносили радість, 42,1% респондентів зазначили, що тепер відчувають це лише в дуже малому ступені, а 13,2% відзначили, що колишні джерела задоволення тепер зовсім не приносять їм радості, причому більшість із них – представники вікової групи 50-59 років. Ще 42,1% зазначили, що менше піклуються про зовнішність, і 10,5% повністю ігнорують цей аспект.

Проте 47,1% респондентів все ще знаходять задоволення в хорошій книзі чи радіопередачах, хоча для 7,9% такі заняття вже майже не приносять радості.

Результати дослідження, проведеного за допомогою опитувальника Спілбергера, дозволяють оцінити рівні реактивної та особистісної тривожності серед респондентів (див. рисунок 2.13).

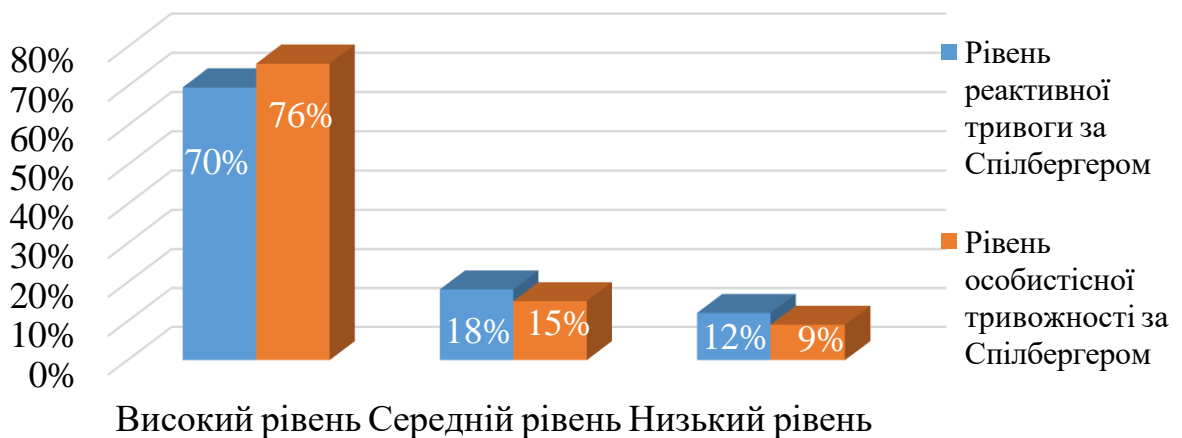


Рисунок 2.13 – Рівень реактивної та особистісної тривожності за тестом Спілбергера

Згідно з отриманими даними, високий рівень реактивної тривоги виявлено у 70% учасників дослідження, що може свідчити про значну емоційну напруженість у досліджуваних умовах. Середній рівень реактивної тривоги було зафіксовано у 18% респондентів, тоді як низький рівень — лише у 12%.

Щодо особистісної тривожності, переважання високих показників (76%) вказує на стійку схильність значної частини вибірки до тривожних станів. Середній рівень особистісної тривожності відзначено у 15% респондентів, а низький рівень – лише у 9%.

Аналіз симптоматичних проявів показав, що більшість учасників дослідження (81,3%) не відчують себе відпочилими, що може свідчити про значне фізичне або емоційне виснаження. Крім того, 50–55% респондентів повідомляють про відчуття загрози, обмеженість у власних діях, недостатній рівень внутрішнього задоволення та радості.

Також значна частина респондентів вказує на наявність скутості, низький рівень бадьорості, швидку втому та схильність до меланхолійних станів. Ми вважаємо, що ці симптоми потребують подальшого дослідження для виявлення їхніх причин і зв'язку з досліджуваними умовами. Зазначені прояви можуть мати важливе значення для розробки психологічних інтервенцій, спрямованих на покращення загального емоційного стану респондентів.

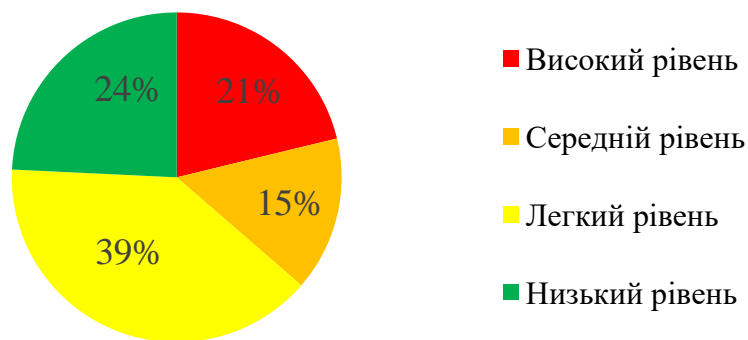


Рисунок 2.14 – Ризик генералізованого тривожного розвитку

За результатами опитувальника GAD-7 (див. рисунок 2.14), розподіл рівнів ризику розвитку генералізованого тривожного розладу серед респондентів виглядає наступним чином. Високий рівень ризику виявлено у 21% учасників дослідження, що свідчить про потенційну потребу в поглибленій діагностиці та подальшій психологічній підтримці для цієї групи. Середній рівень ризику зафіксовано у 15% респондентів, тоді як легкий рівень, що відображає менш виражені тривожні симптоми, характерний для 39%

опитаних. Низький рівень ризику, який свідчить про мінімальну ймовірність наявності генералізованого тривожного розладу, зафіксовано у 24% учасників.

