

**КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА
ПСИХОТЕРАПІЇ**

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему:

**Соціально-психологічні особливості матерів дітей з розладом
дефіциту уваги та гіперактивності**

Здобувача (ки) 2 курсу ПМ-224
групи

Спеціальності 053 Психологія
Освітньо-професійна програма
Клінічна психологія

Березюк І.В.

(прізвище та ініціали)

Керівник

к.психол.н, доц.,

Крайніков Е.В.

(вчене звання, науковий ступінь, прізвище та
ініціали)

Робота рекомендована до захисту
рішенням кафедри клінічної психології та кафедри соціальної психології

Протокол № 10 від « 24 » червня 2024р.

Зав. кафедри клінічної психології

д.психол.н., с.н.с., Лисенко І.П.

підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Зав. кафедри соціальної психології

к.психол.н., Трофімова Д.О.

підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Київ–2024

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. Теоретичні засади соціально-психологічних особливостей матерів дітей з розладом дефіциту уваги та гіперактивності	
1.1 Материнство як психологічний феномен.....	8
1.2 Феноменологія розладу дефіциту уваги та гіперактивності поняття та специфіка прояву розладу у дітей та дорослих.....	15
1.3 Психологічні виклики батьків, що виховують дітей з РДУГ.....	22
Висновки до розділу 1.....	30
РОЗДІЛ 2. Емпіричне дослідження соціально-психологічних особливостей матерів дітей з РДУГ	
2.1 Підходи до дослідження. Загальний огляд методик.....	33
2.2 Організація та проведення емпіричного дослідження.....	41
2.3 Аналіз та інтерпретація результатів дослідження.....	46
Висновки до розділу 2.....	66
РОЗДІЛ 3. Модель психологічної допомоги матерям з РДУГ	
3.1 Обґрунтування методів психологічної допомоги матерям дітей з синдромом дефіциту уваги та гіперактивності.....	69
3.2 Програма психологічної допомоги батькам дітей з РДУГ.....	79
Висновки до розділу 2.....	86
ВИСНОВКИ.....	90
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	96
ДОДАТКИ.....	106

ВСТУП

Материнство є важливою частиною життя жінки, накладаючи на неї відповідальність за створення умов для розвитку дитини на кожному етапі її зростання. Коли поведінка дитини супроводжується нестримною активністю, балакучістю, непосидючістю, неорганізованістю, неухважністю, безвідповідальністю, агресивністю, опозиційно-викличною поведінкою це виступає додатковим джерелом занепокоєння та стресу для матері.

Прояви вищезгаданої поведінки дитини є критеріями прояву розладу з дефіцитом уваги та гіперактивності.

РДУГ - це нейророзвитковий розлад, що характеризується стійкими симптомами неухважності та/або симптомами гіперактивності-імпульсивності, що з'являються впродовж дитинства та призводять до функціональних порушень у різних сферах життя.

Розлад з дефіцитом уваги та гіперактивності є одним найбільш поширених розладів, який мають 5% дітей та 3% дорослих [41]

Сім'я, в якій виховується дитина з РДУГ, стикається з ситуаціями дискомфорту та внутрішньої напруги, які є складними та порушують звичний лад життя, змінюють самоставлення та сприйняття навколишнього світу.

Розлад дефіциту уваги та гіперактивності є розладом, що може впливати на багато аспектів життя дитини та сім'ї. Дитина з РДУГ має академічні труднощі та проблеми із соціальними навичками. Це може проявлятися у труднощах із засвоєнням навчального матеріалу, нездатністю зосередитися на завданнях, що призводить до низької успішності в школі. Крім того, дитина часто стикається з проблемами у взаємодії з однолітками через імпульсивну поведінку, непосидючість і труднощі в дотриманні соціальних норм, що може призводити до конфліктів та ізоляції.

Сім'я відіграє великий вплив на розвиток і адаптацію дитини з РДУГ. Від ступеню адаптації батьків, що виховують дитину з РДУГ залежить якість життя

всіх членів сім'ї, а особливо самої дитини. Вміння ефективно взаємодіяти зі стресовою ситуацією відіграє одну з ключових ролей в адаптаційному процесі.

Важливу роль відіграють способи реагування людини на стресові ситуації та важкі життєві обставини. Саме пошук та використання матір'ю ефективних способів копіngu є важливим, оскільки, допомагає знижувати рівень впливу стресових ситуації та виходити на нормальний рівень функціонування. Для створення оптимальних умов розвитку дитини в сім'ї батькам необхідно мати достатньо емоційної рівноваги, самоконтролю, терплячості, організованості та фізичних сил.

При огляді наукових публікацій, присвячених соціально-психологічним аспектам РДУГ, прослідковано, що предметом досліджень, зазвичай, є діти молодшого, рідше підліткового віку, а на батьківські проблеми звернено обмаль уваги. [42]

РДУГ є одним з найбільш досліджених розладів розвитку та розроблено досить ефективні методи допомоги.

Водночас, проблемою батьків дітей з РДУГ в Україні є недостатня обізнаність про сам розлад. Батьки не завжди можуть отримати доступ до необхідних послуг, в тому числі й психологічних. Це також виступає фактором підвищення рівня стресу, виснаження, які в свою чергу призводять до труднощів у стосунках з дитиною. Часто на психологічний стан батьків не звертають увагу, тоді як саме за умов стабільності батьків можлива ефективна взаємодія з дитиною і сім'ї.

Найбільше навантаження по організації життя та догляд за дитиною лягає на матір. Від взаємодії матері з дитиною залежить розвиток дитини та адаптація її в житті. Разом з тим, постійна потреба в контролі за поведінкою дитини, складнощі з навчанням та соціальною адаптацією створюють додаткове навантаження. Часті епізоди імпульсивності та проблеми з концентрацією уваги у дітей з РДУГ можуть приводити до конфліктів і ускладнювати повсякденне життя. Це може викликати у матері почуття виснаження, тривогу та провини. До

того ж, матері часто відчувають ізоляцію через нерозуміння та осуд з боку оточуючих (Р.Барклі).

Тому на способи подолання стресових ситуацій матер'ю, її благополуччя та психічне здоров'я особливо важливі і на них слід звернути особливу увагу

Актуальність даного дослідження “Соціально-психологічні особливості матерів дітей з розладом дефіциту уваги та гіперактивності” обумовлює факт недостатнього висвітлення проблем, з якими стикаються матері при вихованні дітей з розладом дефіциту уваги та гіперактивності.

Слід відмітити важливість розробки шляхів надання психологічної допомоги батькам дітей, що мають розлад дефіциту уваги та гаперактивності, підвищення рівня обізнаності щодо розладу батьками та суспільством, покращення батьківської функції та рівня психологічних ресурсів батьків.

Дослідження системи дитячо-батьківських відносин сімей дітей з РДУГ відносин є важливим чинником психологічного благополуччя як дітей з цим розладом, так і їхніх батьків

Ситуація в країні поступово змінюється. За останні роки у інформаційному просторі чим раз частіше з'являється інформації про РДУГ, створюються ком'юніті, в які об'єднуються батьки, проводяться тренінги напрацювання навичок тощо. В той же час, повномасштабна війна є великим джерелом стресу, що додає нових викликів для матерів та дітей.

Об'єкт дослідження: матері дітей до 18 років.

Предметом дослідження є соціально-психологічні особливості матерів дітей з розладом дефіциту уваги та гіперактивності.

Мета дослідження: дослідити соціально-психологічні особливості матерів дітей з розладом дефіциту уваги та гіперактивності.

При виконанні даної роботи поставлено **наступні завдання:**

1. проаналізувати літературу по темі дослідження
2. організувати та провести емпіричне дослідження
3. проаналізувати та проінтерпретувати отримані результати

4. розробити програму психологічної допомоги.

При підготовці даної роботи використано методи дослідження:

1. теоретичні: систематизація та аналіз наукової літератури та досліджень дозволяє зібрати, узагальнити інформацію про соціально-психологічні особливості матерів дітей з розладом дефіциту уваги та гіперактивності.
2. емпіричні. Дослідження проводилось з використанням наступних методик:
 - Методика дослідження копінг-поведінки в стресових ситуаціях (Н. Ендлер, Дж. Паркер) [30]
 - Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі [30]
 - Тест на виявлення батьківського стилю спілкування з дитиною (за Оленою Мерзляковою). [34]
 - Шкала задоволеності життям (методика SWLS Е. Дінера) [31]
 - Шкала стрийнятого стресу (PSS-10 Ш.Коена) [7]
 - авторська анамнестична анкета
3. математико-статистичні;
4. метод психологічної інтервенції.

Гіпотеза дослідження: можна припустити, що існують психологічні відмінності матерів дітей з РДУГ та матерів нормотипових дітей.

Характеристика вибірки дослідження: в дослідження прийняли участь 104 матері дітей до 18 років, з них: 56 матерів дітей з РДУГ та 48 матерів нормотипових дітей.

Теоретична значущість роботи: було проведено детальний теоретичний аналіз феномену материнства, історії розвитку та особливостей розладу дефіциту уваги та гіперактивності дітей та дорослих та соціально-психологічних особливостей сім'ї, де виховується дитина з РДУГ, розглянуто роль матері в розвитку та адаптації до життя дитини з РДУГ. Проведено аналіз останніх досліджень на тему розладу дефіциту уваги та

гіперактивності у дітей та дорослих та особливості функціонування сім'ї, де виховується дитина з РДУГ.

Практична значущість роботи: застосування обраного поєднання діагностичних методик дозволить визначити зв'язок між соціально-психологічними особливостями матері та стилем виховання дитини з РДУГ. Особливості взаємодії між досліджуваними явищами будуть корисними для організації методичних рекомендацій та практичної допомоги сім'ям, де виховується дитина з РДУГ

Розроблена програма тренінгу для матерів дітей з РДУГ може бути використана для підтримки психологічного здоров'я батьків дітей з розладом дефіциту уваги та гіперактивності.

РОЗДІЛ 1. Теоретичні засади соціально-психологічних особливостей матерів дітей з розладом дефіциту уваги та гіперактивності

1.1 Материнство як психологічний феномен.

Материнство вивчають як складне поняття, що охоплює не лише біологічний аспект, пов'язаний з народженням дитини, але й соціальні, психологічні, культурні та духовні аспекти.

Поняття материнства є міждисциплінарним та вивчається в межах історії, медицини, фізіології, біології поведінки, культурології, соціології, філософії та психології.

Материнство - це унікальний психологічний феномен, що включає в себе еволюційну історію, фізіологічні механізми, культурні та індивідуальні особливості.

Інститут материнства в кожній культурі являє собою складну та багатогранну систему, яка включає різноманітні способи підготовки жінки до ролі матері, а також методи виховання дітей. Ці способи передбачають, що частину своїх функцій мати буде усвідомлювати, а частину - ні. Що в суспільній свідомості частина функцій материнства представлена у вигляді звичаїв, традицій, прикмет, забобонів, тощо. Саме таке розуміння материнства відображає його багатогранність і культурну специфічність [33].

На індивідуальному рівні материнство, як екзистенційна цінність, дає жінці можливість реалізувати свій природний потенціал, втілити себе у своїх дітях і задовольнити прагнення залишити по собі життя. Це прагнення ґрунтується на загальнолюдському розумінні сутності життя, його змісту та сенсу, а також на усвідомленні місії кожної людини в суспільстві.

У процесі онтогенетичного розвитку, через спілкування з матір'ю та спільні з нею дії, у дитини формуються перші уявлення про навколишній світ, соціальні та сімейні стосунки. У цей період дитина асоціює образ світу з образом матері, тому початкова картина світу є відображенням світу, сформованого у самої матері. Це є основним механізмом залучення дитини до людської культури та

засвоєння нею необхідних соціокультурних рис. Ці риси, у свою чергу, формують духовно-емоційний фон особистості відповідно до етично-естетичних цінностей та індивідуальних якостей.

Отже, можна сказати, що материнство як соціокультурний феномен неявно включає в себе витоки всієї людської культури та цивілізації, а також увесь суспільно-історичний, етичний і сімейний досвід людства.

Інтерес до материнства в психології з'явився в рамках двох напрямів: по-перше, при вивченні ролі матері у формуванні ранніх особистісних структур (психоаналіз та інші напрями психології особистості, такі як роботи З. Фрейда, К. Хорні, Е. Еріксона, Дж. Боулбі та інших), і по-друге, у практичних дослідженнях, пов'язаних із порушенням психічного розвитку дитини (дитяча психіатрія, соціальна дезадаптація, психологічні проблеми дітей та підлітків, як у дослідженнях А. Фрейд, М. Кляйн, Д. Віннікота, М. Малера та інших).

Д. Віннікотт вважає, що здатність "бути гарною матір'ю" розвивається у жінки через її взаємодію з власною матір'ю, під час гри, при спілкуванні з маленькими дітьми в дитинстві, а також через власний досвід вагітності та материнства. Він підкреслює, що жінка не може навчитися материнству з книг, від патронажних сестер чи лікарів. Її знання ґрунтуються на власному дитячому досвіді. Крім того, вона спостерігає, як інші батьки піклуються про дітей, можливо, доглядала за молодшими братами чи сестрами, і, що особливо важливо, навчалася під час гри в "доньки-матері" у своєму ранньому дитинстві.

На думку Е. Еріксона, на ранніх етапах розвитку відносини з матір'ю є основою для майбутньої соціалізації дитини, але і ніякий соціальний конструкт не може потенційно нанести дитині стільки шкоди, скільки це може зробити сім'я. [18]

Материнство в психоаналітичних теоріях розглядається як один з аспектів почуття жіночності в дівчинки, що залежить від формування ядра статевої ідентичності. [83]. Цей процес включає не тільки усвідомлення своєї жіночої природи, але й інтеграцію материнських аспектів у самосприйняття. Важливість

материнства проявляється в тому, як дівчинка поступово приймає ідею потенційної ролі матері, що є невід'ємною частиною її ідентичності як жінки. Найважливішим проявом жіночої ідентичності є бажання піклуватись про дитину. Фантазії, щодо майбутньої ролі матері, з часом формують основу її жіночої статевої ролі та її Его-ідеалу [26].

О. П. Проскурняк сім'ю батьків та стосунки з власною матір'ю описує як основні чинники психологічної готовності до материнства [38].

Еріх Фромм головне призначення жінки бачив у продовженні роду. Він вважав, що кожна людина, незалежно від статі прагне до цілісності та розвитку. Жінка має стати матір'ю і якщо вона з якихось причин не народить дитину і не подарує їй свою любов, то вона має реалізувати свої здібності в інших сферах [38].

М.В.Нероба відмічає біологічний напрям материнства, відповідно якого матір і створені нею умови розглядаються як організація фізіологічного і стимульного середовища для дитини. Велику роль мають еволюційні аспекти формування поведінкових, фізіологічних та мотиваційних аспектів материнства. Фізіологічні та психофізичні аспекти направлені на вивчення механізмів статевого дозрівання та забезпечення вагітності та народження дитини.

Досить важливим є вивчення взаємозв'язку емоційного стану і гормонального фону матері та їх впливу на материнсько-дитячі стосунки. Мають бути стабілізовані роздратованість, виснаження, хвилювання, депресивні та тривожні стани. Ці переживання, а також можливі ускладнення при пологах емоційно та фізично втомлюють матір, що може перешкоджати формуванню прив'язаності з дитиною.

Дж. Боулбі зазначає, що прив'язаність формується як міцний емоційний зв'язок між матір'ю та дитиною з ранніх стадій вагітності і триває протягом усього життя. Ця комунікація здійснюється через взаємодію емоційних сфер і сенсорних систем матері та дитини. Безпечна прив'язаність створює основу для багатьох можливостей у дорослому віці, таких як позитивна самооцінка,

автономність і впевненість, емоційна регуляція, а також здатність будувати стосунки з іншими людьми [26].

Т.В.Дегтяренко відмічає основні мотиви материнства:

- досягнення бажаного соціального і вікового статусу (я — доросла, самостійна жінка, яка займає певне положення в суспільстві і має право на відповідне ставлення до себе в сім'ї та суспільстві);

- відповідність моделі "повноцінного життя" (людина повинна і може мати певні речі, без яких її життя не повне і відрізняється від інших);

- прагнення продовжити себе і свій рід (залишити після себе спадок, який забезпечить продовження родоводу, зокрема через народження дітей, які стануть батьками моїх онуків і правнуків);

- реалізація своїх інтелектуальних і особистісних можливостей (виховувати дітей, передаючи їм свої знання та життєвий досвід);

- компенсація власних нездійснених потреб (щоб мій нащадок став кращим, розумнішим, красивішим і щасливішим за мене, отримав те, чого я не змогла отримати у своєму житті);

- вирішення власних життєвих проблем (укласти або зміцнити шлюб, довести собі та іншим, що я здатна народити і бути матір'ю; уникнути самотності; знайти помічника на старість);

- любов до дітей — найскладніший мотив, який включає задоволення від спілкування з дитиною, інтерес до її внутрішнього світу, здатність і бажання сприяти розвитку її індивідуальності, а також усвідомлення того, що дитина стане самостійною особистістю (не "моєю", любитиме інших і приділятиме їм свій час і увагу);

- досягнення критичного віку для народження дітей, що стимулює жінку реалізувати своє біологічне та соціальне призначення [18].

Виділяють видотипову та конкретно-культурну материнську функції, які є взаємопов'язаними.

До видотипових входить:

1. Створення стимулюючого середовища для оптимального психофізичного розвитку дитини до та після народження, зокрема психомоторних, когнітивних та емоційних процесів;

2. Забезпечення умов для засвоєння дітьми типової структури різних форм психічної діяльності, що досягається через спільне виконання матір'ю всіх видів психічної діяльності з дитиною;

3. Сприяння виникненню у дитини типових потреб, що формуються протягом життя: потреба в емоційній взаємодії з дорослим; отримання позитивних емоцій від дорослого; залучення дорослого до особистої практичної діяльності; потреба в оцінці своєї активності та її результатів дорослим; пізнавальна потреба; формування прив'язаності (емпатії);

4. Організація умов для освоєння дитиною типових засобів спілкування, які відображаються у вербальних і невербальних формах потреби у спілкуванні;

5. Забезпечення умов для розвитку відповідних мотиваційних механізмів психічної діяльності.

До конкретно-культурних функцій відносять:

1. Забезпечення матір'ю середовища для фізіологічної, практичної, ігрової діяльності та спілкування дитини, сприяючи етнокультурному розвитку психомоторики, когнітивної, емоційної та мотиваційної сфери.

2. Створення умов для формування культурної моделі прив'язаності дитини, характерної для певної популяції.

3. Організація соціально-комфортного середовища, що сприяє формуванню у дитини ознак етнічної ідентичності та ментальності.

4. Забезпечення умов для розвитку культурних особливостей мотивації досягнення у дітей через наочні, ігрові та інформаційні засоби навчання й виховання.