На нашу думку, виявлена структура розподілу ризиків вказує на значну варіативність рівнів тривожності серед респондентів, що може бути обумовлено впливом як зовнішніх, так і внутрішніх факторів. Домінування легкого рівня ризику (39%) може свідчити про те, що значна частина вибірки має певні тривожні симптоми, однак вони не досягають критичного рівня. Водночас помітна частка респондентів із середнім та високим рівнями ризику (36% у сукупності) вказує на необхідність більш детального аналізу умов, які сприяють підвищенню тривожності.

Для більш детального розуміння особливостей прояву тривожності серед учасників дослідження важливо проаналізувати частоту та інтенсивність окремих симптомів генералізованого тривожного розладу. У цьому контексті вивчення специфічних проявів таких симптомів, як нервозність, неможливість контролювати хвилювання, надмірна стурбованість та інші, дозволяє глибше оцінити емоційний стан респондентів і визначити ключові аспекти, які потребують уваги у подальшій роботі з цією групою.

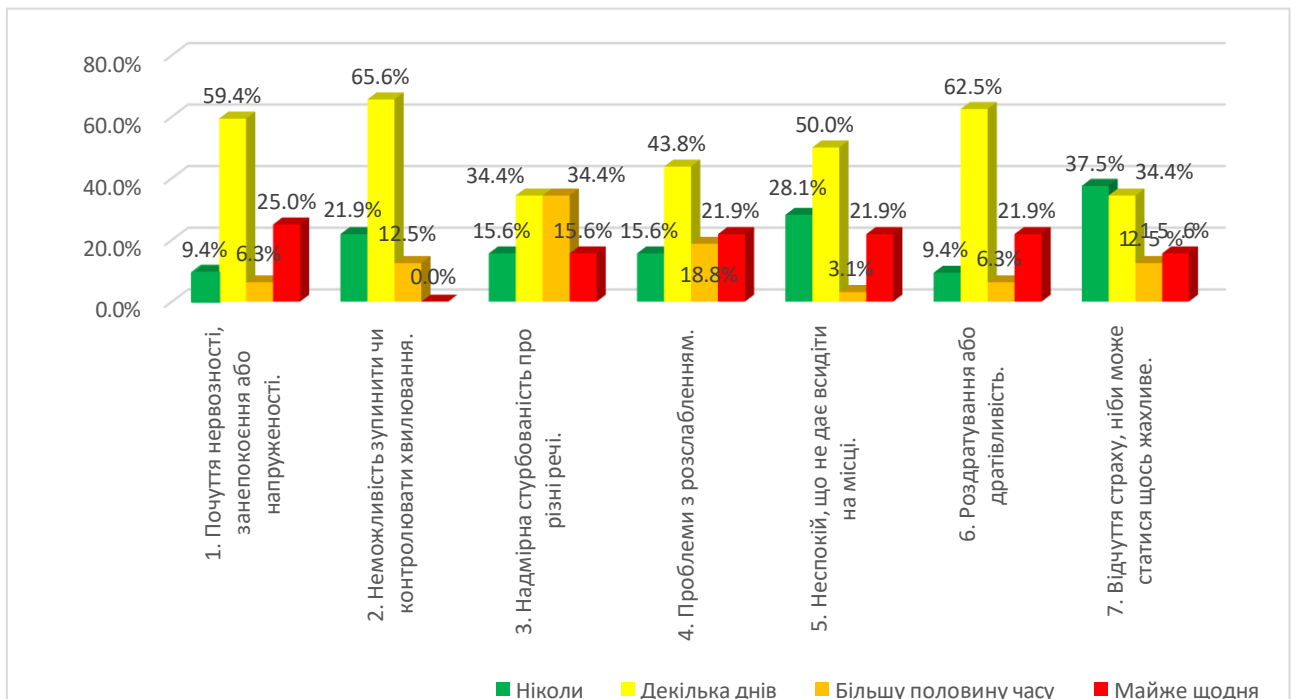


Рисунок 2.15 – Частота проявів ключових симптомів генералізованого тривожного розладу

Графік відображає частоту прояву семи ключових симптомів генералізованого тривожного розладу серед учасників дослідження. Найчастіше респонденти вказували на почуття нервозності, занепокоєння або напруженості: 59,4% учасників відчували цей симптом «декілька днів», тоді як 25% повідомляли про його присутність «майже щодня».

Неможливість зупинити чи контролювати хвилювання зафіксована у 65,6% респондентів протягом «декількох днів», а у 12,5% — «більшу половину часу». Водночас жоден учасник не зазначив, що цей симптом проявляється «майже щодня».

Надмірна стурбованість про різні речі найбільше проявлялася у категоріях «декілька днів» і «більшу половину часу» (по 34,4%), тоді як «майже щодня» цей симптом спостерігався у 15,6% респондентів.

Проблеми із розслабленням є поширеним симптомом, про який повідомили 43,8% учасників у категорії «декілька днів». Проте 21,9% зазначили, що цей стан турбує їх «майже щодня».

Неспокій, що не дає всидіти на місці, відзначався у половини респондентів (50,0%) протягом «декількох днів». Проте 21,9% учасників повідомили, що відчують цей симптом «майже щодня», тоді як 28,1% зазначили, що його ніколи не відчували.

Роздратування або дратівливість переважно проявлялися у категорії «декілька днів» (62,5%), а 21,9% респондентів вказали, що цей стан є регулярним і спостерігається «майже щодня».

Нарешті, відчуття страху, ніби може статися щось жахливе, у 37,5% учасників не фіксувалося зовсім. У 34,4% цей симптом виявлявся «декілька днів», а у 15,6% — «майже щодня».

На нашу думку, отримані результати вказують на те, що більшість симптомів генералізованого тривожного розладу є нерегулярними, але значна частина респондентів демонструє стійкі ознаки тривожності.

Результати дослідження вказують на високий рівень тривожності та депресії серед респондентів. Понад половина учасників мають середній або

високий рівень тривожності за шкалою Бека (BAI), що підтверджується показниками госпітальної шкали (HADS), де більшість демонструє клінічну або субклінічну тривогу, та «Шкалою реактивної та особистісної тривожності» за Спілбергером. Схожий розподіл спостерігається і для депресії, що підкреслює значне емоційну нестабільність респондентів. Проте ризик генералізованого тривожного розладу спостерігається лише в ¼ респондентів.

Аналіз вікових особливостей показав зростання проявів депресії та тривожності з віком. Проте, за критерієм χ^2 , зв'язок між віком і рівнем депресії не виявлено, що вказує на вплив інших чинників.

Серед найпоширеніших симптомів тривожності у всіх вікових групах були неможливість розслабитися, дратівливість і страх «найгіршого», що свідчить про значний емоційний стрес. Ці прояви супроводжувалися фізіологічними симптомами, такими як підвищене серцебиття.

Найчастіше респонденти зазначали нервозність, неможливість контролювати хвилювання, надмірну стурбованість і роздратування, які в більшості випадків проявлялися «декілька днів». Особливу увагу слід звернути на учасників, у яких ці симптоми фіксувалися «майже щодня» або регулярно.

Отримані дані підкреслюють необхідність превентивних заходів, зокрема психологічної підтримки та медичного спостереження, для зниження емоційного напруження в цій групі батьків і покращення їхньої якості життя.

2.2 Розроблення програми групових занять для зниження рівня тривожності у батьків дітей з особливими освітніми потребами

Підвищена тривожність серед батьків дітей з особливими освітніми потребами зумовлена їхніми переживаннями за здоров'я та майбутнє дітей, фінансовими та соціальними труднощами. Військові дії в Україні лише посилюють ці фактори, створюючи додатковий психологічний тиск. Це

негативно впливає на емоційний стан батьків і їхню здатність підтримувати дітей, знижуючи психологічну стійкість і погіршуючи атмосферу в родині. Тому створення програми групових занять для зниження рівня тривожності є актуальним і необхідним кроком.

Метою програми, яка предствлена нижче є зниження рівня тривоги батьків дітей з ооп, розвиток навичок саморегуляції, стресостійкості та здатності надавати й отримувати емоційну підтримку. Програма спрямована на покращення психологічного благополуччя учасників, зміцнення їхніх внутрішніх опор та збільшення загального життєвого ресурсу.

Програма розрахована на 10 зустрічей. Тривалість кожної зустрічі становить 2 години. Учасниками групи стали 5 респондентів, які добровільно виявили бажання взяти участь у програмі та, за результатами попередньої діагностики, мали високий або середній рівень тривожності й депресії.

Мета першої зустрічі – знайомство, встановлення контакту між учасниками, створення сприятливої атмосфери для роботи та встановлення базових правил групової взаємодії, що сприятиме подальшій ефективній діяльності. Важливою частиною є обговорення очікувань кожного учасника, що дозволить адаптувати програму під їхні потреби та інтереси. Це також дасть учасникам відчувати себе залученими та забезпечить чітке планування подальших кроків. На це спрямована вправа «Шкатулка очікувань».

Особлива увага приділяється поняттю тривожності та її проявам. На цьому етапі учасники отримують можливість поділитися власним досвідом та враженнями від пережитих станів. Такий підхід допомагає кожному з учасників знайти спільні моменти та відзначити щось корисне для себе з досвіду інших. Це також сприяє усвідомленню того, що тривожність є природною частиною людського життя, але кожен відчуває і реагує на неї по-різному.