5. Сприяння засвоєнню дитиною основних культурних моделей поведінки, включаючи ціннісно-сміслові орієнтації, сімейні традиції, патріотизм, релігійний і духовний світогляд, етнічне сприйняття світу

6. Варто зазначити, що деякі з вищезазначених функцій жінки почали усвідомлювати лише останні десятиліття. [18]

Материнство може бути розглянуто не лише як умова для розвитку дитини, але й як особлива потребно-мотиваційна сфера матері, що формується протягом життя.

В сучасній психології материнство розглядається в аспекті задоволеності своєю материнською роллю жінки як стадії особистісної та статевої ідентифікації. В цьому випадку можна говорити про зрілу материнську ідентичність, що передбачає особливу позицію відносно себе та власної дитини та має когнітивний, емоційно-смісловий та поведінковий компоненти.

Когнітивний передбачає наявність у матері потрібних знань про дитину, вони проявлені не лише зовнішньо, а і на рівні розуміння потреб та сигналів дитини ще на пренатальній стадії.

Поведінковий передбачає компетентну взаємодію матері з дитиною, відповідно до її потреб.

Емоційно-смісловий компонент проявляється у повному прийнятті дитини як самостійної особистості.

Отже, узагальнивши основні дослідження, можна допустити, що материнство як психологічний феномен розглядається з двох позицій: як забезпечення умов для розвитку дитини та як частина особистісної сфери жінки.

Образ матері та материнства в українській свідомості має свою специфіку. Визначають наступні риси, притаманні для українського етносу: формування засад материнства у дівчаток з дитинства, поваги до себе як до “берегині”, формування глибокої поваги до жінки у чоловіків, відповідальність щодо

власних намірів; рівноправність партнерів у шлюбі; вшанування родинного простору; працьовитість обох батьків на користь родини [18].

У сучасному суспільстві материнство часто не займає першого місця в ієрархії цінностей жінок. Зростає прагнення до професійного успіху та кар'єри, посилюється потяг до добробуту та високого рівня споживання, що створює перешкоди для материнства. Ситуацію ускладнює також розрив зв'язків між поколіннями та втрата традиційних способів передачі досвіду й формування материнсько-дитячої взаємодії. Жінка часто виявляється не обізнаною щодо базових особливостей розвитку дитини та своїх обов'язків з догляду і спілкування з нею. Зменшення кількості дітей у сім'ї також призводить до того, що перше немовля, з яким молода мати має справу, часто є її власною дитиною.

О.П. Проскурняк зазначає, що здатність жінки “бути гарною матір'ю” формує її досвід взаємодії з власною матір'ю, в грі, у взаємодії з маленькими дітьми в дитинстві, а також у процесі власної вагітності та материнства [38].

Психологічна готовність до материнства розуміється як здатність матері створити належні умови для розвитку дитини, що проявляється в характерному типі материнського ставлення.

Українська дослідниця Н.В.Яремчук [55] психологічну підтримку молодій мамі до материнства розглядає як процес спрямований на розвиток ціннісно-мотиваційного, інформаційно-пізнавального, комунікативного, емпатійного та афективно-регулятивного компонентів, внаслідок яких жінка приймає соціальну та психологічну роль та функцію матері, формує специфічні навички психологічної культури та сімейного спілкування.

Ціннісно-мотиваційний компонент включає усвідомленість жінкою цінності дитини, важливість ролі матері, стійка мотивація до народження дитини.

Інформаційно-пізнавальний компонент передбачає володіння знаннями щодо особливостей перебігу вагітності, народження та виховання дитини.

Комунікативний компонент передбачає здатність до встановлення та підтримки доброзичливих стосунків та спілкування з дитиною.

Емпатійний включає здатність до розуміння почуттів дитини, співпереживання та співчуття.

Афективно-регулятивний передбачає здатність до подолання негативних емоційних станів та підтримання позитивних емоцій, почуття впевненості.

Отже, ключовим чинником материнської поведінки є рівень психологічної готовності до материнства. Це особливе системне утворення в психіці жінки, яке забезпечує відповідні умови для розвитку дитини, підтримку її інтересу до світу, любов і задоволення найважливіших психологічних потреб немовляти у безпеці.

1.2 Феноменологія розладу дефіциту уваги та гіперактивності, поняття та специфіка прояву розладу у дітей та дорослих

Розлад дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ) сьогодні розглядається як проблема, що лежить на перетині медицини, психології та педагогіки. Вона вимагає комплексного підходу до розуміння її причин, перебігу, лікування, профілактики вторинних розладів, корекції поведінки та покращення психологічного стану дітей і дорослих, які страждають на цей психічний розлад.

Розлад дефіциту уваги та гіперактивності - це нейророзвитковий розлад, що характеризується стійкими симптомами неувважності та/або симптомами гіперактивності-імпульсивності, що з'являються впродовж дитинства та призводять до функціональних порушень у різних сферах життя.

Це один із найбільш розповсюджених розладів. РДУГ мають приблизно 5% дітей та 3% дорослих [41].

Найчастіше проявляється в імпульсивності, нетерплячості, надмірній рухливості, неконтрольованості емоцій та дій, неувважності, балакучості,

незграбності, не обов'язковості, труднощах планування, конфліктності, агресивності тощо.

Прояви розладу, які важко піддаються контролю, значно погіршують якість життя і позбавляють людей відчуття благополуччя [7].

В той же час РДУГ є одним з найбільш досліджених розладів розвитку, щодо якого існують ефективні методи допомоги. З належною соціальною підтримкою та фахової допомогою особи з РДУГ можуть повноцінно розвиватися та реалізовувати себе у цьому світі. Тому такою важливою є вчасна діагностика та правильне розуміння розладу батьками та спеціалістами.

Історія розвитку розладу пов'язана з еволюцією наукового розуміння. В історичному контексті прояви РДУГ (приблизно 1775р.) швидше сприймали як погане виховання. До 1900-х років розглядали як проблему з розвитком дітей у здатності свідомо стримувати свою поведінку, обмірковувати наслідки своїх дій та дотримуватись правил соціальної поведінки [3].

Потім клініцисти почали концентрувати увагу на можливих причинах такої поведінки. У 1960-х роках поширився термін «мінімальна мозкова дисфункція» (ММД), який використовували для пояснення поведінки дітей з імпульсивністю, гіперактивністю, розладами уваги, письма та читання. Була гіпотеза про те, що причиною ГРДУ є ураження головного мозку в ранньому віці. Щодо локалізації уражень, йдеться в першу чергу про ураження лобної кори та підкірки (зокрема, базальних гангліїв). Це більше вважалось мінімальною дисфункцією мозку, тобто означало, що в мозку щось не так.

У 1980-х роках серед медиків стала популярною гіпотеза недостатньої активності мозку, згідно з якою дослідники вбачали причину надмірної активності, імпульсивності та некерованості поведінки дітей у незрілості та функціональній недорозвиненості мозку [77].

На початку 90-х років розлад починає аналізуватися з точки зору недостатньої розвиненості керуючих або виконавчих функцій префронтальної кори. В нейропсихології ці функції означають набір процесів, які дозволяють

планувати дії відповідно до поставленої мети, змінювати реакції залежно від контексту, вибірково зосереджувати увагу на важливих стимулах тощо. Ці функції є необхідними для контролю та саморегуляції поведінки [76].

До виконавчих функцій відносять: когнітивну гнучкість (можливість адаптувати мислення та поведінку до змін); здатність контролювати реакції та імпульси; здатність контролювати поведінку відповідно до плану дій; планування (здатність прогнозувати дії, обираючи спосіб досягнення мети); робочу пам'ять (можливість пам'ятати інструкцію до завдання); прийняття рішень (можливість робити правильний вибір).

За виконавці функції відповідає префронтальна кора і передня частина поясної звивини кори головного мозку. Саме ця частина мозку є недостатньо зрілою у дітей з РДУГ [32].

Відповідно до нейропсихологічної теорії Р. Барклі (1997), РДУГ пояснюється порушенням чотирьох виконавчих нейропсихологічних функцій: робочої пам'яті, саморегуляції, внутрішнього мовлення та поведінкового контролю. Барклі наголошує, що розвиток цих функцій у дітей з РДУГ відстає від вікової норми, що може призвести до подальших труднощів. Одним із основних дефіцитів при цьому розладі є недостатнє гальмування, що проявляється в гіперактивності як не здатності контролювати свою поведінку. Це виражається у надмірній рухливості, балакучості та надокучливості, неорганізованій поведінці. Розумова імпульсивність призводить до прийняття швидких рішень без врахування наслідків, що підвищує ризикованість поведінки дітей та підлітків з РДУГ. Невгамовність і нездатність сидіти на місці викликають значні труднощі в школі.[3]

Е. Вілкатт та його колеги у своїх дослідженнях зосереджуються на виявленні конкретних генетичних і екологічних факторів, які підвищують сприйнятливність до СДУГ. Дані свідчать, що цей розлад виникає внаслідок комбінації численних генетичних та екологічних ризиків, жоден з яких не є самостійно необхідним або достатнім для розвитку РДУГ. Крім того,

підкреслюється, що взаємодія цих факторів може як сприяти розвитку синдрому, так і зменшувати ризик його проявів.[86]

Наступною науково підтвердженою гіпотезою стало припущення, що даний розлад пов'язаний із порушенням обміну двох нейротрансмітерів – дофаміну та норадреналіну, задіяних у передачі нервових імпульсів, зокрема у системі «лобна кора – підкірка (базальні ганглії) – лімбічна система». Основним доказом цього є ефективність медикаментів що діють на систему дофаміну та норадреналіну і призводять до вираженого зменшення симптомів у 70-90% дітей із РДУГ. [42]

Крім того, існують вагомі докази спадкової причини РДУГ. Генетичну природу розладу на даний момент вважають основною з більшості випадків. Це насамперед гени, які відповідають за систему дофаміну та норадреналіну. Але, як і для більшості сучасних психічних розладів із генетичною природою, РДУГ є полігенним розладом, тобто його спричиняє, найбільш імовірно, комбінація генів, а не один ген. Це пояснює клінічно поліморфну картину розладу та існування різних ступенів тяжкості та підтипів ГРДУ, а також високу частоту наявності коморбідних розладів.

Отже, можна стверджувати, що РДУГ є етіологічно поліморфним розладом, при якому причиною розладу є два фактори – генетичний та органічного ураження ЦНС – або ж їх комбінації. [42]

У МКХ-11 цей розлад характеризується стійкою (щонайменше 6 місяців) неухвальною та/або гіперактивністю-імпульсивністю, що починаються у дитинстві (6-7 років). Симптоми повинні перевищувати нормальні відхилення для віку та інтелектуального розвитку, значно впливаючи на академічне, професійне або соціальне функціонування.

Гіперактивність, неухвальною та імпульсивність, що можуть бути виражені в різних дітей по різному.

- Дефіцит уваги виявляється у важкості утримувати увагу на конкретній діяльності, особливо якщо вона є рутинною або мало цікавою. Люди з цим

розладом можуть швидко втрачати інтерес до завдання, легко відволікатися з будь-якого приводу та забувати про деякі щоденні обов'язки.

- Гіперактивність проявляється у постійному руханні, непосидючості, важкості сидіти на одному місці. Це може бути особливо помітним у дітей: вони можуть бігати, стрибати, нудьгувати або не знаходити спокою. У дорослих це може виявлятися у внутрішньому поспішанні, постійному русі або непокої.

- Імпульсивність - це також одна з ознак РДУГ. Люди з цим розладом можуть діяти без обдумування наслідків, роблячи спонтанні рішення або вчинки, які можуть призвести до проблем у взаємодії з іншими або порушенням правил.

Р. Барклі виділив основні критерії для підтвердження наявності РДУГ:

- розлад постає на ранньому етапі розвитку дитини;
- він чітко відрізняє цих дітей від типових однолітків або тих, хто немає розладу;
- є частково поширеним або виникає у багатьох різних ситуаціях, не обов'язково у всіх одразу;
- впливає на здатність дитини успішно виконувати типові вимоги, що постають перед дітьми цього віку в різних сферах життя.
- розлад є стійким у часі та розвитку;
- не виникає виключно на екологічні чи соціальні причини;
- пов'язаний з порушенням функціонування і розвитку мозку;
- пов'язаний з іншими біологічними чинниками, що можуть впливати на функціонування і розвиток мозку (генетика, травми, токсини тощо). [3]

Для того, щоб діагностувати розлад, модель поведінки повинна бути чітко спостережуваною у більш ніж одній обстановці.

Виділяються наступні підтипи розладу:

- розлад дефіциту уваги з гіперактивністю, переважно неухважної презентації.

- розлад гіперактивності з дефіцитом уваги, переважно гіперактивно-імпульсивної презентації.

- розлад дефіциту уваги з гіперактивністю, комбінована презентація. Мають місце усі дефініційні вимоги до порушення гіперактивності та дефіциту уваги.

- розлад гіперактивності з дефіцитом уваги, інший уточнений тип.

- розлад дефіциту уваги з гіперактивністю, не уточнений тип.

У Діагностичному та статистичному керівництві психічних розладів, розробленому Американською психіатричною асоціацією, відбулись зміни між IV та V версіями. У DSM-IV РДУГ був включений у розділ «Розлади, що зазвичай вперше діагностуються в дитячому та підлітковому віці». У DSM-V цей розділ перейменовано на «Розлади розвитку нервової системи». [59].

На сьогоднішній день існує два засновані на доказах методи лікування дітей із РДУГ: медикаменти (переважно стимулятори) та поведінкові методи.

Діагностика РДУГ у дітей та дорослих ускладнюється через високу коморбідність з іншими розладами.

Проблеми саморегуляції, пов'язані з розладом, з'являються в дитини ще з ранніх років. Однак, відповідно до медичних протоколів діагноз ставиться дитині не раніше 6-7 років, коли симптоми можна виявити в різних ситуаціях.

Дослідження вікової динаміки СДУГ показало, що максимальна інтенсивність симптомів (надмірна активність, імпульсивність, дезорганізованість, неуважність) спостерігається в молодшому шкільному віці та молодшому шкільному віці і збігається з ключовими етапами розвитку мозку. У цьому віці у дітей активно розвиваються здатності до планування і самоконтролю. Через особливу вразливість цих сфер у дітей із СДУГ, дефіцит стає помітним.

Гіперактивні діти також часто проявляють агресію, нестійкість до стресу, тривожність, і відсутність почуття безпеки. Вони мають нижчий рівень соціальної зрілості, прагнуть керувати, ведуть себе агресивно і демонстративно, швидко реагують на зауваження різкістю та непослухом. Це завдає страждань як оточуючим, так і самим дітям, які хочуть виконати обіцянки, але не можуть. Але світ таких дітей не обмежується антисоціальною поведінкою – вони часто демонструють кмітливість, неординарні здібності, швидко схоплюють інформацію, товариські. РДУГ є спектральним розладом, що може мати різний ступінь складності та індивідуальну клінічну картину. Уявлення про дитину із СДУГ як "злої за характером, генетично запрограмованої на агресивність та асоціальність" є стигматизуючим і не відображає правди [42].

Тому, для уникнення несприятливого впливу на долю людини такою важливою є терапевтична допомога дитині діагнозом РДУГ. Своєчасна спеціалізована допомога сім'ям дітей з РДУГ, що спиратиметься на сучасні дані про розлад допоможе мінімізувати ці негативні наслідки.

Водночас, не коригований РДУГ може призвести до ускладнень.

Вторинними ускладненнями РДУГ для дітей (а також їхніх батьків) є:

- поведінкові проблеми
- низька самооцінка
- низький рівень прагнень
- труднощі з навчанням
- дефіцит комунікативних навичок
- вторинні соціальні та навіть ментальні проблеми

Зазвичай діти з РДУГ мають середній та високий рівень інтелекту. Щоб розкрити свій потенціал, стати успішними в подальшому навчанні та в житті вони потребують підтримки оточення, розуміння та допомоги в корекції своєї поведінки.

Багато дорослих, у яких РДУГ не було діагностовано в дитинстві, не усвідомлюють, що цей розлад є причиною їх труднощів із увагою, навчанням, організацією простору та міжособистісними конфліктами. Людина пристосовується до розладу або її лікують від інших розладів зі схожими симптомами, таких як депресія чи тривожні стани.

Симптоми розладу у дорослому віці призводить до емоційних та соціальних труднощів і можуть зберігатись протягом усього життя. Вони мають низьку толерантність до дискомфорту та втрат. Часто присутня нестабільність та дратівливість, некритичність до своїх дій та вчинків, не надійність у професійних стосунках, часте відволікаються на дрібниці, забуваючи про головне. Це призводить до проблем на роботі, втоми, стресу та напруження. Ненадійність у роботі та забудькуватість викликають нарікання, що може призвести до втрати робочого місця.

Дорослі з РДУГ часто не можуть реалізувати свої здібності, такі як інтелект і креативність, через імпульсивність, непослідовність, нетерплячість і не вміння планувати. Це заважає їм бути успішними, що викликає депресію, апатію або агресивність. У міжособистісних стосунках вони стикаються з невдачами, що призводить до сварок і розриву відносин, а також до втрати роботи. Без усвідомлення проблеми та пошуку шляхів її вирішення вони втрачають самоповагу і можуть зловживати алкоголем або наркотиками. Більшість таких дорослих мають труднощі з працевлаштуванням і ризикують брати участь у делінквентній поведінці.

1.3 Психологічні виклики батьків, що виховують дітей з РДУГ.

Сім'я для дитини завжди була і залишається ключовим місцем, де формується її особистість. Від впливу сімейної атмосфери та характеру взаємодії в ній залежить розвиток особистості дитини.

Батьки забезпечують керівництво, емоційну та фінансову підтримку, а також слугують прикладом для наслідування, допомагаючи дітям дорослішати.

Якщо в сім'ї панує злагода, батьки дружелюбні та відповідальні, чутливі до потреб дитини, встановлюють обґрунтовані та адекватні вимоги, то дитина має всі шанси гармонійно розвиватись, рости в гармонії з собою та світом.

Психологічний клімат сім'ї дійсно є ключовим фактором, який впливає на емоційний стан та розвиток дитини. Від атмосфери, яка панує вдома, моральних і етичних принципів батьків значною мірою залежать різні аспекти життя дитини. [36]

Від взаємодії з батьками, по мірі того наскільки дорослі забезпечують дитині відчуття фізичної та емоційної безпеки залежить подальший розвиток дитини в майбутньому.

Дорослі повинні керуватися принципами любові та поваги до особистості дитини. Основні завдання сім'ї включають формування у дитини потреби в соціальному контакті (М. Лісіна), базової довіри до світу (Е. Еріксон) та прив'язаності (Дж. Боулбі, М. Ейнсворт) в ранньому віці.[25]

В міру того, як діти дорослішають, стають більш незалежними поступово з'являються конфлікти між ними та батьками. Ці конфлікти ускладнюються наявністю таких розладів, як розлад дефіциту уваги з гіперактивністю, через що взаємодія та виховання дітей ускладнюється. Зокрема, такі діти можуть проявляти поведінку, яку інші діти не демонструють, що може призводити до збільшення стресу у взаєминах між батьками та дітьми.