Завершальним етапом першої зустрічі є вправа на «знайомство» з власною тривожністю (Вправа «Привіт, моя тривожносте!»), що дає учасникам змогу образно «побачити» свою тривожність. Це сприятиме

підвищенню самосвідомості та закладе основу для подальшої роботи над зниженням рівня тривожності.

Наприкінці кожної зустрічі учасники мають можливість поділитися власними висновками щодо пережитого досвіду, обговорити ті емоції та відчуття, які супроводжували їх протягом заняття. Важливо, щоб кожен учасник висловив, що стало для нього найціннішим, якими новими думками або інсайтами він збагатився, визначив для себе, з яким настроєм він залишає зустріч, які емоції домінують на момент завершення. Така рефлексія сприяє усвідомленню власного стану, дає змогу підсумувати отримані знання та налаштуватися на подальшу роботу в групі.

Крім того, учасники отримують домашнє завдання: до наступної зустрічі учасники повинні носити з собою створений образ своєї тривожності – в сумці, кишені чи іншому зручному місці, де вони будуть час від часу на нього наштовхуватися. Завдання полягає в тому, щоб звертати увагу на свої емоційні реакції щоразу, коли вони випадково натрапляють на цей виріб у повсякденних ситуаціях.

Питання для рефлексії:

- Як ви розпорядилися виробом? Носили його весь час, залишили вдома чи навіть викинули?

- Які емоції або реакції виникають, коли ви знаходите образ тривожності у своїй сумці чи кишені?

- Чи були моменти, коли вам хотілося позбутися цього образу? Якщо так, що вас до цього спонукало?

- Яких висновків ви дійшли про свою тривожність і про себе в процесі виконання завдання?

Очікувані результати: навчитися краще розуміти свої емоції щодо тривожності, прийняти або віднайти способи взаємодії з нею. Це завдання сприяє глибшому розумінню власного емоційного стану та того, як вони можуть з ним працювати.

Друга зустріч розпочинається з «кола», де учасники мають можливість поділитися своїм самопочуттям. Особливу увагу приділяється рефлексії щодо виконання домашнього завдання.

Після кола рефлексії та обговорення домашнього завдання розглядаються основні поняття теми зустрічі: «Ситуація» та «Ситуативна тривожність». Особлива увага приділяється реакціям організму в стресових ситуаціях: «бий, біжи, замри». Під час обговорення учасники дізнаються про фізіологічні основи цих реакцій, що сприяє кращому розумінню власних відповідей на стрес.

У другій частині зустрічі розпочинається жвава дискусія на тему «Перші дні війни» як прикладу ситуації з високим рівнем стресу та тривоги. Учасники діляться власним досвідом: як вони діяли в екстремальних обставинах, що відчували, які думки їх супроводжували, а також способами, які допомагали справлятися з тривогою та стресом. Така дискусія дає змогу кожному глибше усвідомити свої реакції на стресові події та помітити загальні стратегії подолання, які можуть бути корисними для подальшої роботи над тривожністю.

Також учасники ознайомлюються з техніками самодопомоги, розробленими Ізраїльською коаліцією з роботи з травмою за протоколом «4 стихії». Цей протокол охоплює наступні елементи:

- «Земля» – передбачає фізичну стабілізацію: сісти, спертися або лягти.
- «Повітря» – техніки дихання, спрямовані на стабілізацію емоційного стану шляхом глибоких і спокійних вдихів, що допомагають знизити рівень тривоги.
- «Вода» – підтримання водного балансу організму, що позитивно впливає на фізичне самопочуття і є важливим фактором стабільності.
- «Вогонь» – техніки для переключення уваги, які допомагають розсіяти напругу та відволіктися від тривожних думок, змінюючи фокус уваги.

Ознайомлення з цими техніками дає учасникам прості, але ефективні інструменти для регуляції свого емоційного стану в умовах стресу, що вони зможуть практикувати у щоденному житті.

Третя зустріч присвячена темі «Думка». Для налаштування на роботу учасники діляться думками, з якими прийшли, що допомагає створити відкриту атмосферу.

Під час дискусії група розглядає поняття «думка» як відображення внутрішнього світу людини, її поглядів та переконань. Торкається теми «нав'язливих думок». А також піднімають теми «надмірного мислення», яке може викликати тривогу, і «розумової жуйки» – циклічного повернення до тих самих думок, що заважає рухатися вперед.

Вправа «Не думай про білого ведмедя» має на меті показати учасникам, як контроль та блокування небажаних думок часто призводить до зворотного ефекту.

Далі, щоб зануритися «страшних» думок, проаналізувати їх реальність та переглянути ймовірність їх реалізації пропонується техніка «Декатастрофізація».

Розуміючи, що катастрофічний сценарій мало ймовірний, але тривожні думки все ще крутяться в голові, важливо навчитися просто відпускати їх. Саме цьому сприяє вправа «На березі річки». Ця техніка допомагає зменшити внутрішню напругу і розвинути навичку бути присутнім у моменті.

Домашнім завданням після цієї зустрічі: звертати увагу на позитивні думки та приємні події, які відбуваються протягом дня. Це допоможе учасникам розвинути здатність фокусуватися на позитивних аспектах, зменшити рівень тривожності та сформувати звичку помічати хороше.

Наступна зустріч присвячена емоціям. На початку зустрічі кожен учасник ділиться, з якими емоціями він прийшов на зустріч. Далі обговорюється, як виникають емоції, які є причини та наслідки їх проявів, а також як емоції впливають на наше життя. Особлива увага звертається на блокування емоцій і його небезпеки для психічного та фізичного здоров'я. Для

кращого розуміння цих процесів пропонується вправа за проективною методикою Юлії Святенко «Айсберг», яка допомогла візуалізувати, як багато емоцій може бути приховано під поверхнею нашого усвідомлення, і як важливо дозволяти собі їх визнавати та виражати.

Наступна вправа допоможе краще зрозуміти та визначити власні емоції, щоб навчитися ідентифікувати їх та за потреби змінювати. Адже, часто ми узагальнюємо свої почуття як «хороші» чи «погані», що ускладнює їх розпізнавання. Завдяки вправі «Наші почуття та емоції» учасники зможуть конкретизувати свої емоційні стани, що є першим кроком до емоційної стабільності та впевненості.

Під час рефлексії до вправи учасники ознайомилися з техніками регуляції емоцій та почуттів.

Домашнє завдання: відслідковувати свої емоції та причини їх виникнення – допоможе учасникам краще розуміти власні реакції, розвивати емоційний самоконтроль та навчитися більш усвідомлено керувати своїми емоціями.

П'ята зустріч присвячена темі «Поведінка». Учасники обговорюють як впливають думки та емоції на поведінку. Розглядаються питання: контролю над ситуацією, його важливість, а також планування як ефективний спосіб впливу на власну поведінку і відновлення контролю. Відповідно до запиту групи для полегшення планування і відновлення контролю було запропоновано техніку «Матриця Ейзенхауера».

Шоста - ресурсна зустріч. Для відновлення контакту учасники діляться думками про те, хто або що є для них ресурсом. Обговорюється питання, що таке «ресурс» і «опора». Визначено, що ресурси можуть бути як зовнішніми, так і внутрішніми. Кожен учасник визначає для себе, які конкретно речі або особи є його ресурсами в житті, а також як вони можуть використовувати ці ресурси для досягнення своїх цілей і подолання труднощів.

Для визначення опор учасники виконують вправу «Подушка безпеки» та «Мандала».

Сьома зустріч дає можливість заглянути в минуле, відновити зв'язок з дитинством та дослідити спогади. Зустріч розпочинається з вправи, що дозволяє за допомогою метафоричних карт зануритись у світ дитячих спогадів.

Кожен учасник тягне карту і ділиться історією, яка асоціюється з її зображенням, відкриваючи нові грані свого внутрішнього світу та відновлюючи зв'язок з тими важливими моментами, що формували його особистість. Ця вправа дозволяє поглянути на дитинство через призму ресурсів і позитивних спогадів, що можуть допомогти в подоланні труднощів і зміцненні внутрішніх опор у сучасному житті.

Вправа «Коло подій» дає можливість учасникам проаналізувати всі значущі макроподії з їхнього життя та оцінити їхній вплив на становлення особистості. Через рефлексію над ключовими моментами, що визначали життєвий шлях, учасники зможуть зрозуміти, як ці події сформували їхні погляди, переконання та поведінку. Такий аналіз допомагає краще зрозуміти власну життєву історію, знайти важливі уроки та визначити, як минуле впливає на сьогоднішнє і майбутнє.

Ця вправа дозволяє учасникам зібрати свої життєві події в єдину картину, оцінити їх значення та вплив на різні аспекти життя, а також з'ясувати, які сфери потребують більшої уваги та розвитку.

Наприкінці зустрічі кожен учасник демонструє своє ресурсне фото, яке він вибрав напередодні. Процес підбору фото дозволяє згадати приємні моменти та знайти додатковий ресурс в позитивних спогадах.

Зустріч на тему «Теперішнє» розпочинається з методу майндфулнес. Учасникам пропонується насолодитися моментом, звертаючи увагу на процес споживання кави або іншого напою. Важливо не поспішати, а зосередитись на кожному відчутті: розглянути чашку – її колір, форму та текстуру; звернути увагу на запах напою, смак на язиці, на перший ковток і на те, як він розливається по тілу, навіть на звуки навколо.

Ця вправа допомагає учасникам зануритися в теперішній момент, відключити внутрішній шум і стрес, зосередитись на власних відчуттях. Практика майндфулнес дозволяє зняти напругу, знизити рівень тривоги і допомагає краще усвідомлювати свої емоції та фізичні реакції, що позитивно впливає на загальне самопочуття.

Далі зосередимося на мікроподіях. Розглянемо, як навіть незначні слова, погляди, взаємодії та звички можуть змінювати ставлення до важливих аспектів життя, таких як здоров'я, робота, відносини та емоційний стан.