Для дитини з розладом дефіциту уваги і гіперактивності сім'я може відіграти як компенсаторну роль в проявах розладу, сприяти їх оптимізації та успішній соціальній адаптації, так стати джерелом вторинних наслідків, супутніх захворювань, особистісних та соціальних проблем у дорослому віці.

Слід відмітити, що проблеми сімей з дітьми, які мають РДУГ, здебільшого розглядаються через призму труднощів дитини. Психологічна допомога часто обмежується порадами батькам щодо організації життя дитини та консультаціями з питань поведінки, навчання та виховання.

Сукупність цих чинників зумовлює потребу батьків у професійній психологічній допомозі.

На функцію соціалізації дитини з РДУГ впливають соціальне та матеріальне становище родини, освіта та рід занять дітей, їх цінності та світогляд, атмосфера в сім'ї.

Виховання дитини з РДУГ для батьків може виявитись неймовірно складним завданням та великим викликом. Батьки дитини з РДУГ повинні бути постійно залучені у всі процеси дитини. Вони змушені шукати школи, вчителів та інших фахівців, а також соціальну допомогу. Їм доводиться контролювати, стежити, навчати, організовувати, планувати, структурувати, нагороджувати, карати, супроводжувати, захищати та виховувати свою дитину набагато більше, ніж це вимагається від типових батьків. Сюди потрібно додати ще проблемну поведінку, що може виникати при взаємодії з оточенням.

Крім того, психологічні проблеми самих батьків, які можуть бути обтяжені наявністю РДУГ у них самих, негативно впливають на дітей. Доведено, що відсутність планування та цілей виховання, знижена рефлексія батьків щодо своїх почуттів, не дозволяють побудувати послідовний процес виховання. Виникає своєрідне замкнене коло: чим гірша поведінка дитини, тим жорсткішими та директивними стають батьки.

Через відсутність знань та невміння правильно організувати процес виховання батьки починають занадто тиснути на дитину або усуваються від активної участі в її житті. Батьки вдаються до покарання, залякування, надмірної уваги [17].

В сім'ях, де виховуються діти з РДУГ, спостерігається певний ступінь негативізму, конфліктності, низький рівень ефективного виховання, підвищений рівень батьківського стресу.

Згідно з дослідженням Ш. Джонсон батьки дітей з РДУГ використовують більше негативних стратегій виховання. Психологічне функціонування матері

також відрізняється нижчим показником самоповаги в сім'ях дітей із РДУГ та в сім'ях без розладу. [71]

Зазвичай в сім'ях матері займають роль сімейних керуючих, що відповідають за організацію різних процесів, пов'язаних з навчанням та вихованням дітей, в той у батька більшість взаємодії з дитиною проходить в ігровій формі. Як наслідок матір стає більш директивною та вимогливою, ніж батько. [62]

Доведено позитивну роль адекватних стратегій виховання на розвиток дитини з РДУГ. В дослідженні Ш. Джонсон виявлено позитивний вплив чуйності до дитини, теплоти та прийняття матері на прояви РДУГ у дитини. [72]

Відносини між батьком і дитиною ще недостатньо вивчені, але вони можуть пояснити різні результати у дітей. Встановлено, що активна участь батька в житті дитини тісно пов'язана з благополуччям та позитивним розвитком дитини. [13]

Діти з РДУГ мають більше негативних взаємодій з батьками, ніж їхні однолітки без розладу, що підвищує ризик розвитку серйозних поведінкових проблем у підлітковому віці. Водночас, позитивне виховання знижує ймовірність розвитку таких проблем як у дітей з СДУГ, так і без нього. [20]

Батьки дітей з РДУГ, які приймають ліки, повідомляють про меншу проблемну поведінку своїх дітей та кращу сімейну взаємодію порівняно з батьками дітей з СДУГ, які не отримують ліки

Оскільки симптоми розладу часто важко розпізнати, батьки чекають коли дитина переросте свою надмірну рухливість. Отримання діагнозу батьками сприймається емоційно важко. Батьки стикаються з обуренням, розчаруванням, втратою, бажанням виправити дитину, відчуттям втрати контролю та почуттям провини. [17]

В Україні великою проблемою є недостатня обізнаність про сам розлад. Батьки не завжди можуть розібратись з медичною термінологією та отримати

доступ до потрібних послуг. Як наслідок це призводить до підвищення рівня стресу та зниження адаптаційних можливостей.

Ситуацію ускладнює й те, що дитина більш посилено потребує батьківського керівництва, захисту, підтримки, любові та піклування, що вимагає додаткового ресурсі матері.

Стрес батьків особливо посилюється зараз, в умовах повномасштабного вторгнення. Багато сімей розділені, тому рівень відповідальності матерів підвищується.

Виявлено, що матері дітей з РДУГ, особливо матері дітей молодшого шкільного віку з проявами розладу, перебувають у слабкій життєвій позиції. Вони хронічно втомлені, часто дратівливі, емоційно виснажені, мають підвищений рівень тривожності, низьку задоволеність життям та самореалізацією. [14]

Матері дітей з РДУГ вважаються вразливою категорією, тому належать до групи з підвищеним ризиком тривалих стресових переживань та сімейних криз. Це зумовлено повсякденним емоційним навантаженням, високим відчуттям відповідальності та соціальною ізоляцією.

Соціальні наслідки розладу, а також невизначеність щодо майбутнього дитини часто призводять до соціально-психологічної дезадаптації матерів. Вони можуть відчувати соціальну фрустрацію, яка проявляється гнівом, зневірою та дратівливістю. Це також спричиняє підвищену тривожність, почуття провини, страх за майбутнє, а також психосоматичні розлади на фоні емоційного вигорання. [9]

Фактори, що впливають на батьківське ставлення, включають особистісні характеристики батьків, фізичні, психологічні та статеві особливості дитини, особливості взаємин у сім'ї та соціокультурні аспекти. Якість життя дитини залежить від ступеня адаптації батьків і важливу роль відіграє здатність ефективно справлятися зі стресовими ситуаціями.[1]

Хоча матері часто так і не знаходять для себе оптимальних копінг-стратегій, М. Кононова та Т. Кучма [24] вважають, що найбільш ефективними є ті, які стимулюють аналіз сімейних проблем та сприяють спрямуванню зусиль на вирішення складних життєвих ситуацій:

1. Продуктивні стратегії (фокусування на вирішенні проблеми) - подружня єдність у подоланні стресу; залучення батьків до корекційно-розвивального процесу; акцент на позитиві, аналіз стресової ситуації; порівняння хвороби дитини з більш складними випадками; психологічне відволікання від негативних емоцій і фізичної втоми через заняття улюбленими справами.

2. Порівняно продуктивні стратегії (пошук соціальної підтримки) - пошук духовної опори та допомоги, підтримки і порад від людей з подібним досвідом; звернення за професійною допомогою; участь у соціальних організаціях зі схожими проблемами; терпляче очікування результатів психосоціального розвитку дитини . [24]

Неефективні стратегії (відмова від будь-яких дій через розпач, ігнорування чи дистанціювання від проблеми, самозвинувачення у виникненні розладу у дитини) можуть тимчасово зменшити негативні відчуття і тривогу, але не вирішують проблему і призводять до зниження самооцінки батьків.

Крім того, ситуацію в сім'ї може ускладнювати наявність РДУГ у одного з батьків.

Найпоширенішими когнітивними проблемами дорослих із СДУГ є труднощі з гальмуванням реакцій, робочою пам'яттю, відчуттям часу, плануванням, запам'ятовуванням, емоційним самоконтролем, самомотивацією, постійністю зусиль та передбачуваністю. Їм часто властиві імпульсивність, непослідовність, нетерплячість, невміння планувати і завершувати справи. Це заважає їм досягати успіху, викликаючи депресію, апатію, агресивність та конфліктність. Важливим є усвідомлення проблеми і пошук шляхів її вирішення. [3, 84]

Прояви РДУГ у жінок досліджені дуже мало. Зазвичай жінки дізнаються про наявність розладу у себе після встановлення діагнозу їх дитини.

У жінок розлад зазвичай проявляється по неухважному типу. Тому його прояви у жінок значною мірою неправильно розуміють, не помічають і неадекватно вивчають.

Зазвичай у жінок РДУГ означає:

- прояв симптомів неухважності (DSM-5) - недостатня увага до деталей, проблема з утриманням уваги на деталях, невиконання завдань і зобов'язань, проблеми з організацією завдань та діяльності, забудькуватість у повсякденній діяльності;
- інтерналізацію симптомів, включаючи настрій та тривогу. [58]

Жінки з РДУГ частіше стикаються з труднощами у соціалізації порівняно з чоловіками з цим розладом. Вони часто перевантажені вимогами стосунків, що призводить до меншої кількості значущих зв'язків. Вони рідко зав'язують дружні стосунки і важко їх підтримують, тому схильні до ізоляції, щоб уникнути дискомфорту та плутанини. Чутливість до відкидання, яка проявляється інтенсивною емоційною реакцією на реальне чи уявне відкидання, ускладнює для них соціальну взаємодію, роблячи її джерелом болю. [58]

Також жінки з СДУГ частіше відчують гіперчутливість центральної нервової системи. Це проявляється тактильному захисті і сенсорному перевантаженні (негативна реакція на дотики, звичайні предмети, як-от одяг і бірки, гучну музику, світло, запахи тощо), соматичних скаргах (включаючи головні болі, мігрені, болі в животі, нудоту) та труднощі зі сном.

Особливістю СДУГ у дівчат і жінок є його ускладнення через гормональний фон. Передменструальний синдром (ПМС) посилює симптоми РДУГ, а сам розклад ускладнює його протікання. Рівень естрогену, який коливається протягом місяця, а також протягом життя, впливає на прояв симптомів СДУГ у жінок. Жінки із цим розладом відчують ПМС гостріше, ніж ті, у кого його немає.

Отже, дорослим жінкам з РДУГ часто характерні психологічні страждання, відчуття неадекватності, низька самооцінка і хронічний стрес. Вони відчувають, втрату контролю над власним життям. У них спостерігається низька самоефективність і використання неефективних копінг-стратегій. Жінки із РДУГ також можуть страждати від компульсивного переїдання, зловживання алкоголем і хронічного недосипання.

Тому знання про особливості перебігу РДУГ для жінок є важливою ланкою психологічної допомоги для матерів дітей, які мають розлад дефіциту уваги та гіперактивності у поколінні.

Виділено основні напрямки психологічної допомоги:

1. Просвітницька робота з батьками: підвищення їх обізнаності про причини, характер та особливості СДУГ, розвиток дітей, їх потреби та поведінку.
2. Психологічна корекція емоційних станів: профілактика та корекція депресивних, тривожних станів, агресивності, конфліктності. Мета – покращення самопочуття батьків і підвищення їх ресурсів для допомоги дитині.
3. Оволодіння ефективними стратегіями виховання: зниження конфліктності у сім'ї, підвищення батьківської компетентності та задоволеності своєю роллю, що покращить умови розвитку дитини.
4. Навчання методам стресостійкості: підвищення резильєнтності батьків, мотивація для створення сприятливих умов для розвитку дитини та запобігання деструкціям у її майбутньому.
5. Сімейна психотерапія: нормалізація подружніх стосунків та оптимізація ієрархічних відносин у сім'ї для запобігання конфліктам і сваркам.

Отже, знання про те, яким чином матері переживають та долають стрес, виховуючи дитину з маючим розладом дефіциту уваги та гіперактивності, які копінг-стратегії для них найбільш ефективні для забезпечення нормалізації

сімейного життя є вкрай важливими в процесі будь-якої психологічної роботи з такими сім'ями.

Висновок до розділу 1.

Материнство є складним явищем, що включає фізіологічні механізми, еволюційну історію, а також культурні та індивідуальні особливості. Воно не повністю обумовлене вродженими механізмами, а включає біологічне прагнення до материнства, яке формується під впливом соціальних норм.

Сьогодні материнство розглядається з точки зору особистісного розвитку жінки, а також її психологічних і фізіологічних змін протягом різних періодів репродуктивного циклу. Материнство створює унікальні умови для розвитку самосвідомості жінки, що призводить до переосмислення її батьківської позиції на основі власного дитячого досвіду і до інтеграції образу матері та дитини.

Психологічна готовність до материнства полягає у здатності матері створити сприятливі умови для розвитку дитини, що проявляється в її характерному ставленні до материнства. Вирішальним фактором материнської поведінки є рівень цієї готовності. Це специфічне системне утворення в психіці жінки, яке забезпечує належні умови для розвитку дитини, підтримку її інтересу до навколишнього світу, любов та задоволення основних психологічних потреб дитини у безпеці.

Також розглянуто історичні витоки, етапи становлення та розвитку поняття "розлад дефіциту уваги та гіперактивності". Здійснено теоретичний аналіз наукової літератури, яка спрямована на вивчення чинників та механізмів розвитку синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю у дітей та дорослих.

Розлад дефіциту уваги та гіперактивності - це неврологічний розвитковий розлад, який проявляється у дітей і може тривати і в дорослому віці. Зазначено, що основні симптоми розладу можуть включати тривалу нездатність зосередитися, гіперактивність та імпульсивність. Однак прояви цих симптомів можуть відрізнятися.

Розлад є досить поширеним його мають близько 5% дітей і 3% дорослих. Проявляється в імпульсивності, нетерплячості, надмірній активності, неконтрольованих емоціях та діях, неувважності, балакучості, незграбності, невідповідальності, труднощах з плануванням, конфліктності та агресивності.

Прояви розладу, які важко контролювати, суттєво знижують якість життя і позбавляють людей відчуття благополуччя. Проте РДУГ є одним із найбільш досліджених розладів розвитку, для якого існують ефективні методи допомоги.

Існує два доказових метод лікування дітей із РДУГ: медикаменти та поведінкові методи

Багато дорослих з не діагностованим у дитинстві РДУГ не розуміють, що їхні проблеми з увагою, організацією і стосунками спричинені саме цим розладом. Часто вони адаптуються до симптомів або лікуються від схожих станів, як депресія чи тривожність.

Симптоми РДУГ у дорослому віці призводять до емоційних і соціальних труднощів. Вони часто не можуть впоратися з дискомфортом, проявляють нестабільність, драгівливість, і некритичність до своїх вчинків. Через імпульсивність і непослідовність, дорослі з РДУГ не можуть реалізувати свої інтелектуальні і творчі здібності, що викликає депресію та апатію.

Завдяки належній соціальній підтримці та професійній допомозі люди з РДУГ можуть повноцінно розвиватися та реалізовувати себе. Тому своєчасна діагностика і правильне розуміння розладу з боку батьків, оточення та фахівців є надзвичайно важливими.

Сім'я може або компенсувати прояви РДУГ у дитини, сприяючи її адаптації, або стати джерелом вторинних проблем у дорослому віці. Проблеми сімей з дітьми, що мають РДУГ, часто зосереджуються на труднощах дитини. Психологічна допомога зазвичай обмежується порадами щодо організації життя дитини і консультаціями з поведінки та навчання.

Це створює потребу батьків у професійній психологічній підтримці. В Україні бракує обізнаності про РДУГ, що ускладнює батькам доступ до

необхідних послуг і підвищує їхній стрес та знижує адаптаційні можливості. Діти з РДУГ потребують додаткової уваги та ресурсів від батьків. Стрес у батьків посилюється і через повномасштабне вторгнення, розділення сімей та підвищену відповідальність матерів.

Якість життя дитини залежить від адаптації батьків і їхньої здатності ефективно справлятися зі стресом, тому важливою є комплексна психологічна допомога всій сім'ї.

Отже, розуміння того, як матері переживають стрес та які стратегії їм допомагають, є важливим для ефективною психологічної підтримки сімей з дітьми, що мають РДУГ.

РОЗДІЛ 2. Емпіричне дослідження соціально-психологічних особливостей матерів дітей з РДУГ

2.1 Підходи до дослідження. Загальний огляд методик

В попередньому розділі теоретично зазначено, що коло соціально-психологічних проблем сім'ї, що виховує дитину РДУГ досить широке.

Також зазначено, що найбільше навантаження по догляду за дитиною, організація її життя, побуту, навчання, взаємодії в соціумі лягає на матерів.

В даному дослідженні оцінюємо соціально-психологічні показники саме матерів дітей з розладом дефіциту уваги та гіперактивності, які представляють основну вибірку. Контрольну вибірку представляють матері нормотипових дітей.

Для досягнення поставлених цілей використаємо операційну модель дослідження (Рис. 2.1)

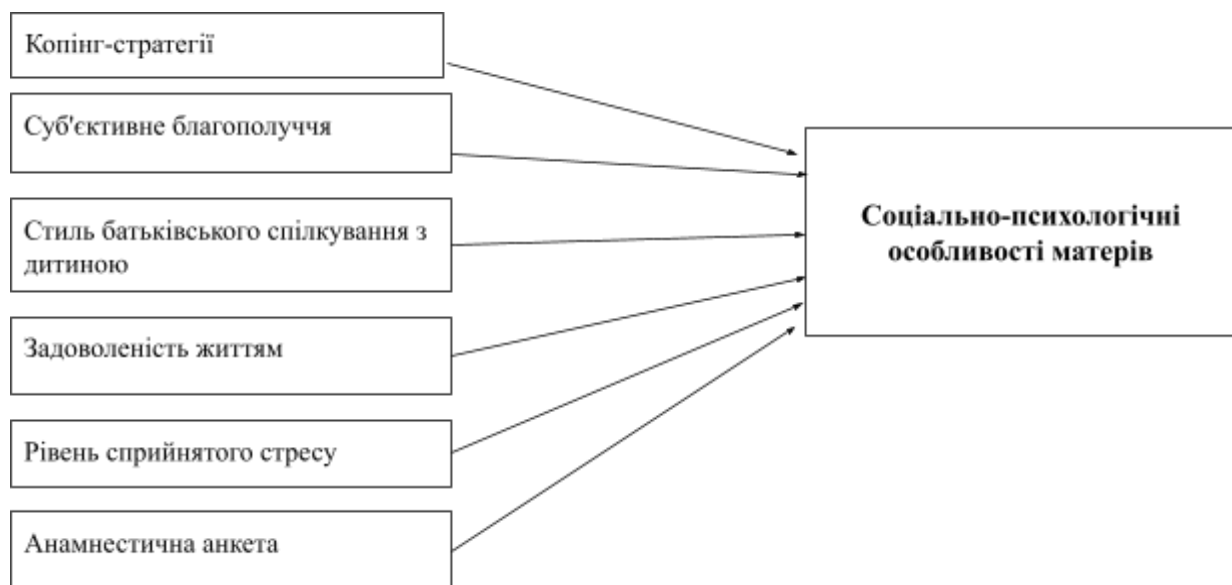


Рис. 2.1 Операційна модель дослідження

Показниками діагностичного дослідження виділені такі:

- копінг-стратегії матерів при вирішенні стресових та тяжких ситуацій;
- оцінка рівня суб'єктивного благополуччя матері;
- рівень задоволеності життям;

- особливості батьківської позиції та ставлення до дитини;
- рівень стресу матері
- авторська анамнестична анкета

Соціально-психологічні особливості матерів дітей з РДУГ досліджено за допомогою методик:

1. Методика дослідження копінг-поведінки в стресових ситуаціях (Н. Ендлер, Дж. Паркер) [30]
2. “Модифікована шкала суб’єктивного благополуччя БіБіСі” [30]
3. “Тест на виявлення батьківського стилю спілкування з дитиною” (за Оленою Мерзляковою). [34]
4. Шкала задоволеності життям (методика SWLS Е. Дінера) [34]
5. Шкала стрийнятого стресу (PSS-10 Ш.Коена) [7]
6. Авторська анамнестична анкета

1. Одним із способів підтримки та збереження психічного здоров'я матерів можуть виступати копінг-стратегії.