Вправа «Коло життя» допомагає учасникам оцінити, наскільки збалансовані різні аспекти їхнього життя, такі як робота, здоров'я, стосунки, хобі тощо. Вправа проводиться за аналогією вправи «Коло подій». Учасники малюють коло, розділене на сектори, кожен з яких представляє одну з сфер життя. Оцінюючи важливість кожної сфери та її вплив на загальне самопочуття, вони визначають, які з них потребують більше уваги для досягнення гармонії. Ця вправа дає можливість усвідомити, де існує дисбаланс, і розробити стратегії для покращення ситуації.

Тема майбутнього є важливою для учасників, що було підтверджено в ході відкритої бесіди, на початку зустрічі. Учасники поділилися своїми уявленнями про своє майбутнє, а також висловили побоювання та тривоги, пов'язані з ним. Багато з них відзначили, що відчувають невизначеність та страхи щодо того, що може чекати попереду.

У відповідь на запит групи, було проведено арт-терапевтичну вправу «Страхи майбутнього», яка мала на меті допомогти учасникам виразити свої страхи, дослідити їхні корені та, за можливості, знизити інтенсивність цих побоювань через творчий процес.

Завершення зустрічі має ресурсний характер завдяки вправі «Коло планів та бажань». Ця вправа, побудована за аналогією з іншими вправами, такими як «Коло подій» та «Коло життя», допомагає учасникам знайти ресурси та можливі рішення для збалансування свого «Кола життя». У 12 секторах учасники записують плани та реальні бажання, які вони можуть

здійснити, а потім розподіляють їх по різних сферах життя: діяльність, контакти, мрії та сенси, тіло. Цей процес дозволяє оцінити, в якій сфері життя і які дії можна здійснити для покращення ситуації.

Остання зустріч – це особливий етап – завершення тренінгу. Під час цієї зустрічі ми проводимо майстер-клас зі створення панно з сухоцвітів, що символізує підсумки та зміни, які учасники пережили протягом програми. Учасникам пропонується наповнити мішечок сухоцвітами, де кожен елемент рослинності асоціюється з певним висновком або ресурсом, набутим протягом тренінгу або в процесі його осмислення в реальному житті. Це панно стає не лише символом завершення, але й нагадуванням про особистісний ріст та нові навички, які залишаються з учасниками на тривалий час.

Програма завершується, надаючи учасникам нові ресурси, опори та важливі інсайти. Групова робота дозволяє глибше познайомитися з індивідуальними проявами тривожності, а також зрозуміти її зв'язок із думками, емоціями та поведінкою. Програма розрахована на те, щоб більш детально познайомитися з формулою: «ситуація – думка – емоція – поведінка» та зрозуміти, як ці елементи пов'язані з відчуттям тривоги. Поступово кожен учасник відновлює внутрішню опору, переглядає своє минуле, досліджує теперішнє і отримує інсайти щодо сприйняття майбутнього. Фінальний майстер-клас із створення панно стає символом нових опор та впевненості, які учасники можуть використовувати на своєму життєвому шляху.

2.3 Емпіричне дослідження по визначенню рівня тривожності у піддослідної групи для визначення ефективності розробленої програми.

У рамках тренінгу зниження рівня тривожності проведено емпіричне дослідження, яке мало на меті визначити ефективність програми серед п'яти учасників тренінгу. Це дослідження допомогло не тільки оцінити загальні зміни в рівнях тривожності учасників, але й виявити, наскільки адаптованими були методи і техніки для різних вікових категорій. Вивчення результатів

дослідження дозволяє глибше зрозуміти, наскільки дієвими є використані підходи для зменшення тривожності та розвитку ресурсних навичок у піддослідної групи.