«Копінг» – це індивідуальний спосіб взаємодії з ситуацією відповідно до її власної логіки, цінності, вагомості в житті людини та її психологічних можливостей. Це когнітивні, емоційні та поведінкові спроби справлятися зі специфічними зовнішніми чи внутрішніми вимогами, які оцінюються як напруга або перевищують ресурси людини.

Вперше термін «копінг» з’явився у психологічній літературі у 1962 р. при дослідженні Л. Мерфі способів подолання дітьми потреб, що висуваються кризами розвитку. Автор у рамках когнітивного підходу дає визначення копінгу: це «деяка спроба створити нову ситуацію: чи загрозову, чи небезпечну, чи радісну». Отже, виходячи з цього твердження, термін «копінг» визначає прагнення індивіда розв’язати певну проблему. [8]

Копінг-стратегії можуть розподілятися на активні або пасивні. Активна форма копінг-поведінки передбачає активне подолання, цілеспрямоване усунення або послаблення впливу стресової ситуації. Пасивна копінг-поведінка

передбачає використання різного арсеналу механізмів психологічного захисту, які спрямовані на зниження емоційної напруги, а не на зміну стресової ситуації. [30]

Дослідники Е. Ендлер і Д. Паркер копінг-поведінку поділяють на три основні стилі: проблемно орієнтований копінг (спрямований на вирішення завдань); емоційно орієнтований копінг (орієнтований на регуляцію емоцій); копінг, орієнтований на уникнення. [8]

Перший стиль – проблемно орієнтований – включає: 1) попередній аналіз проблеми; 2) фокусування на проблемі та пошук можливих способів її вирішення; 3) прагнення краще розподіляти свій час; 4) вибір особистих пріоритетів; 5) звернення до власного досвіду вирішення аналогічних проблем; 6) прагнення контролювати ситуацію; 7) орієнтація на необхідність вирішення проблеми; 8) практична реалізація своїх планів.

До другого стилю, орієнтованого на емоції, відносяться: 1) внутрішня агресія; 2) зовнішня агресія, спрямована на інших; 3) фіксація на переживанні своєї безпорадності, неможливості справитися з ситуацією; 4) зосередження на власних недоліках; 5) роздратування або апатія; 6) переживання непосильної нервової напруги, емоційний шок.

Копінг, орієнтований на уникнення, може виражатися у відволіканні від стресової ситуації або соціальному відволіканні. Відволікання від стресової ситуації проявляється у: 1) намаганні отримати задоволення від речей, які не мають відношення до конкретної ситуації: приємні покупки, улюблена їжа, читання книг, перегляд телевізора, прогулянки улюбленими місцями тощо; 2) намаганні побути наодинці, віддалитися від ситуації, що турбує, або навпаки – постійно перебувати серед людей. [8]

Методика дослідження копінг-поведінки в стресових ситуаціях (Н. Ендлер, Дж. Паркер) складається з 48 питань, кожне з яких відображає певну копінг-стратегію. Пропонується оцінити кожне питання відносно себе за п'ятирівневою шкалою від “ніколи” до “найчастіше”.

За результатами обробки даних визначаються копінг-стратегії, які є найбільш пріоритетними для респондентів, а які - найменш.

Учасникам пропонується оцінити питання за п'ятирівневою оціночною шкалою від “ніколи” до “найчастіше”.

2. Суб'єктивне благополуччя являє собою емоційно-оцінювальне ставлення індивіда до свого життя, своєї особистості та взаємин з іншими людьми. Це ставлення відображається у задоволеності життям у цілому, а також окремими його аспектами, такими як кар'єра, сімейне життя, здоров'я та соціальні контакти. Відчуття суб'єктивного благополуччя є фундаментом для досягнення автономії, розкриття свого потенціалу та реалізації особистих цілей і мрій. Воно сприяє гармонійному розвитку особистості, допомагає справлятися з життєвими викликами і робить життя більш повноцінним і змістовним.

Дослідження суб'єктивного благополуччя є важливою складовою оцінки соціально-психологічних особливостей особистості.

Методика “Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі”, включає 24 питання, що відносяться до трьох субшкал: “психологічне благополуччя”, “фізичне здоров'я та благополуччя”, “стосунки” та загальний показник благополуччя.

- “Психологічне благополуччя” передбачає здатність людини контролювати своє життя, відчувати оптимізм з приводу майбутнього, впевненість у власних думках і переконаннях, ріст і розвиток особистості.
- “Фізичне здоров'я та благополуччя” передбачає задоволеність людини своїм власним фізичним здоров'ям, якістю сну, здатністю працювати та здійснювати повсякденну активність, заняття спортом та відпочинок, відсутність тривоги, депресії.
- “Стосунки” передбачає комфортність у спілкуванні з іншими людьми, наявність дружніх та особистих відносин, задоволеність своїм сексуальним життям, здатність звернутись за допомогою до інших.

Учасникам пропонується оцінити питання за п'ятирівневою оціночною шкалою від “зовсім ні” до “надзвичайно сильно”.

Методика передбачає таку оцінку рівнів:

- Психологічне благополуччя:
 - 12-39 - низький рівень
 - 40-47 - середній рівень
 - 48-60 - високий рівень
- Фізичне здоров'я та благополуччя:
 - 7-20 - низький рівень
 - 21-25 - середній рівень
 - 26-35 - високий рівень
- Стосунки:
 - 5-16 - низький рівень
 - 17-20 - середній рівень
 - 21-25 - високий рівень
- Загальний рівень суб'єктивного благополуччя:
 - 24-76 - низький рівень
 - 77-91 - середній рівень
 - 92-120 - високий рівень

3. З психологічної точки зору *батьківське ставлення* – це психологічна установка матері або батька по відношенню до дитини, що включає в себе раціональний, емоційний та поведінковий компоненти.

Для діагностики стилю батьківського ставлення була використана методика “Тест на виявлення батьківського стилю спілкування з дитиною” (за Оленою Мерзляковою).

Опитувальник складається з 42 питань, які складають 6 субшкал: прийняття та відторгнення дитини, кооперація, симбіоз, контроль та ставлення до невдач дитини.

- “Прийняття дитини» та «Відторгнення дитини»,

Високі оцінки (6-7) за шкалою «Прийняття» свідчать про позитивне ставлення батьків до дитини: прийняття її індивідуальності, підтримка та спільне проведення часу. Високі бали за шкалою «Відторгнення» вказують на часті негативні емоції до дитини, такі як роздратування і злість, що може травмувати дитину.

- Високі бали за шкалою «Кооперація» (7-8) показують щирий інтерес батьків до дитини, заохочення її самостійності та довіру. Низькі бали (1-2) вказують на відсутність цих якостей.

- Високі бали за шкалою «Симбіоз» (6-7) означають, що батьки завжди намагаються бути поруч із дитиною і захищати її. Низькі бали (1-2) свідчать про значну психологічну дистанцію.

- Високі бали за шкалою «Контроль» (6-7) вказують на авторитарність батьків, низькі (1-2) – на відсутність контролю. Найкращий показник – середні бали (3-5).

- Високі бали за шкалою «Ставлення до невдач дитини» (7-8) свідчать про те, що батьки вважають дитину невдахою. Низькі бали (1-2) показують віру в дитину і розуміння, що її невдачі випадкові.

Учасникам пропонується оцінити питання відповідями “так” або “ні”.

4. **Шкала задоволеності життям Е. Дінера** (The Satisfaction with Life Scale) є поширеним інструментом для оцінки задоволеності життям. Ця шкала складається з п'яти пунктів і призначена для вимірювання загальних когнітивних суджень про задоволеність життям. Вона дозволяє людині проаналізувати рівень задоволеності життям, рівень приємних та неприємних почуттів.

Респондентам пропонується відповісти на 5 запитань, обравши одну з відповідей: 7 - повністю погоджуюсь, 6 - погоджуюсь, 5 - майже погоджуюсь, 4 - важко визначитись, 3 - майже не погоджуюсь, 2 - не погоджуюсь, 1 - повністю не погоджуюсь.

Методика передбачає таку оцінку результатів:

- 31 - 35 балів: повністю задоволений життям
- 26 - 30 балів: задоволений життям
- 20 балів: нейтрально, не визначився
- 15 - 19 балів: майже незадоволений життям
- 10 - 14 балів: незадоволений життям
- 5 - 9 балів: вкрай незадоволений життям

5. Оцінка рівня стресу. Передбачено, що чинниками стресу матерів можуть бути: ступінь симптомів РДУГ у дитини, наявність коморбідних розладів, мікроклімат у сім'ї, хронічний стрес пов'язаний з повномасштабною війною, можлива еміграція матері з дитиною/дітьми за кордон або внутрішнє переміщення в межах країни.

Загальний рівень стресу впливає на інтелектуальну, поведінкову, емоційну та фізіологічну сферу матері.

Інтелектуальні ознаки стресу: перевага негативних думок, труднощі зосередження, погіршення пам'яті, постійне обертання думок навколо однієї проблеми, підвищене відволікання, труднощі прийняття рішень, погані сни та кошмари, часті помилки в обчисленнях, пасивність і бажання перекласти відповідальність, порушення логіки та сплутаність мислення, імпульсивність і необгрунтовані рішення, звуження уявлення про можливі варіанти дій.

Поведінкові ознаки стресу: втрата апетиту або переїдання, збільшення помилок у звичних діях, швидка або повільна мова, тремтіння голосу, конфлікти на роботі чи в сім'ї, хронічна нестача часу, зменшення спілкування з близькими, неохайність, антисоціальна та конфліктна поведінка, низька продуктивність, порушення сну або безсоння, більше куріння і вживання алкоголю.

Емоційні симптоми: занепокоєння, підвищена тривожність, підозрілість, похмурий настрій, постійна туга, депресія, дратівливість, напади гніву, емоційна «тупість», байдужість, цинічний гумор, зниження впевненості в собі,

незадоволеність життям, відчуття самотності, втрата інтересу до життя, низька самооцінка, почуття провини або невдоволення собою чи роботою.

Фізіологічні симптоми: болі в різних частинах тіла, головні болі, зміни артеріального тиску, неритмічний пульс, порушення травлення (запор, діарея, газоутворення), труднощі з диханням, м'язова напруга, підвищена стомлюваність, тремтіння рук, судоми, алергії чи шкірні висипання, підвищена пітливість, швидка зміна ваги, зниження імунітету, часті нездужання.

Шкала сприйнятого стресу (Perceived Stress Scale, PSS) оцінює наскільки людина сприймає життєві ситуації як стресові [7].

Основою методики є когнітивно-опосередкована теорія стресу Р. Лазаруса, яка стверджує, що реакція людини на складну подію, а також її шкідливий вплив на психічне та фізичне здоров'я, залежать не стільки від об'єктивних характеристик стресору (його природи, інтенсивності, тривалості, раптовості тощо), скільки від суб'єктивної оцінки події в контексті можливостей для її подолання. Стрессова реакція виникає в тому випадку, коли: а) ситуація сприймається як важлива та загрозлива, б) людина вважає свої ресурси недостатніми для її подолання.

Шкала вимірює, наскільки людина вважає свій попередній місяць життя стресовим, зокрема наскільки непередбачуваними, неконтрольованими та перевантаженими були її переживання.

Це відрізняє її від більшості інших методик, які зосереджуються на зовнішніх стресових факторах і являють собою перелік проблемних ситуацій, які респондент оцінює за певний період часу. Сприйнятий стрес розглядається як загальний результат впливу реальних подій, процесів подолання стресу та ряду інших факторів: очікувань, толерантності до фрустрації, рівня

накопиченого стресу, ресурсного стану людини, наявності соціальної підтримки тощо.

Пропонується надати відповіді на 10 запитань, вибравши один з варіантів: 0 - ніколи, 1 - майже ніколи, 2 - іноді, 3 - досить часто, 4 - дуже часто.

Інтерпретація результатів:

- 0 - 12 балів: низький рівень стресу
- 14 - 26 балів: помірний рівень стресу
- 27 - 40 балів: сильний рівень стресу.

2.2 Організація та проведення емпіричного дослідження

У дослідженні взяли участь 104 матері дітей до 18 років, з них: 56 матерів дітей з РДУГ та 48 матерів нормотипових дітей.

Опитування було проведено віддалено, шляхом заповнення попередньо підготовлені форми опитувальника за допомогою інструменту Google Forms. Дослідження проводилось в листопаді 2023 року.

Обробка результатів здійснювалась методами математичної статистики за допомогою програми Jamovi.

За результатами дослідження вік досліджуваних становив 25-45+ років, більшість матерів обох вибірок мали вікову категорію 35-44 роки (Рис. 2.2).

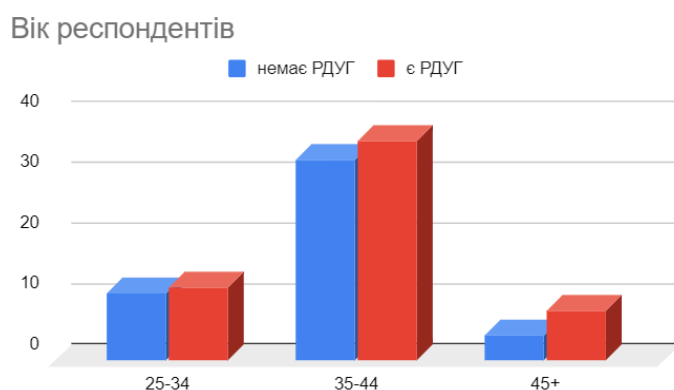


Рис. 2.2 Розподіл учасників дослідження по віку.

Розглянемо розподіл по сімейному статусі: 96% матерів нормотипових дітей одружені та 4% проживають окремо через повномасштабну війну, в той час тільки 74% мам дітей з РДУГ одружені, 20% мають неповну сім'ю, в

6% проживають окремо через повномасштабну війну (рис. 2.3).

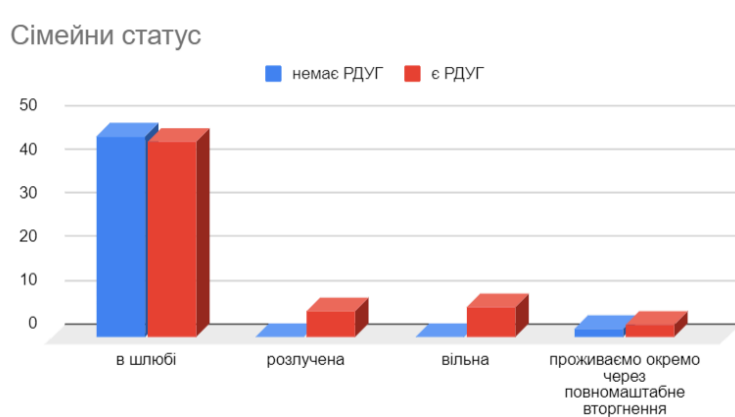


Рис. 2.3 Розподіл учасників дослідження за сімейним статусом.

Більшість матерів обох груп, на момент опитування перебувають в Україні, за кордоном проживають 23% матерів дітей з РДУГ та 6% матерів нормотипових дітей (рис. 2.4). На дві країни живуть 4% матерів нормотипових дітей.

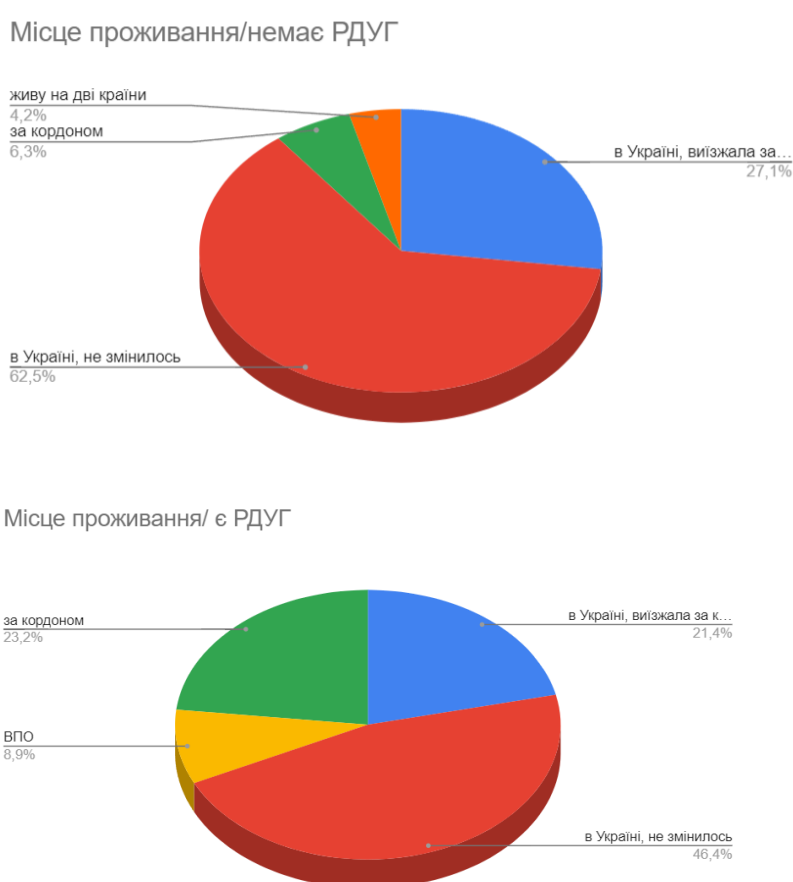


Рис. 2.4 Розподіл учасників дослідження по місцю проживання.

Більшість матерів в обох вибірках мають двох дітей (рис. 2.5). 35% матерів нормотипових дітей мають одну дитину, 52% - 2 дитини і 13% матерів мають 3 дитини. Відповідно, 34% матерів дітей з РДУГ мають 1 дитину, 59% - 2 дитини, та 7% мають 3 дитини.

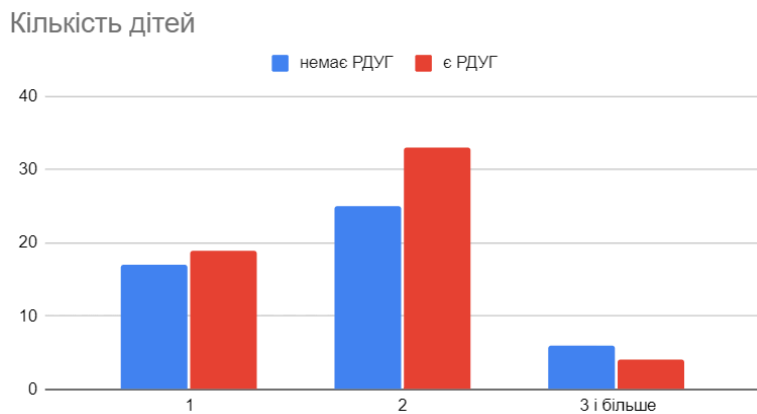


Рис. 2.5 Розподіл учасників дослідження за кількістю дітей.

Більшість частиць мають одну чи дві вищі освіти (рис. 2.5). При цьому, 19% матерів нормотипових дітей та 7% матерів дітей з РДУГ здобувають другу вищу освіту.

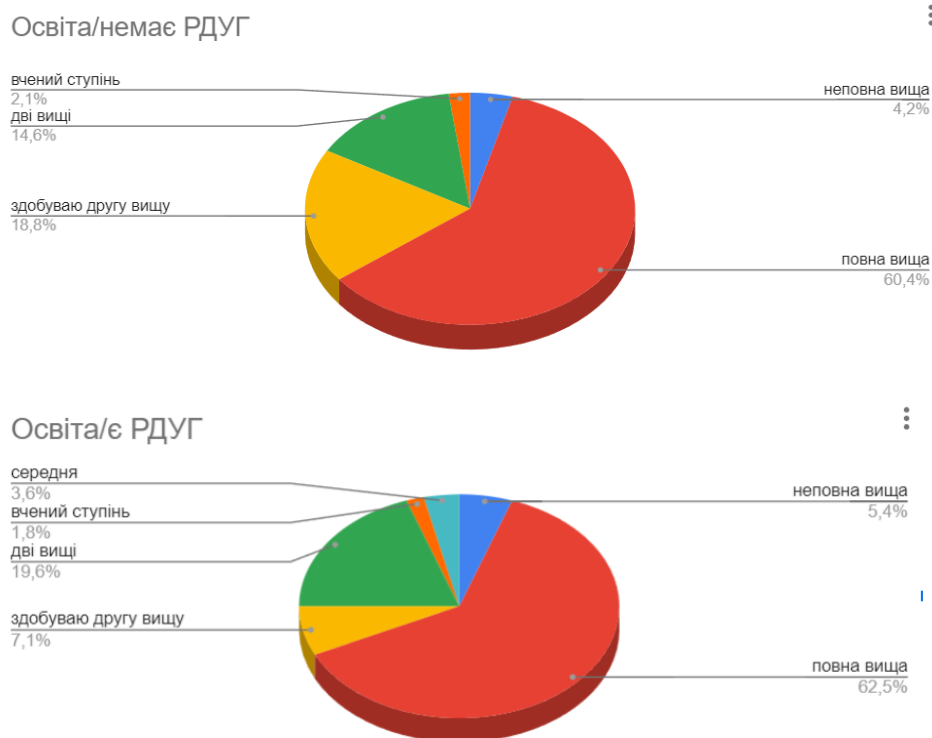


Рис. 2.5 Розподіл респондентів за освітою

За рівнем зайнятості учасниці дослідження розподілені так: 75% матерів нормотипових дітей працюють (наймана працівниця, фрілансер, власна справа), 10% перебувають в декреті, 12% навчаються та 3% ведуть домашнє господарство, тоді як 66% матерів дітей з РДУГ працюють (наймана працівниця, фрілансер, власна справа), 14% в декретній відпустці, 2% зараз навчаються та 18% ведуть домашнє господарство. (рис. 2.6)

Отже, бачимо різницю: на 17% більше матерів дітей з РДУГ ведуть домашнє господарство. Тобто, можна припустити, що дитина з розладом перешкоджає матері більш повноцінно вести соціальне життя.

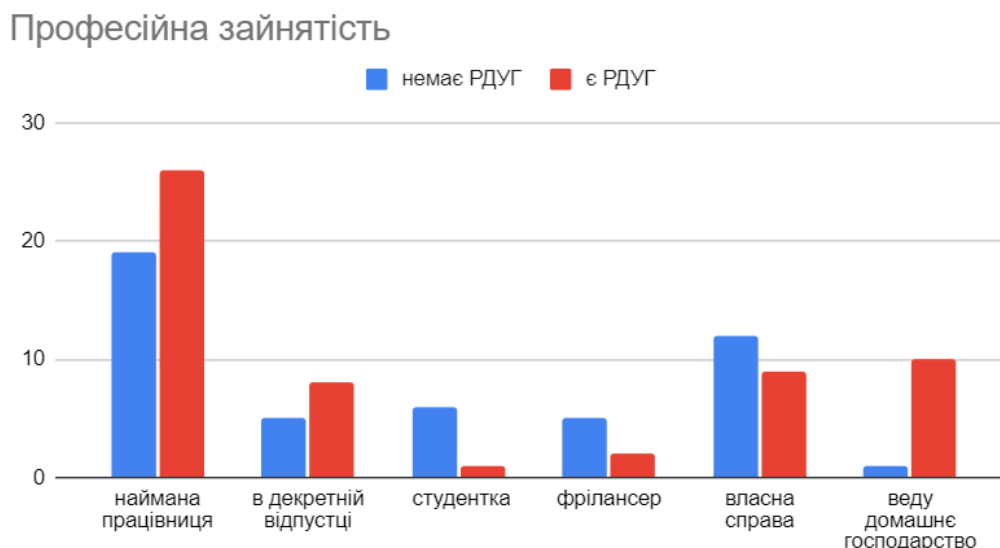


Рис. 2.6 Розподіл респондентів за професійною зайнятістю

Серед 58 матерів дітей з наявністю розладу, 7 матерів мають двох дітей з РДУГ, 49 - мають одну дитину з розладом.

Інформацію про наявність РДУГ у дитини 12 матерів дізнались недавно, 31- від 1 до 3 років тому та 13 матерів більше 5 років тому (Рис. 2.7).

Тому можна припустити, що більшість матерів частково чи в повній мірі обізнані стосовно розладу.

Крім того, слід зазначити, що за професійною допомогою до психолога, з дитиною стосовно проявів РДУГ зверталось 89% матерів 28 матерів зверталось

Як давно дізналась про РДУГ у дитини

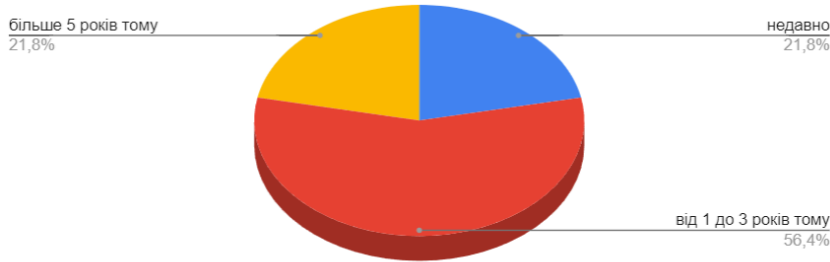


Рис. 2.7 Розподіл учасників за часом отримання інформації стосовно наявності РДУГ у дитини.

кілька разів і 22 дітей працюють над корекцією проявів РДУГ з психологом тривалий час) і лише 11% матерів не звертались (рис. 2.8).

Робота з психологом дитини стосовно проявів РДУГ

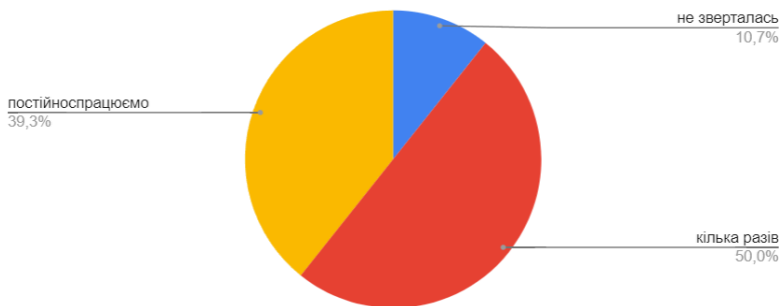


Рис. 2.8 Розподіл учасників стосовно звернення до психолога для корекції проявів РДУГ.

Оскільки РДУГ в більшості випадків має генетичну складову, майже половина з опитаних матерів (48%) також мають РДУГ (Рис. 2.9).

Наявність РДУГ у матері

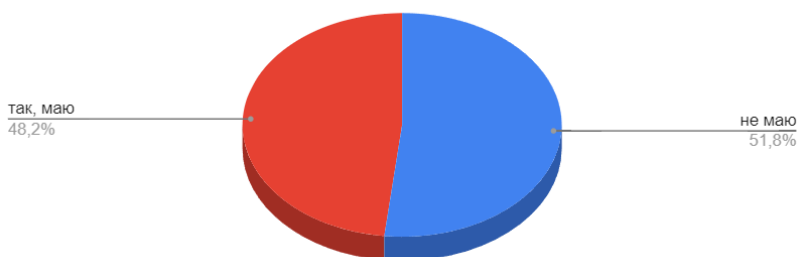


Рис. 2.9 Розподіл матерів дітей з ДРУГ за наявністю чи відсутністю розладу у них самих.

Факт наявності даного розладу в матері також виступає додатковим джерелом стресу та труднощів.

Обмеження дослідження були пов'язані з особливостями формування основної вибірки: основна кількість респондентів є користувачами профільних груп по РДУГ в соцмережах. Тобто, ми досліджуємо матерів, які незважаючи на наявність розладу здатні та хочуть шукати і отримувати інформацію про розлад та мають мотивацію брати на себе відповідальність стосовно коригування проявів розладу та залученості себе та дитини в соціальне життя.

2.3 Аналіз та інтерпретація отриманих даних.

Тривале перебування людини у стресовому стані призводить до вироблення копінг-стратегій, спрямованих на усвідомлене управління стресовими чинниками для зниження напруги, викликані їх дією. За допомогою методики дослідження копінг-поведінки в стресових ситуаціях Н. Ендлера, Дж. Паркера виявлено ряд особливостей способів подолання стресових і важких ситуацій матерями дітей з РДУГ.

Проаналізуємо результати дослідження спрямованого на визначення рівня вираженості показників копінг-стратегій матерів дітей з РДУГ та матерів нормотипових дітей та їх відмінностей.

Всі копінг-стратегії відповідно до вищезгаданої методики поділяють на три основні: проблемно орієнтований копінг (спрямований на вирішення завдань), емоційно орієнтований копінг (орієнтований на регуляцію емоцій) та копінг, орієнтований на уникнення.

Аналіз отриманих даних (табл. 2.1) свідчить про те, що рівень вираженості копінг-стратегій в основній та контрольній групах відповідає середньому рівню.

Найбільш вираженими в обох групах вибірки є копінг-стратегія “орієнтація на вирішення завдання” При цьому показники майже однакові, матері нормотипових дітей мають трохи вищі показники ($M=3,62$) порівняно з матерями дітей з РДУГ ($M=3,60$)

Таблиця 2.1

Рівень вираженості копінг-стратегій матерів дітей до 18 років (середні значення)

	Min		Max		Mean		SD	
	є РДУГ	немає	є РДУГ	немає	є РДУГ	немає	є РДУГ	немає
Орієнтація на вирішення завдання	2,13	2,88	4,81	4,5	3.60	3,62	0,51	0,41
Спрямованість на емоції	1,5	1,25	4,44	4.0	2,94	2,53	0,66	0,61
Уникнення	1.75	1.25	3.75	3.63	2.66	2.63	0.50	0.49
Відволікання	1.25	1.0	3.50	3.38	2.57	2.35	0.54	0.59
Соціальне відволікання	1.4	1.6	4.6	4.8	2.9	3.08	0.79	0.66

Відмінності проявляються в тому, що респонденти основної вибірки переважають респондентів контрольної щодо використання копінг-стратегії “спрямованість на емоції” ($M=2,94$ проти $M=2,53$), в той час, як матері нормотипових дітей переважають стосовно використання копінг-стратегії “соціального відволікання” (“пошук соціальної підтримки”): $M=3,08$ - матері нормотипових дітей та $M=2,90$ - матері дітей з РДУГ. Менш вираженими є копінг-стратегія “відволікання”.

На рис. 2.10 відображено щільність розподілу вираженості копінг-стратегій матерів дітей з РДУГ та матерів нормотипових дітей.

Домінування стратегії "орієнтація на вирішення завдань" в обох групах є позитивним аспектом, оскільки це свідчить про високий рівень активності у боротьбі зі стресовими ситуаціями, особливо, в умовах війни. Це свідчить про здатність респондентів обох вибірок аналізувати важкі життєві ситуації та знаходити ресурси для вирішення проблеми, впевненість в знаходженні виходу з ситуації та віра у власні ресурси. Це може сприяти підтримці та збереженню психологічного здоров'я матерів і, відповідно, їхніх дітей.

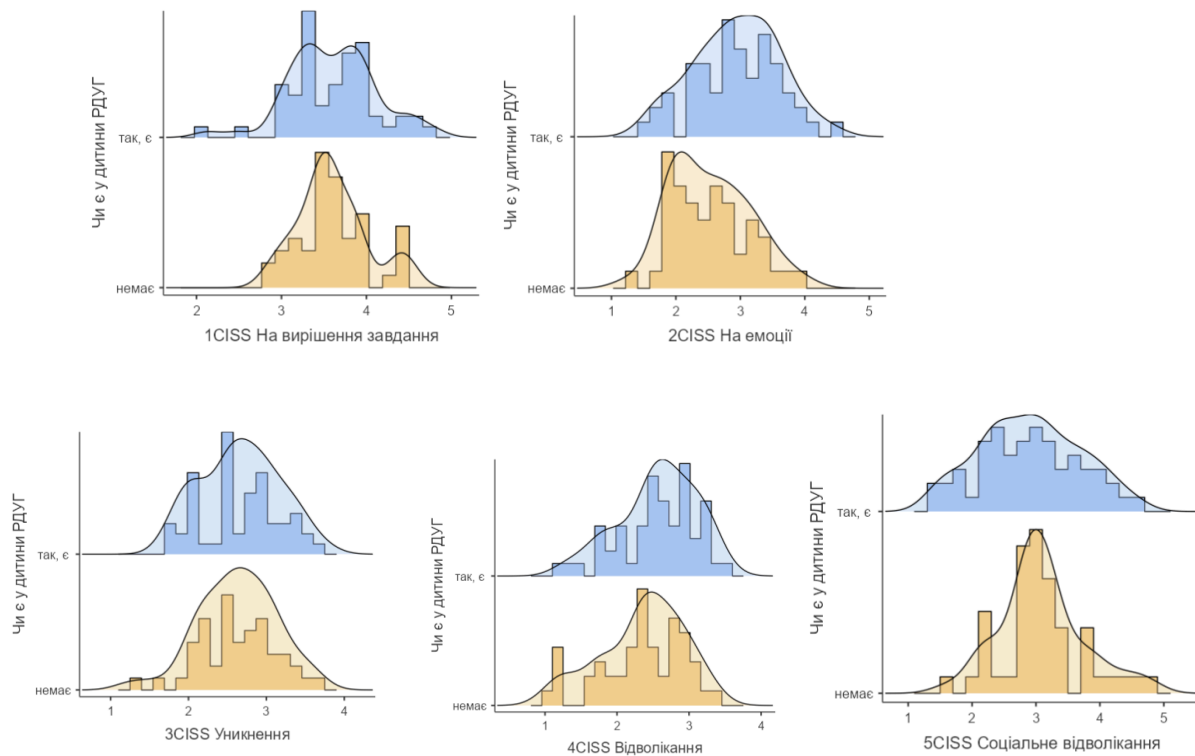


Рис. 2.10 Щільність розподілу копінг-стратегій респондентів основної та контрольної вибірок.

Виходячи з вищезазначеного підходу, можна говорити про те, матері нормотипових дітей більше використовують “активні” копінг стратегії - “орієнтація на вирішення проблеми” та “соціальне відволікання”, пасивні використовують менше.

В той час, матері дітей з РДУГ крім активної “орієнтація на вирішення завдання” використовують пасивну “спрямованість на емоції”. Трохи менше використовують “соціальне відволікання”.

Це говорить про порівняно меншу здатність справлятися зі стресовими ситуаціями.

Складовими *суб'єктивного благополуччя* є психологічне благополуччя, фізичне здоров'я та благополуччя та стосунки.

Рівень суб'єктивного благополуччя матерів та знання способів для підвищення його рівня є досить важливим, оскільки матері тісно взаємодіють з дітьми та є відповідальними за їх благополуччя та розвиток.

Бали від 24 до 76 означають низький рівень; від 77 до 91 - середній; від 92 до 120 - високий.

Таблиця 2.2

Показники суб'єктивного благополуччя матерів нормотипових дітей та матері дітей з РДУГ

	Min		Max		M		SD	
	є РДУГ	немає	є РДУГ	немає	є РДУГ	немає	є РДУГ	немає
Психологічне благополуччя	19	23	58	52	34,0	38,8	8,61	7,87
Фізичне здоров'я та благополу	8	9	26	29	18,5	20,6	4,18	5,26
Стосунки (благополуччя в стосунках)	7	5	24	25	15,3	17,3	3,84	4,02
Загальний показник благополуччя	38	45	96	104	67,9	76,7	14,3	15,3

Після обробки даних середній бал загального показника суб'єктивного благополуччя матерів дітей з РДУГ становить 67,9, що відповідає низькому рівню. У матерів нормотипових дітей він знаходиться в межах середнього значення і становить 76,7 (табл. 2.2).

На рис. 2.11 відображено щільність розподілу суб'єктивного благополуччя дітей з РДУГ та матерів нормотипових дітей.

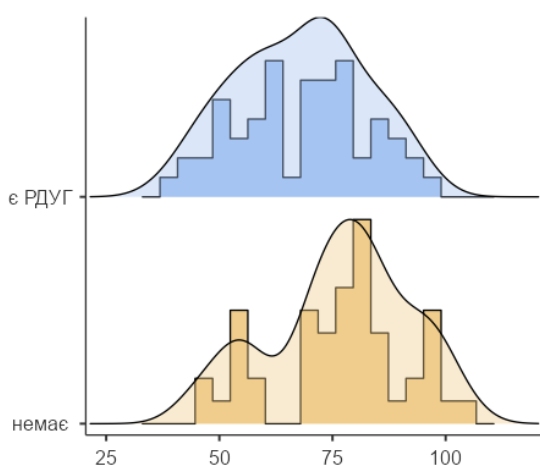


Рис. 2.11 Щільність розподілу загального рівня суб'єктивного благополуччя респондентів основної та контрольної вибірок.