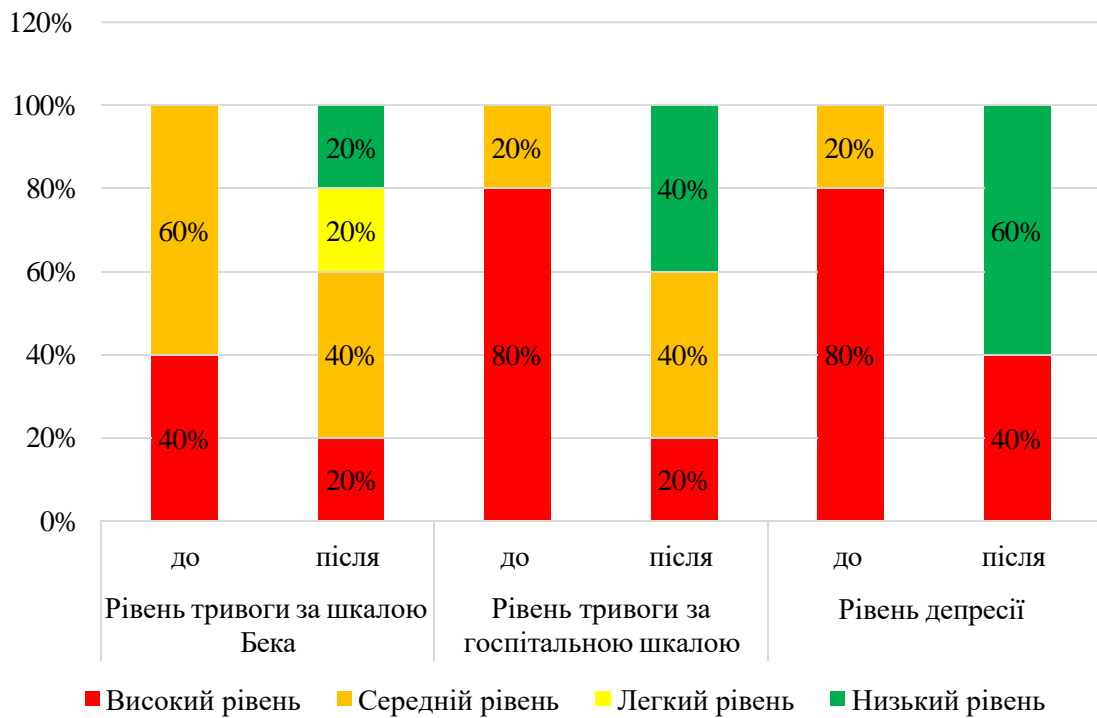


Рисунок 2.16 – Порівняння рівня тривожності та депресії учасників до участі в тренінгу та після.

Згідно з даними, представленими на рисунку 2.13, можна чітко простежити значне зниження рівнів тривоги та депресії за всіма шкалами.

До початку тренінгу результати за всіма шкалами показували середній або високий рівень тривоги, а після його завершення спостерігається помітне покращення. За шкалою Бека рівень тривоги з високим балом знизився з 40% до 20%, а середній рівень зменшився з 60% до 40%. Після програми з'явилися показники низького та легкого рівнів тривоги. За госпітальною шкалою високий рівень тривоги також знизився з 80% до 20%, і були зафіксовані показники, які відповідають нормі. Рівень депресії знизився з 80% до 20%.

Незважаючи на те, що програма має тенденції до подальшого розвитку та вдосконалення, результати фінального опитування підтверджують її ефективність.

Висновки до розділу

Результати дослідження демонструють високий рівень тривоги та депресії серед респондентів. За шкалою тривожності Бека (BAI), більшість учасників виявляють середній або високий рівень тривожності, що свідчить про їхню емоційну вразливість. Госпітальна шкала тривожності та депресії (HADS) підтверджує ці дані: у більшості респондентів зафіксовано клінічно або субклінічно виражену тривогу.

Шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера також виявляє переважання високих показників як ситуативної (реактивної), так і особистісної тривожності, що підкреслює схильність учасників до стресових реакцій у складних обставинах.

Рівень ризику розвитку генералізованого тривожного розладу, оцінений за шкалою GAD-7, показав, що значна частина респондентів має середній або високий ризик, а окремі учасники потребують більш детальної діагностики та професійної психологічної підтримки. Подібна тенденція спостерігається і щодо депресії, де у понад половини респондентів виявлено симптоми від субклінічного до клінічного рівня. Ці результати вказують на значний рівень емоційного навантаження серед учасників дослідження.

Аналіз вікових особливостей показав тенденцію до зростання проявів депресії та тривожності з віком. Зокрема, симптоми депресії найчастіше спостерігається у респондентів вікової групи 50-59 років. Однак, за результатами χ^2 -критерію Пірсона, статистично значущого зв'язку між віком та рівнем депресії не було встановлено, що вказує на вплив інших факторів на емоційний стан батьків.

Серед найпоширеніших проявів тривожності в усіх вікових групах респонденти відзначили постійне відчуття тривоги, неможливість розслабитися, дратівливість і страх «найгіршого» - на це вказала понад половина респондентів. Цікаво, що ці прояви були особливо вираженими серед старших учасників, що підкреслює значний емоційний тиск, зумовлений

умовами війни, який також має фізіологічні прояви, такі як підвищене серцебиття та потовиділення.

Розроблена програма з психологічної підтримки та зниження рівня тривожності і депресії, спрямована на глибше розуміння власної тривожності, її зниження та розвитку ресурсних навичок, показала позитивні результати. За даними другого емпіричного дослідження, проведеного серед п'яти учасників програми, було зафіксовано значне зниження рівнів тривоги та депресії після її завершення.

Результати фінального опитування свідчать про ефективність програми, оскільки після її завершення спостерігалось помітне покращення, зокрема зниження високих рівнів тривоги з 80% до 20% за госпітальною шкалою та з 40% до 20% за шкалою Бека. Рівень депресії знизився з 80% до 20%. Такі зміни підтверджують доцільність і ефективність впроваджених методик для зниження рівня тривожності та розвитку ресурсних навичок учасників.

Незважаючи на позитивні результати, програма потребує подальшого вдосконалення, зокрема для адаптації до різних вікових категорій та індивідуальних особливостей учасників. Однак, на основі отриманих даних, можна зробити висновок про важливість і необхідність реалізації таких програм, що дозволяє знижувати емоційне навантаження та покращувати якість життя батьків, які виховують дітей з особливими освітніми потребами.