Середні значення складових суб'єктивного благополуччя - психологічне благополуччя, фізичне здоров'я та благополуччя та стосунки матерів дітей з РДУГ та матерів нормотипових дітей також знаходяться на низьку та середньому рівні відповідно.

Найменший бал суб'єктивного благополуччя основній вибірці (матері дітей з РДУГ) становить 38, в контрольній (матері нормотипових дітей) - 45, при мінімумі 24, а найвищий 96 і 104 відповідно, при максимумі 120 (табл. 2.2).

В таблиці 2.3 розглянемо розподіл за рівнями суб'єктивного благополуччя респондентів основної та контрольної вибірок.

Таблиця 2.3

Розподіл за рівнем суб'єктивного благополуччя

Рівні	Кількість		% від загальної кількості		% разом
	є РДУГ	немає	є РДУГ	немає	
Низький	40	23	71,4%	63%	60,6%
Середній	13	16	23,2%	29%	27,9%
Високий	3	9	3%	12%	11,5%
Разом	56	48	100%	100%	100%

Після обробки даних матерів дітей з РДУГ бачимо, що більша частина - 71,4% (40 респондентів) мають низький рівень суб'єктивного

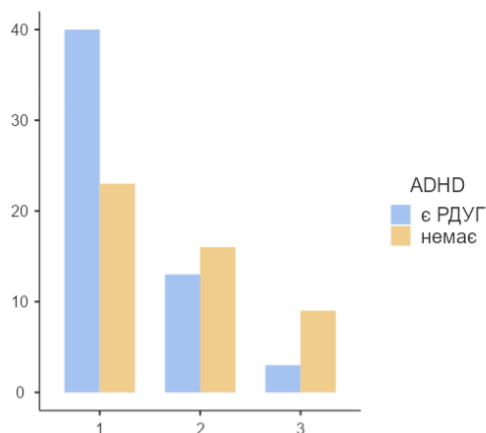


Рис. 2.12 Розподіл рівнів суб'єктивного благополуччя респондентів основної та контрольної вибірок

благополуччя, 23,2% (13 респондентів) середній та 5,4% (3 респондента) високий (Рис 2.12).

Отримані дані можна інтерпретувати по різному. Певна частина респондентів обох вибірок мають середній та високий рівень показників суб'єктивного благополуччя, що може свідчити про здатність управляти життям, активну життєву позицію та оптимізм. З негативного боку можна оцінити, що переважає низький загальний рівень, що обумовлено стресом, негативними емоціями, переживаннями за близькими, відсутністю нормального сну під час повномасштабної війни тощо.

Крім того, бачимо, що матері дітей з РДУГ мають нижчі показники по всім критеріям, що ще раз доводить, що наявність розладу у дитини є додатковим чинником впливу на суб'єктивне благополуччя та джерелом стресу у матері.

Отже, навчання навичкам саморегуляції, подолання стресу, розвитку резильєнтності, зниження тривожності є одним із важливих аспектів підвищення рівня суб'єктивного благополуччя для матерів дітей до 18 років.

Розглянемо стилі спілкування з дитиною та їх вираження в матерів дітей з РДУГ та матерів нормотипових дітей (табл. 2.4).

Таблиця 2.4

Показники стилю спілкування з дитиною матерів нормотипових дітей та матерів дітей з РДУГ

Стиль спілкування з дитиною	М		SD	
	є РДУГ	немає	є РДУГ	немає
Прийняття дитини	5,43	6,29	1,45	0,8
Відторгнення дитини	2,48	1,35	1,85	1,59
Кооперація	5,41	5,46	1,07	1,03
Симбіоз	4,04	4,38	1,41	1,31
Контроль	1,57	1,46	1,46	1,32
Ставлення до невдач дитини	2,14	0,65	1,81	1,51

Відповідно до даних таблиці прослідковується позитивний стиль спілкування з дитиною в обох вибірках.

Маємо досить високі бали в субшкалі “прийняття дитини” ($M=5,43$, $M=6,29$), що свідчить про прийняття дитини такою як вона є, повагу до її інтересів та підтримку. При цьому середні значення в матерів нормотипових дітей трохи вище. Також позитивними є низькі значення в субшкалі “відторгнення дитини” ($M=2,48$; $M=1,35$).

Аналізуючи дані вищезгаданих субшкал, видно, що матері дітей з розладом дефіциту уваги та гіперактивності мають нижчий рівень прийняття та вищий рівень відторгнення щодо своїх дітей. Це може вказувати на те, що матері можуть відчувати нестабільність або неповне прийняття проявів поведінки дітей.

В субшкалі “кооперація” досить високі бали в обох вибірках говорять про широкий інтерес до здібностей дитини, заохочення її самостійності та ініціативи.

Середні значення на субшкалі "симбіоз" свідчать про відсутність сильного емоційного злиття з дитиною та повагу до її автономії. Одночасно, низькі значення на субшкалах "контроль" і "ставлення до невдач дитини" вказують на те, що дорослі демонструють відсутність бажання сильно контролювати дитину або негативно ставитися до її невдач. Замість цього, присутній авторитет дорослого та позитивне ставлення до подій, коли дитина стикається з труднощами.

Методика задоволеності життям Е. Дінера призначена для вимірювання загальних когнітивних суджень респондентів про задоволеність життям.

Бали від 5 до 9 означають високе незадоволення життям; від 10 до 14 - незадоволення життям; від 15 до 20 - часткове незадоволення життям; 20 балів - нейтральне значення; від 21 до 25 - часткове задоволення життям; від 26 до 30 - задоволення життям; від 31 до 35 - повне задоволення життям.

Узагальнені показники рівня задоволеності життям матерів нормотипових дітей та матерів дітей з РДУГ показано в таблиці 2.5.

Таблиця 2.5

Показники рівня задоволеності життям матерів нормотипових дітей та матері дітей з РДУГ

Рівень задоволеності життям	M	SD	Min	Max
Матері дітей з РДУГ	18,5	5,93	6	29
Матері нормотипових дітей	22,0	5,44	8	30

В результаті аналізу бачимо, що середній показник задоволеності життям матерів нормотипових дітей становить 22,0, що відповідає рівню часткового задоволення життям. В той час, показник задоволеності життям матерів дітей з РДУГ становить 18,5, що відповідає рівню часткового незадоволення життям.

Це може означати, що наявність дитини з розладом дефіциту уваги та гіперактивності, вирішення супутніх питань пов'язаних з організацією життя, догляду та взаємодії з нею може впливати на судження матері про задоволеність власним життям.

Показники *рівня сприйнятого стресу* респондентів основної та контрольної вибірки наведено в таблиці 2.6. Пропонувалось оцінити почуття та думки протягом останнього місяця та оцінити по шкалі від “ніколи” до “дуже часто”.

Таблиця 2.6

Показники рівня сприйнятого стресу матерів респондентів основної та контрольної вибірок.

Рівень сприйнятого стресу	M	SD	Min	Max
Матері дітей з РДУГ	20,9	4,79	9	32
Матері нормотипових дітей	18,5	3,79	11	28

Бали від 0 до 13 означають низький стрес; від 14 до 26 - помірний стрес; від 27 до 40 - сильний стрес.

На рис. 2.13 бачимо рівень розподілу сприйнятого стресу в основній та контрольній вибірках. Гістограма розподілу рівня сприйнятого стресу матерів дітей з РДУГ дещо зміщена праворуч, в сторону підвищеного рівня стресу. Рівень стресу матерів нормотипових дітей на гістограмі більш зміщений в сторону низького стресу.

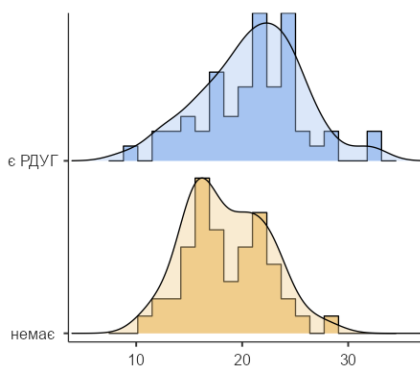


Рис. 2.13 Гістограма розподілу рівня сприйнятого стресу респондентами основної та контрольної вибірок.

В таблиці 2.7 та рис. 2.114 розглянемо розподіл респондентів за рівнями сприйнятого стресу.

Таблиця 2.7

Розподіл за рівнем сприйнятого стресу

Рівні	Кількість		% від загальної кількост		% разом
	є РДУГ	немає	є РДУГ	немає	
Низький	5	3	8,9%	6,3%	7,7%
Середній	46	44	82,2%	91,7%	86,5%
Високий	5	1	8,9%	2,1%	6%
Разом	56	48	100%	100%	100%

В результаті аналізу бачимо, що більшість респондентів мають помірний рівень стресу (86,5% - 90 осіб). Помірний рівень стресу виявлено у 82,2% (46 осіб) матерів дітей з РДУГ та 91,7% (44 особи) матерів нормотипових дітей.

Помірний стрес може означати, що значна частина респондентів обох вибірок знаходиться у відносно сприятливих умовах, або знайшли прийнятні для себе способи боротьби зі стресовими ситуаціями.

8,9% (5 осіб) матерів дітей з РДУГ та 6,3% (3 особи) матерів нормотипових дітей мають низький рівень стресу, що є позитивним показником і мають достатньо ресурсів для адаптації до життєвих ситуацій.

8,9% (5 осіб) матерів дітей з РДУГ та 2,1% (1 особа) матерів нормотипових дітей мають високий рівень стресу, що говорить про підвищену вразливість цих осіб до стресових ситуацій.

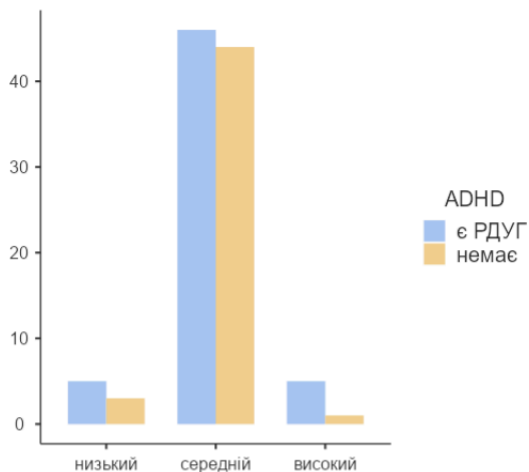


Рис. 2.14 Розподіл рівнів стресу респондентів основної та контрольної вибірок.

Отже, за результатами дослідження можна відмітити відмінності між рівнем сприйнятого стресу представників основної та контрольної вибірок.

Більшість матерів нормотипових дітей мають низький та помірний рівень стресу, при цьому матері дітей з РДУГ мають дещо вищі показники. Це може свідчити, що матері дітей з РДУГ більш вразливі до стресових ситуацій.

Кореляційний аналіз використовується для оцінки ступеня взаємозв'язку між двома або більше змінними. Основною метою кореляційного аналізу є визначення сили і напрямку зв'язку між змінними. Порівнюється коефіцієнт кореляції між однією парою або кількома парами ознак, для встановлення статистичного зв'язку між ними.

Основні типи кореляції: позитивна кореляція (якщо одна змінна збільшується, інша теж збільшується), негативна кореляція (якщо одна змінна збільшується, інша зменшується, нульова кореляція (між змінними немає ніякого взаємозв'язку).

Для проведення кореляційного аналізу обрано коефіцієнт Пірсона (Pearson's r), який вимірює лінійний взаємозв'язок між двома змінними. Коефіцієнт кореляції Пірсона, більше 0,5 вважається сильною кореляцією, значення від 0,3 до 0,5 означає середню кореляцію, від 0,1 до 0,3 - слабка, менше 0,1 - кореляція відсутня.

В таблиці 2.8 розглянемо взаємозв'язок між копінг-стратегіями та суб'єктивним благополуччям, рівнем задоволеності життям і рівнем сприйнятого стресу респондентів обох вибірок.

В результаті дослідження прослідковується виражений та сильно виражений статистично значущий кореляційний зв'язок між субшкалами копінг-стратегій та складовими суб'єктивного благополуччя, показників задоволеності життям і рівнем сприйнятого стресу. Кореляційний зв'язок є як позитивним, так і негативним.

Позитивний статистично значущий кореляційний зв'язок між “активними” копінг-стратегіями та суб'єктивним благополуччям і рівнем задоволеності життям.

Так, відносно копінг-стратегії “орієнтація на вирішення завдання” встановлено позитивний виражений та сильно виражений статистично значущий зв'язок між загальним показником суб'єктивного благополуччя

Таблиця 2.8

Зв'язок між копінг-стратегіями та рівнем вираженості складових суб'єктивного благополуччя, рівнем задоволеності життям і рівнем сприйнятого стресу матерів дітей до 18 років

	Вирішення завдання	Емоції	Соціально-відволікання	Задоволеність життям	Рівень сприйнятого стресу
Психологічне благополуччя	0,414***	-0,559***	0,282**	0,652***	-0,705***
Фізичне здоров'я та благополуччя	0,245*	-0,313**	-	0,606***	-0,526***
Стосунки	0,273**	-0,255**	0,293**	0,694***	-0,381***
Загальний показник благополуччя	0,380***	-0,477***	0,257**	0,736***	-0,659***
Рівень задоволеності життям	0,278**	-0,379***	-	-	-0,591***
Рівень сприйнятого стресу	-0,266**	0,559***	-	-0,559***	-

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,01$

($r = 0.380$) та його складовими “психологічним благополуччям” ($r = 0.414$), “фізичне здоров'я та благополуччя” ($r = 0.245$), “стосунки” ($r = 0,273$).

Також, спостерігається позитивний зв'язок між копінг-стратегією “соціально відволікання” та загальним показником суб'єктивного благополуччя ($r = 0.257$) та його складовими “психологічне благополуччя” ($r = 0.282$) і “стосунки” ($r = 0.293$).

Крім того, позитивний статистично значущий зв'язок отримано між активною копінг-стратегією “орієнтація на вирішення завдання” та рівнем задоволеності життям ($r = 0.278$).

Отже, при використанні активних копінг-стратегій “орієнтація на вирішення завдання” та “соціальне відволікання” показники суб'єктивного благополуччя та рівня задоволеності життям підвищуються.

В копінг-стратегії “спрямованість на емоції”, яка є пасивною виявлено негативний статистично значущий зв'язок з показниками: суб'єктивне благополуччя ($r =$ та його складові “психологічне благополуччя”, “фізичне здоров'я”, “стосунки” та з рівнем задоволеності життям

Зміст виявленого полягає в тому, що з підвищенням використання копінг-стратегії “орієнтація на емоції”, що передбачає зовнішню та/або внутрішню агресію, почуття провини, паніку, апатію показники суб'єктивного благополуччя та задоволеності життям знижуються.

При аналізі рівня сприйнятого стресу спостерігається наступне (табл. 2,8):

- виявлено виражений та сильно виражений негативний статистично значущий кореляційний зв'язок між рівнем сприйнятого стресу респондентів із загальним показником суб'єктивного благополуччя ($r = - 0,659$) та його складовими “психологічним благополуччям” ($r = - 0,705$), “фізичне здоров'я та благополуччя” ($r = - 0,526$), “стосунки” ($r = - 0,381$) та з рівнем задоволеності життям ($r = - 0,591$), що вказує на те що збільшення рівня стресу призводить до зниження показників суб'єктивного благополуччя та задоволеності життям
- спостерігається сильно виражений позитивний статистично значущий кореляційний зв'язок між рівнем сприйнятого стресу та копінг-стратегією “орієнтація на емоції”, що вказує на те, що при збільшенні рівня стресу збільшується відповідно й використання пасивного копінгу.

В результаті аналізу кореляційних зв'язків також виявлено сильно виражений позитивний кореляційний зв'язок між рівнем задоволеності життям та суб'єктивним благополуччям ($r = 0,739$) і його складовими “психологічне благополуччя” ($r = 0,652$), “фізичне здоров'я” ($r = 0,606$), “стосунки” ($r = 0,694$),

що свідчить про те, підвищення рівня суб'єктивного благополуччя призводить і до зростання рівня задоволеності життям.

В таблиці 2.9 розглянемо кореляційний зв'язок між стилем спілкування з дитиною та копінг-стратегіями, суб'єктивним благополуччям, рівнем задоволеності життям і рівнем сприйнятого стресу всіх респондентів.

Таблиця 2.9

Зв'язок між стилем спілкування з дитиною та копінг-стратегіями, суб'єктивним благополуччям, рівнем задоволеності життям і рівнем сприйнятого стресу матерів дітей до 18 років

	Прийняття дитини	Відторгнення дитини	Кооперація	Контроль	Ставлення до невдач дитини
Вирішення завдання	-	-0,211**	-	-	-0,226*
Емоції	-0,227*	0,530***	-	0,308**	0,479**
Уникнення	-	-	-	-	-
Відволікання	-	0,201*	-	0,239*	0,284**
Соціальне відволікання	-	-	-	-	-
Психологічне благополуччя	0,294**	-0,483***	0,261***	-0,267**	-0,530***
Фізичне здоров'я та благополуччя	-	-0,303***	-	-0,279**	-0,439***
Стосунки	0,219**	-0,366***	-	-0,229**	-0,427***
Загальний показник благополуччя	0,276**	-0,461***	0,245***	-0,296**	-0,546***
Рівень задоволеності життям	0,291**	-0,405***	-	-	-0,481***
Рівень сприйнятого стресу	-0,291**	0,499***	-	0,221**	0,508***

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,01$

За даними таблиці прослідковується як позитивний, так і негативний статистично значущий кореляційний зв'язок. В результаті дослідження прослідковується наступне:

- виявлено виражений позитивний статистично значущий кореляційний зв'язок між субшкалою “прийняття дитини” та загальним показником

суб'єктивного благополуччя ($r = 0,276$) і його складовими “психологічним благополуччям” ($r = 0,294$), “стосунки” ($r = 0,219$) Це може означати, що при підвищенні рівня суб'єктивного благополуччя та задоволеності життям покращується ставлення до дитини, матір більше включена в дитину, схвалює її інтереси, проводить з нею більше часу. Крім того, спостерігаємо негативний кореляційний зв'язок з копінг-стратегією “орієнтованою на емоції” та рівнем сприйнятого стресу, що говорить про те, що підвищення рівня стресу та занурення в деструктивні емоції призводить до зменшення ресурсу матері, а як наслідок і позитивної взаємодії з дитиною.

- Між субшкалою “відторгнення дитини” та пасивними копінг-стратегіями “орієнтація на емоції” ($r = 0,530$) і “відволікання” ($r = 0,201$) та рівнем сприйнятого стресу встановлено позитивний статистично значущий зв'язок. Тобто при підвищенні рівня стресу та використання непродуктивної реакції на стресову подію підвищується прояв негативних почуттів матері до дитини. Також між суб'єктивним та його складовими і рівнем задоволеності життям виявлено сильно виражений негативний статистично значущий кореляційний зв'язок.

Отже, підвищення рівня суб'єктивного благополуччя та задоволеності життям досить відчутно впливає на зменшення негативних проявів матері до дитини, та веде до покращення взаємовідносин.

- Субшкала “кооперація” має позитивний кореляційний зв'язок між загальним рівнем суб'єктивного благополуччя ($r = 0,261$) та його складовою “психологічним благополуччям” ($r = 0,245$), тобто рівень довіри та поваги до дитини, щирий інтерес до неї підвищується зі зростанням суб'єктивного благополуччя матері.
- можна прослідкувати негативний кореляційний зв'язок між субшкалою “контроль” та психологічним благополуччям ($r = 0,267$), фізичним здоров'ям та благополуччям ($r = 0,279$), стосунками ($r = 0,229$) та

загальним рівнем суб'єктивного благополуччя ($r = 0,296$). Також позитивний кореляційний зв'язок встановлено з копінг-стратегіями “орієнтація на емоції” і “відволікання” та рівнем сприйнятого стресу. Це вказує на те, що зі зниженням рівня суб'єктивного благополуччя та задоволеності життям та зростанням рівня стресу і зосередженні матері на негативних емоціях зростає директивність її поведінки до дитини, встановлення жорстких рамок та авторитарності у вихованні.

- між субшкалою “ставлення до невдач дитини” спостерігається негативний кореляційний зв'язок з копінг-стратегією “орієнтація на вирішення завдань” всіма показниками суб'єктивного благополуччя та рівнем задоволення життям та позитивний кореляційний зв'язок з копінг-стратегіями “орієнтація на емоції” та “відволікання”.

Таким чином, проаналізувавши кореляційний зв'язок між стилем спілкування з дитиною та копінг-стратегіями, суб'єктивним благополуччям, рівнем задоволеності життям та рівнем сприйнятого стресу матерів дітей до 18 років бачимо, що використання неефективного копінгу, зниження рівня суб'єктивного благополуччя та рівня задоволеності життям, надмірне орієнтування на емоції, невміння справлятися з рівнем стресу при переживанні складних життєвих ситуацій заважає матері надавати підтримку дитині, зберігати позитивне ставлення, поважати її індивідуальність та самостійність.

Проведемо кореляційний аналіз статистичного зв'язку між копінг-стратегіями та рівнем вираженості складових суб'єктивного благополуччя, рівнем задоволеності життям і рівнем сприйнятого стресу окремо респондентів основної (табл. 2.10) та контрольної вибірок та порівняємо показники (табл. 2.11).

В результаті проведеного аналізу порівняємо отримані результати між респондентами основної та контрольної вибірок:

- в обох вибірках прослідковується позитивний кореляційний зв'язок між активною копінг-стратегією “орієнтація на вирішення завдання”,

Таблиця 2.10

Зв'язок між копінг-стратегіями та рівнем вираженості складових суб'єктивного благополуччя, рівнем задоволеності життям і рівнем сприйнятого стресу матерів дітей з ДРУГ

	Вирішення завдання	Емоції	Соціальне відволікання	Задоволеність життям	Рівень сприйнятого стресу
Психологічне благополуччя	0,376**	-0,553***	0,291*	0,577***	-0,697***
Фізичне здоров'я та благополуччя	-	-	-	0,577***	-0,743***
Стосунки	-	-0,287*	0,287**	0,488***	-0,469***
Загальний показник благополуччя	0,310*	-0,487**	0,271*	0,643***	-0,415**
Рівень задоволеності життям	0,298*	-0,383**	-	-	-0,584***
Рівень сприйнятого стресу	-0,387**	0,657***	-	-0,584***	-

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,01$

- показників суб'єктивного благополуччя і рівнем задоволеності життям, та негативний зв'язок цих показників з рівнем сприйнятого стресу та копінг-стратегією “орієнтація на емоції”.
- однак, у основній вибірці (матері дітей з РДУГ) прослідковується сильно виражений кореляційний зв'язок між рівнем стресу ($r = -0,387$), задоволеністю життям ($r = 0,298$) та копінгом-стратегією “орієнтація на вирішення проблеми” та виражений статистично значущий кореляційний зв'язок між субективним благополуччям ($r = 0,774$) та копінг-стратегією “соціальне відволікання”. Подібний зв'язок в контрольній вибірці відсутній.

Таблиця 2.11

Зв'язок між копінг-стратегіями та рівнем вираженості складових суб'єктивного благополуччя, рівнем задоволеності життям і рівнем сприйнятого стресу матерів нормотипових дітей

	Вирішення завдання	Емоції	Задоволеність життям	Рівень сприйнятого стресу
Психологічне благополуччя	0,520*	-0,470**	0,683***	-0,585***
Фізичне здоров'я та благополуччя	0,455*	-	0,690***	-0,560***
Стосунки	0,377**	-	0,709***	-
Загальний показник благополуччя	0,523**	-0,358*	0,774***	-0,555***
Рівень задоволеності життям	-	-	-	-0,515***
Рівень сприйнятого стресу	-	0,520***	-0,559***	

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,01$

Це може означати, що матері дітей з РДУГ більше потребують соціальної підтримки, при переживанні складних життєвих ситуацій більш схильні до емоційного реагування та недостатньо володіють навичками боротьби зі стресом. Настання складної чи стресової ситуації досить відчутно впливає на їх підвищення рівня сприйнятого стресу та зниження задоволеності життям.

Так як розлад дефіциту уваги та гіперактивності, в більшості випадків, є спадковим розладом, 27 осіб, що становить 48% респондентів основної вибірки, також мають цей розлад.

За даними таблиці 2.12 у матерів які самі мають розлад спостерігаємо вищі показники рівня сприйнятого стресу та нижчі середні показники рівня задоволеності життям, що наявність РДУГ у матері є додатковим джерелом стресу та негативних емоцій. Матері потрібно більше ресурсів щоб справлятися з власним розладом та взаємодіяти з дитиною та світом.

Таблиця 2.12

Показники середнього рівня сприйнятого стресу та рівня задоволеності життям матерів дітей з РДУГ, за наявністю або відсутністю у них раного розладу.

Показники	М		SD	
	є РДУГ у матері	немає	є РДУГ у матері	немає
Рівень сприйнятого стресу	21,5	20,4	4,18	5,31
Рівень задоволеності життям	17,5	19,4	5,56	6,21

Графік розсіювання (рис.2.15) демонструє, що позитивна кореляція між копінгом-стратегіями, орієнтованим “на вирішення завдань” та загальним рівнем суб'єктивного благополуччя дещо відрізняється в залежності наявності у матері РДУГ чи його відсутності.

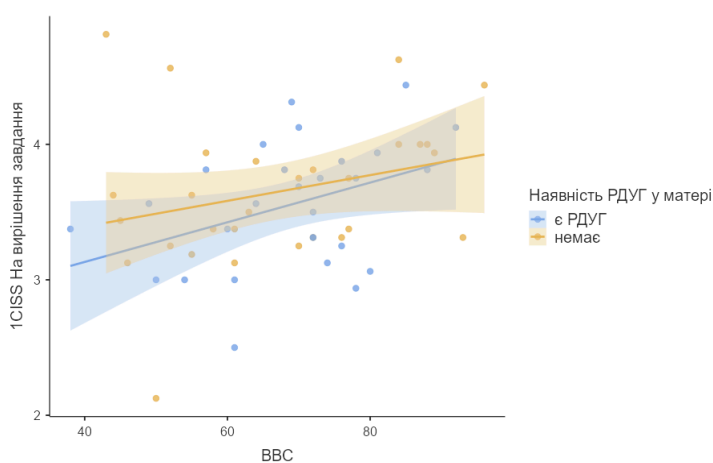


Рис. 2.15 Графік розсіювання показника в залежності від копінг-стратегії “орієнтація на вирішення завдань” та загальним рівнем суб'єктивного благополуччя матерів, які самі мають РДУГ та матерів, які його не мають.

Також спостерігається певна різниця між негативним кореляційним рівнем сприйнятого стресу та загальним рівнем суб'єктивного благополуччя (Рис. 2.16).

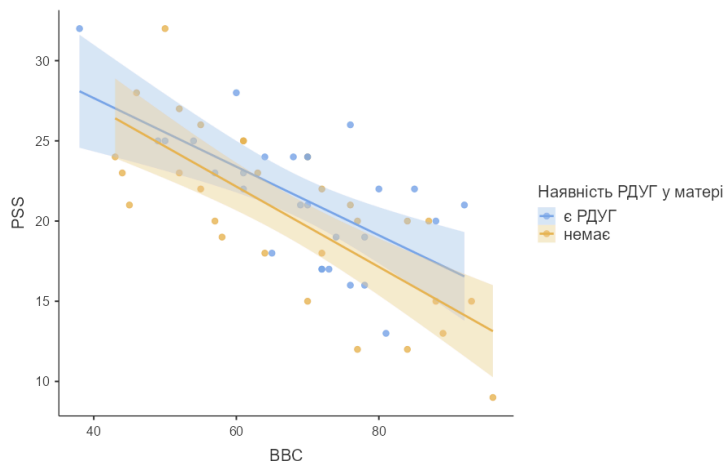


Рис. 2.16 Графік розсіювання показника в залежності між рівнем сприйнятого стресу та загальним рівнем суб'єктивного благополуччя матерів, які самі мають РДУГ та матерів, які його не мають.

Висновки до розділу 2.

В розділі 2 описано структуру проведеного дослідження щодо вивчення соціально-психологічних особливостей матерів дітей з розладом дефіциту уваги та гіперактивності.

Для досягнення мети і виконання дослідження було використано наступні методики:

1. Методика дослідження копінг-поведінки в стресових ситуаціях (Н. Ендлер, Дж. Паркер)
2. “Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі”
3. “Тест на виявлення батьківського стилю спілкування з дитиною” (за Оленою Мерзляковою)
4. Шкала задоволеності життям (методика SWLS Е. Дінера)
5. Шкала стрийнятого стресу (PSS-10 Ш.Коена)
6. Авторська анамнестична анкета

За допомогою обраних методик можна визначити копінг-стратегії, рівень суб'єктивного благополуччя, батьківський стиль спілкування з дитиною, рівень задоволеності життям та рівень сприйнятого стресу.

В дослідженні взяли участь 104 респондента - матері дітей до 18 років, з них: 56 матерів дітей з РДУГ та 48 матерів нормотипових дітей.

Матерів дітей з РДУГ становлять основну вибірку, матері нормотипових дітей - контрольну.

Проведено характеристику за віком, освітою, місцем проживання, кількістю дітей, професійною зайнятістю, наявністю чи відсутністю РДУГ у матері та використання психологічної допомоги.

Показано статистичні характеристики отриманих результатів, та показані результати аналізу даних, зібраних в процесі опитування учасників дослідження.

Крім того, в розділі проведено аналіз та інтерпретацію результатів дослідження за кожною з п'яти методик.

Для математико-статистичної обробки даних використовувались описові статистики та кореляційний аналіз за допомогою коефіцієнта Пірсона.

У переважної більшості респондентів виявлено домінуючою активну копінг-стратегію "орієнтація на вирішення проблем". Однак матері дітей з РДУГ ще використовують копінг-стратегію "спрямованість на емоції", яка є пасивною, в той час, як матері нормотипових дітей частіше використовують копінг-стратегію "соціального відволікання".

Факт домінування стратегії "орієнтація на вирішення завдань" в обох групах є позитивним аспектом, це свідчить про високий рівень активності у боротьбі зі стресовими ситуаціями в респондентів обох вибірок, особливо, в умовах повномасштабної війни.

Середній бал загального показника суб'єктивного благополуччя матерів дітей з РДУГ відповідає низькому рівню, у матерів нормотипових дітей він знаходиться в межах середнього значення.

Проаналізувавши дані з методики по визначенню стиля спілкування з дитиною бачимо, що матері дітей з розладом дефіциту уваги та гіперактивності мають нижчий рівень прийняття та вищий рівень відторгнення щодо своїх

дітей. Це може вказувати на те, що матері можуть відчувати нестабільність або неповне прийняття проявів поведінки дітей.

Середній показник задоволеності життям матерів нормотипових дітей відповідає рівню часткового задоволення життям, тоді як, показник задоволеності життям матерів дітей з РДУГ відповідає рівню часткового незадоволення життям.

В результаті аналізу рівня сприйнятого стресу, що більшість матерів нормотипових дітей мають низький та помірний рівень стресу, при цьому в матерів дітей з РДУГ показники стресу дещо вищі, що може означати, що матері дітей з РДУГ більш вразливі до стресових ситуацій.

Проведено аналіз взаємозв'язку копінг-стратегій матерів дітей до 18 років з показниками суб'єктивного благополуччя та стилем спілкування з дитиною.

Показано певну відмінність між основними копінг-стратегіями та загальним рівнем суб'єктивного благополуччя, стилем спілкування з дитиною, рівнем задоволеності життям і рівнем сприйнятого стресу респондентів обох вибірок.

Виявлено позитивний статистично значущий кореляційний зв'язок між “активними” копінг-стратегіями та суб'єктивним благополуччям і рівнем задоволеності життям та негативний кореляційний зв'язок між копінг-стратегією “спрямованість на емоції” з показниками: суб'єктивне благополуччя та з рівнем задоволеності життям.

При аналізі рівня сприйнятого стресу спостерігається негативний статистично значущий кореляційний зв'язок з суб'єктивним благополуччям та позитивний кореляційний зв'язок з копінг-стратегією “орієнтація на емоції”.

Аналіз кореляційного зв'язку між стилем спілкування з дитиною та копінг-стратегіями, суб'єктивним благополуччям, рівнем задоволеності життям та рівнем сприйнятого стресу у матерів дітей до 18 років показує, що використання неефективних копінг-стратегій, зниження суб'єктивного благополуччя та задоволеності життям, надмірне фокусування на емоціях та не

вміння справлятися зі стресом у складних життєвих ситуаціях заважає матері підтримувати дитину, зберігати позитивне ставлення до неї, а також поважати її індивідуальність та самостійність.

При аналізі статистичного кореляційного зв'язку між копінг-стратегіями та суб'єктивним благополуччям, рівнем задоволеності життя і рівнем сприйнятого стресу окремо матерів дітей з РДУГ та матерів нормотипових дітей виявлено в обох вибірках позитивний кореляційний зв'язок між копінг-стратегією “орієнтація на вирішення завдання”, показників суб'єктивного благополуччя і рівнем задоволеності життям, та негативний зв'язок цих показників з рівнем сприйнятого стресу та копінг-стратегією “орієнтація на емоції”.

Крім того, в матерів дітей з РДУГ виявлено сильно виражений кореляційний зв'язок між рівнем стресу задоволеністю життям та копінгом-стратегією “орієнтація на вирішення проблеми” та виражений статистично значущий кореляційний зв'язок між суб'єктивним благополуччям та копінг-стратегією “соціальне відволікання”. Подібний зв'язок в контрольній вибірці відсутній.

Це може свідчити, що матері дітей з РДУГ більше потребують соціальної підтримки, схильні до емоційного реагування в складних ситуаціях і мають недостатні навички боротьби зі стресом. Стресові ситуації значно підвищують їх рівень сприйнятого стресу та знижують задоволеність життям.

РОЗДІЛ 3. Модель психологічної допомоги матерям з РДУГ

3.1 Обґрунтування методів психологічної допомоги матерям дітей з синдромом дефіциту уваги та гіперактивності

Останній час в Україні прослідковується позитивна динаміка у відношенні до дітей з особливостями психофізичного розвитку та сімей, що їх виховують.

Питанням надання психологічної допомоги таким сім'ям присвятили свої роботи В. Козявкін, Т. Комар, Р. Кравченко, Г. Кукуруза, С. Миронова, К. Островська, М. Радченко, А. Смірнова, В. Тарасун, Я. Юрків та інші. У своїх моделях підтримки сімей усі автори наголошують на важливості дитини, її інтересів та потреб. Таким чином, корекційна робота спрямована на підвищення компетентності батьків, але емоційний стан батьків та загальна атмосфера в сім'ї часто залишаються без належної уваги фахівців. [49]

Сім'я відіграє ключову роль у розвитку дитини, оскільки саме в ній задовольняється більшість її потреб: в емоційній підтримці, любові, захищеності, формуються основні риси особистості дитини, її ставлення до себе та до світу. Однак більшість сімей, в яких виховується дитина з порушеннями психофізичного розвитку, мають низку деструктивних переживань.

Діти з розладом дефіциту уваги та гіперактивності потребують особливої турботи та додаткової підтримки у розвитку та розкритті їх потенціалу, що можливо лише в умовах приймаючого, підтримуючого та сприятливого середовища.

Тому важливо, щоб батьки могли усвідомлено сприйняти діагноз дитини, цінувати її, активно займатися її вихованням і співпрацювати з фахівцями відповідно до єдиних вимог.

Лише прийняття батьками своєї дитини та адекватне усвідомлення проблеми дозволяє сформувати ціннісне відношення до дитини.

Американський психолог Карл Роджерс розглядає прийняття як безумовно позитивне ставлення до дитини, незалежно від наявності різних проблем. Роджерс вважав, що таке безумовне прийняття є надійною основою для особистісного розвитку та повноцінного функціонування дитини.

Психологічне прийняття дітей з порушеннями психофізичного розвитку О. Макаренко трактує як певну позицію батьків стосовно себе і своєї дитини, життєдіяльність якої має особливі прояви у когнітивному, емоційно-смісловому та поведінковому компонентах.

Когнітивний компонент полягає в тому, що батьки знають свою дитину, розуміють її інтуїтивно та передбачають її потреби.

Емоційно-смісловий компонент полягає у повному прийнятті батьками дитини з порушеннями психофізичного розвитку як самостійної особистості.

Поведінковий компонент виражається у відповідній взаємодії батьків з дитиною, з урахуванням її потреб [28].

Прийняття дитини залежить від особливостей її розвитку. Чим важче прояви розладу, тим більше у батьків тривоги та стресу, що негативно впливає на адекватність усвідомлення проблеми дитини.

Сукупність установок батьків, що включають переплетення свідомих і несвідомих мотивів взаємодії, основою яких є оцінка дитини визначається як батьківська позиція. Вона характеризується такими параметрами: адекватність, динамічність та прогностичність.

Адекватність визначає, наскільки добре батьки сприймають та орієнтуються в індивідуальних особливостях дитини, наскільки їхнє уявлення про дитину відповідає її реальним якостям і можливостям. Це описує когнітивний компонент взаємодії батьків з дитиною.