ВИСНОВКИ

У процесі проведеного дослідження було здійснено всебічний аналіз теоретичної бази щодо поняття тривожності та психологічних особливостей її проявів у батьків дітей з особливими освітніми потребами. Особлива увага була приділена вивченню впливу умов війни на рівень тривожності цієї категорії батьків, а також узагальненню факторів, що сприяють посиленню тривожності в контексті воєнного часу.

У рамках емпіричного етапу дослідження було проведено діагностику рівня тривожності батьків дітей з особливими освітніми потребами, виявлено специфічні прояви тривожності, притаманні цій групі, а також перевірено гіпотези, сформульовані на основі теоретичного аналізу. Під час дослідження використовувалися стандартизовані діагностичні інструменти, зокрема шкала Бека (BAI), госпітальна шкала тривожності та депресії (HADS), шкала реактивної та ситуативної тривожності Спілбергера, а також шкала генералізованого тривожного розладу (GAD-7). Результати показали високий рівень тривожності та депресії серед респондентів, що свідчить про значний емоційний тиск і труднощі в подоланні стресових ситуацій. Велика ймовірність виникнення генералізованого стресового розладу спостерігається у 25% опитуваних. Найбільш поширеними проявами тривожності були: постійне відчуття тривоги, неможливість розслабитися, дратівливість і страх «найгіршого», що характерно для всіх вікових груп.

Аналіз вікових особливостей респондентів показав тенденцію до зростання рівня тривожності та депресії з віком. Однак статистичний аналіз за χ^2 -критерієм Пірсона не виявив суттєвого зв'язку між віком та рівнем тривожності, що вказує на те, що вікові фактори самі по собі не є визначальними, і, можливо, значно важливішими є фінансові, соціальні або психологічні аспекти.

Враховуючи результати дослідження, була розроблена програма психологічної підтримки, спрямована на зниження рівня тривожності та

депресії, а також покращення загального психоемоційного стану учасників. Програма мала форму групової терапії, де кожен учасник отримав можливість глибше дослідити природу тривожності, зрозуміти механізми її виникнення та дії на психіку. Важливими етапами програми були розкриття зв'язку між думками, емоціями та поведінкою, а також вивчення власних реакцій і визначення причин тривоги. Учасники працювали над формуванням внутрішніх опор та відкриттям нових ресурсів.

Програма дозволила учасникам «повернутися» до подій минулого, критично оцінити поточний стан і спланувати подальше життя, знайти способи подолання страхів і стресу, а також навчитися застосовувати ефективні методики релаксації та емоційної саморегуляції. Завдяки цьому, учасники не тільки зміцнили психоемоційну стійкість, але й отримали практичні інструменти для управління своїми емоціями та покращення якості життя.

Ефективність програми була підтверджена значним зниженням рівня тривожності та депресії серед учасників. За результатами другого емпіричного дослідження, рівень тривожності за шкалою Бека знизився з 40% до 20%, а за госпітальною шкалою — з 80% до 20%. Рівень депресії також зменшився з 80% до 20%. Ці зміни свідчать про високу ефективність запропонованих методик у зниженні тривожності. Розроблені методики дозволили знизити емоційне навантаження, дати можливість глибше осмислити переживання та побачити шляхи розвитку і покращення якості життя.

Гіпотеза, сформульована на початку дослідження, щодо високого рівня тривожності серед батьків дітей з особливими освітніми потребами та специфічних особливостей її проявів, а також необхідності комплексного підходу до її подолання, була підтверджена.

Подальші дослідження повинні бути спрямовані на адаптацію методик психологічної підтримки до різних вікових груп, соціальних умов та специфічних ситуацій, таких як війна. Важливо враховувати культурні, соціальні, економічні та індивідуальні фактори, які можуть впливати на рівень

тривожності та емоційний стан батьків дітей з особливими освітніми потребами.

Одним із перспективних напрямів є вивчення зв'язку між тривожністю батьків і психоемоційним станом дітей з особливими освітніми потребами. Також важливим напрямком дослідження є можливості інтеграції новітніх технологій, зокрема онлайн-форматів та мобільних додатків, для підтримки батьків у кризових ситуаціях. Адаптація програм до нових умов, таких як дистанційне консультування, дозволить розширити доступ до психологічної підтримки, зокрема в регіонах з обмеженим доступом до офлайн-ресурсів.

Отже, результати дослідження підтверджують важливість комплексного підходу до підтримки батьків дітей з особливими освітніми потребами, особливо в умовах війни. Розроблені програми психологічної підтримки є ефективними інструментами для зниження тривожності та депресії, що сприяє покращенню емоційного благополуччя батьків і, в результаті, покращенню якості виховання дітей. Подальші дослідження в цій галузі мають на меті вдосконалення методик підтримки, а також надання індивідуальних підходів, що враховують соціально-культурні та психологічні фактори впливу.