Динамічність відображає здатність батьківської позиції змінюватися, пристосовуючи способи і форми взаємодії з дитиною. Це стосується як когнітивного, так і поведінкового компонентів батьківської позиції.

Прогностичність стосується здатності батьків передбачати майбутній розвиток дитини з особливостями психофізичного розвитку та планувати подальшу взаємодію з нею. Це описує як когнітивний, так і поведінковий компоненти батьківської позиції.

Емоційний компонент проявляється в усіх трьох параметрах батьківської позиції (адекватність, динамічність, прогностичність) і виражається в емоційному ставленні до образу дитини.

Отже, батьківська позиція щодо прийняття дитини з особливостями психофізичного розвитку включає емоційне ставлення до дитини і ситуації батьківства, очікування і конкретні усвідомлені установки батьків щодо індивідуальних особливостей дитини, його діагнозу та очікувань від фахівців. [49]

Психологічне дослідження сімей, виявило, що більшість таких сімей не можуть самостійно впоратися з викликами, які виникають через виховання дитини з особливими потребами. Тому професійна психологічна допомога батькам є вкрай необхідною. Правильна підтримка дозволяє батькам зменшити стрес, забезпечити належний догляд за дитиною, усвідомити важливість корекційної допомоги.

Цю підтримку доцільно надавати у форматі психокорекційного консультативного супроводу сім'ї. Робота з сім'єю повинна бути регулярною, оскільки зниження стресу та поліпшення внутрішньосімейних стосунків позитивно впливають на розвиток дитини. [49]

Діагностична робота з батьками спрямована на виявлення їх психологічних особливостей, що допоможуть оптимізувати корекційно-виховний процес. З цією метою необхідно діагностувати: [10]

- особистісні особливості батьків, їх інтелектуальні, емоційні, комунікативні якості, рівень тривожності, тип реакції на стрес, стресостійкість, адаптаційні можливості;
- систему взаємодії в сім'ї;

- чинники, що визначають батьківську позицію;
- ціннісні орієнтації батьків;
- особливості внутрішньоособистісних переживань батьків;
- особливості відносин між сиблінгами;
- тип батьківсько-дитячих відносин, моделі виховання.

Сукупність засобів і прийомів досягнення цілей консультаційної роботи визначається наступними завданнями:

1. встановлення контакту, щоб батьки були впевнені в тому, що їх розуміють та намагаються допомогти.
2. адекватне осмислення батьками проблеми дитини, що передбачає зниження ступеню фрустрованості батьків, переключення уваги на подолання проблеми.
3. корекція міжособистісних і внутрішньо сімейних відносин

Отже, психологічна підтримка батьків дітей з РДУГ повинна базуватися на загальних принципах психологічної допомоги, враховуючи специфіку цього розладу та проблеми, з якими стикаються батьки в процесі виховання і розвитку своїх особливих дітей.

Дослідженнями доведено, що ліки від РДУГ у поєднанні з поведінковою терапією є найефективнішим методом лікування синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю [58].

Багато дітей та дорослих використовують терапію РДУГ для розвитку поведінкових, соціальних та академічних навичок, які допомагають справлятися з симптомами протягом усього життя.

Розглянемо 9 найпопулярніших способів корекції РДУГ: [58]

1. Поведінкова терапія для дітей

Поведінкова терапія спрямована на вирішення проблемної поведінки у дітей із РДУГ, структуруючи час вдома, створюючи передбачуваність та режим,

а також посилюючи позитивну увагу. Ефективний план поведінкової терапії базується на здоровому глузді у вихованні.

Плани поведінкової терапії РДУГ повинні включати:

- Підкріплення хорошої поведінки системою винагород.
- Ігнорування негативної поведінки.
- Позбавлення привілеїв за серйозну негативну поведінку.
- Усунення загальних причин поганої поведінки.

Ефективність поведінкового лікування значною мірою залежить від здатності батьків послідовно виконувати план. Є багато програм навчання батьків, які навчають стратегіям заохочення позитивної поведінки дітей та зміцнення стосунків між батьками та дітьми.

2. Когнітивно-поведінкова терапія для дорослих

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є формою психотерапії, яка спрямована на зміну негативних моделей мислення та переосмислення ставлення пацієнта до себе та своїх симптомів РДУГ. КПТ не лікує основні симптоми РДУГ, такі як неуважність, гіперактивність та імпульсивність, але допомагає зменшити життєві проблеми, такі як прокрастинація та управління часом.

Ефективна програма КПТ допоможе дорослим із РДУГ виправити такі когнітивні викривлення: мислення за принципом «все або нічого»; надмірне узагальнення; читання думок; ворожіння; збільшення та мінімізація значущості подій; твердження «треба»; порівняльне мислення.

3. Діалектична поведінкова терапія для дорослих

Діалектична поведінкова терапія (DBT), розроблена Маршею Лінехан, доктором філософії, зосереджується на соціальних та емоційних проблемах, пов'язаних із РДУГ та іншими нейропсихологічними розладами. Спочатку DBT була розроблена для лікування шкідливої поведінки пацієнтів з межовим розладом особистості, але зараз це один із найуспішніших методів лікування для покращення навичок емоційної регуляції. Діалектична поведінкова терапія

проводиться у вигляді серії модулів на щотижневих групових заняттях, кожен з яких зосереджений на певній навичці, а індивідуальні терапевти надають додаткову підтримку для персоналізації використання цих навичок у реальних ситуаціях.

4. Тренінги навичок РДУГ

Тренінги навичок РДУГ допомагають дітям, підліткам і дорослим із РДУГ організації життя, досягненню емоційного та інтелектуального зростання, розвитку соціальних навичок, ефективних стратегій навчання, розвитку кар'єри та бізнесу, а також продуманого фінансового планування.

5. Нейровправи

Вправи для мозку допомагають зменшити імпульсивність і підвищити увагу у дітей та дорослих із РДУГ за допомогою мозкових вправ. Критики вказують на недостатнє дослідження цього методу, хоча деякі пацієнти повідомляють про поліпшення уваги

6. Ігрова терапія

Ігрова терапія допомагає дітям із РДУГ комунікувати, навчатися, знижувати тривожність і підвищувати самооцінку. Гра дозволяє терапевтам впливати на дитяче сприйняття та поведінку та є важливим інструментом для встановлення зв'язку, безпеки та прив'язаності дитини.

7. Музична терапія

Музична терапія покращує увагу, зменшує гіперактивність і зміцнює соціальні навички у пацієнтів із РДУГ. Музика створює структуру, яка заспокоює мозок, стимулює синапси та соціальну взаємодію. Музична терапія активує дофамін, що сприяє регуляції уваги та мотивації.

8. Арт-терапія

Арт-терапія дозволяє дітям і дорослим із РДУГ виражати свої думки через мистецтво. Малювання, ліплення та інші форми творчості допомагають вирішувати емоційні проблеми, розвивати комунікативні навички, знижувати

стрес і підвищувати самосвідомість. Арт-терапія сприяє позитивній соціальній взаємодії та розвитку розумової гнучкості.

9. Терапія коней

Терапія коней включає взаємодію з кінями під керівництвом спеціалістів, що допомагає клієнтам регулювати свою енергію та сприймати невербальні сигнали. Кінь надає миттєвий зворотний зв'язок, допомагаючи клієнтам краще розуміти свої дії.

В США відмічається висока ефективність 8-крокової програми поведінкової терапії для батьків, розроблена американським клінічним психологом Р. Барклі. Варто відмітити про важливість поступового запровадження цієї програми. [3]

Перший крок передбачає прийняття дитини та позитивні стосунки з нею. Другий – навчання батьків використовувати позитивну увагу та похвалу для заохочення. Третій – впровадження системи балів для заохочень у сім'ї. Четвертий – застосування методів покарання, таких як штрафи та тайм-ауті. П'ятий крок – розширення використання тайм-аутів і перегляд ефективності попередніх кроків. Шостий - впровадження принципів поведінкового керівництва при проблемній поведінці дитини у громадських місцях. Сьомий - спрямований на вирішення поведінкових проблем у школі. Восьмий крок присвячено розвитку навичок батьків у передбаченні та попередженні майбутніх проблем дитини. Ця програма, через свою ефективність, набула поширення в різних країнах.

В Японії, Австралії, Німеччині, Норвегії та країнах Азії поширена програма Батьківсько-дитяча терапія взаємодії, розроблена у США Ш. Ейберг. Вона спрямована на розвиток позитивних взаємин між батьками і дітьми та навчання батьків ефективного управлінню дітьми. Програма складається з двох етапів: взаємодія, орієнтована на дитину і взаємодія, орієнтована на батьків [57].

Батьків навчають зменшувати негативні аспекти взаємин і розвивати позитивне спілкування, використовуючи похвалу, наслідування, ентузіазм. Вони

також навчаються уникати критики, зайвих запитань і команд, а також ігнорувати неадекватну поведінку дитини. Сесії проходять у форматі коучингу.

Також батьки вчаться давати ефективні команди та дотримуватися протоколу щодо наслідків поведінки дитини. Курс завершується, коли батьки оволодівають навичками, а поведінка дитини нормалізується згідно з контрольним списком поведінки. Курс складається з 12-20 щотижневих занять, залежно від прогресу.

В Україні також представлено кілька програм допомоги дітям з РДУГ та їх батькам.

Зокрема, А. Тохтамиш відмічає поведінкову терапію найбільш адекватну й ефективну при розладі дефіциту уваги та гіперактивності у дітей. Крім того відмічає ефективність когнітивно-поведінкової та ігрової терапії [46].

Ще одним варіантом є методики психологічного супроводу, спрямовані на отримання дитиною інтенсивного досвіду рухових обмежень через тілесний контакт з батьками, ефективність яких обґрунтовано та доведено А. Тохтамиш

Таке психотерапевтичне втручання, засноване на холдінг-терапії М. Уелч, значно й швидко змінює низку параметрів та патернів взаємодії між батьками й дитиною. Одним з найважливіших факторів тут є тактильний контакт, досвід якого дитина починає отримувати від батьків значно більше, ніж раніше. Діти із РДУГ часто не реагують на батьківський поклик, особливо коли зайняті чимось цікавим, і батьки зазвичай використовують лише слуховий канал сприйняття. Автор пропонує сенсорно-модальну інтеграцію, комбінуючи "говоріння-слухання", "показ-зорове сприймання" та "дотик-тактильне сприймання", щоб полегшити дитині зосередження на інформації.

В результаті відмічаються зміни у контакті дитини з оточуючим соціальним середовищем та проявлення стійкості уваги, товариськості, здібності до спілкування.

О. Романчуком описана програма для батьків дітей із РДУГ, що пропонує такі цілі:

- Допомога батькам у розумінні дитини та її поведінки.
- Встановлення позитивного стосунку батьками з дітьми.
- Вироблення додаткових стратегій керування поведінкою дитини та розвитку її соціальних і академічних навичок.
- Зменшення стресу у батьків, підвищення їх компетентності та зміцнення сімейних ресурсів. [17]

Додатковим завданням є допомога і підтримка батькам в подоланні власних психологічних труднощів, підвищення рівня функціонування в сім'ї, подолання соціальної ізоляції та проблем у соціальній сфері, а також розробку стратегій для вирішення вторинних проблем у дитини та супутніх розладів. [17].

Формат психологічної допомоги може варіюватися залежно від стану дитини, ступеня розладу та стану її батьків.

Для відносно легких форм розладу найбільш економічно вигідною та ефективною є групова робота, така як семінари та тренінги для батьків. Індивідуальна робота проводиться за запитом і може включати психологічні консультації, індивідуальну або сімейну терапію. [17]

У центрі "Коло сім'ї" діє спеціалізована програма допомоги дітям, молоді та дорослим із РДУГ, що базується на сучасних міжнародних протоколах. Центр багато років працює з проблемою РДУГ, ініціює низку просвітницьких проектів, проводить численні навчання для фахівців, видано книгу про РДУГ, а також проводить онлайн-курси для батьків і фахівців.

Програма допомоги центру включає такі основні методи:

- Комплексне обстеження, надання інформації та узгодження плану допомоги
- Медикаментозна терапія
- Поведінкова терапія та психологічний супровід для батьків
- При необхідності – індивідуальна когнітивно-поведінкова терапія для дітей, молоді та дорослих із РДУГ; групові тренінги з розвитку соціальних навичок та інше

- Психологічний супровід щодо застосування відповідних поведінкових втручань та методик навчання у навчальних закладах
- "Батьківська школа" – програма групових занять для батьків дітей із РДУГ [41].

Отже, відповідно до сучасних міжнародних протоколів, розробленими на основі наукових досліджень, рекомендовано два основних методи допомоги особам із РДУГ: медикаментозна терапія та поведінкова терапія для дітей та молоді з РДУГ, яку застосовують батьки вдома та педагоги у навчальних закладах.

Психологічна допомога сім'ї дитини з РДУГ має враховувати унікальні особливості кожного випадку, відповідати потребам дитини та її рідних і не бути шаблонною. Вибір методів психологічної допомоги залежить від індивідуальних особливостей дитини та її сім'ї і повинен відповідати конкретному запиту. Ігнорування індивідуальних особливостей сім'ї знижує ефективність допомоги, а спроби вирішити лише одну проблему без урахування загального контексту сімейної системи можуть навіть погіршити ситуацію. Програма психологічної допомоги родині має мати чіткі цілі, а її ефективність повинна регулярно оцінюватися.

3.2 Програма психологічної допомоги батькам дітей з РДУГ

Теоретичний аналіз та дані емпіричного дослідження допомогли визначити, що найчастіше проблемами матерів дітей з РДУГ є: низька обізнаність щодо розладу та особливостей дітей з цим розладом, використання неефективних копінгів, підвищений рівень стресу, почуття провини та тривоги, безпорадності, сорому, зниження рівня суб'єктивного благополуччя та рівня задоволеності життям, порушення сімейної комунікації. Крім того наявність РДУГ у матері часто ускладнює ситуацію.

Структурна модель психологічної допомоги покликана забезпечити комплексну підтримку батькам дітей із РДУГ, враховуючи їхні психологічні, соціальні та інформаційні потреби. Такий підхід сприятиме кращій адаптації сімей до викликів, пов'язаних із вихованням дітей із РДУГ, та покращенню їхнього загального добробуту.

Тренінг для матерів є однією з ініціатив, які входять до комплексу заходів психологічного супроводу сім'ї, поряд з сімейною терапією та індивідуальним консультуванням.

Головна мета нашого тренінгу полягає в роботі з матерями дітей з розладом. Він передбачений для різновікових матерів, незалежно від її освіти та соціального статусу, які виховують дітей з РДУГ.

Враховуючи повномасштабну війну, з урахуванням питання безпеки, тренінг пропонується проводити в онлайн форматі. Участь в тренінгу можуть брати одночасно до 10-12 осіб.

Модель тренінгу складається з 4 блоків:

1. Підготовчо-діагностичний
2. Психоедукаційний
3. Корекційний
4. Оціночний

На підготовчо-діагностичному етапі пропонується матерям визначити труднощі, з якими вони стикаються при взаємодії з дитиною, характер симптоматики РДУГ у дитини, дослідження психологічного стану матері та її рівня стресу, відсутність чи наявність РДУГ у матері та його прояви.

Етап психоедукації, включає: за допомогою лекцій та презентацій, відеоматеріалів з прикладами поведінки дітей з РДУГ, пропонується ознайомлення з основними проявами та характеристиками розладу, розуміння причин та механізмів розвитку РДУГ, рекомендація книжок та сайтів, де батьки можуть ознайомитись з інформацією стосовно розладу.

Корекційний процес передбачає: допомогу матері у прийнятті дитини, підтримку матерів у підвищенні їх психологічної ресурсності для запобігання емоційному вигоранню, допомога у розробці ефективних стратегій подолання стресу, відновлення нормативних для рівня розвитку дитини батьківсько-дитячих відносин, навчання прийомам розвитку дитини відповідно до її вікових норм.

На цьому етапі роботи пропонуються психотерапевтичні техніки когнітивно-поведінкової терапії, раціонально-емотивної терапії, практики майндфулнес, методика прогресуючої м'язової релаксації Джейкобсона.

Також потрібно приділити увагу усвідомленню матір'ю своїх установок, переконань і поведінкових моделей, які закріпилися в минулому, та їх ролі в теперішньому. Звернути увагу на готовність та здатність матері брати відповідальність за розвиток дитини, приймати рішення самостійно, незважаючи на думку інших, але й не перевищувати свої повноваження там, де їх можна розділити.

На оціночному етапі потрібно перевірити ефективність проведеної програми психологічної допомоги для матерів дітей з РДУГ. За необхідності, внести корективи в програму та приймати рішення про її завершення чи продовження.

Розглянемо план тренінгу для матерів дітей з РДУГ:

Модуль 1: Вступ до РДУГ (2 години)

Цілі: ознайомлення з основними проявами та характеристиками РДУГ, розуміння причин та механізмів розвитку РДУГ, розуміння емоційного впливу РДУГ на дитину та родину.

Зміст:

- що таке РДУГ: визначення та симптоми
- вікові особливості проявів РДУГ
- причини виникнення РДУГ
- вплив РДУГ на психіку дитини.

- міфи та реалії про РДУГ.

Методи: лекції та презентації, відеоматеріали з прикладами поведінки дітей з РДУГ, обговорення в групах.

Модуль 2: Психологічний стан матері (2 години)

Цілі: розуміння власних емоцій та стану, усвідомлення впливу стресу та емоцій на виховання дитини з РДУГ.

Зміст:

- психоемоційний стан матері: самодіагностика.
- вплив стресу на материнську роль.
- важливість підтримки та самообслуговування.

Методи: психологічні тести для самооцінки, лекції та групові обговорення, вправи на усвідомлення емоцій.

Модуль 3: Емоційна регуляція (2 години)

Цілі: навчання технік роботи з емоціями, розвиток навичок емоційної регуляції.

Зміст:

- техніки розпізнавання та вираження емоцій.
- методи управління негативними емоціями.
- практичні вправи на емоційну регуляцію.

Методи: практичні вправи та тренінги, обговорення у групах, виконання домашніх завдань.

Модуль 4: Стрес-менеджмент (2 години)

Цілі: ознайомлення з методами зняття стресу, впровадження технік зниження стресу у повсякденне життя.

Зміст:

- Визначення джерел стресу та його вплив на організм.
- техніки релаксації: дихальні вправи, прогресивна м'язова релаксація.
- управління часом та пріоритизація.

Методи: лекції та практичні заняття, тренінги з релаксаційних технік, індивідуальні консультації.

Модуль 5: Майндфулнес та медитація (2 години)

Цілі: навчання основам майндфулнес, практика медитаційних технік для зниження стресу.

Зміст:

- вступ до майндфулнес: що це та як працює.
- основні техніки майндфулнес та їх застосування.
- медитація як інструмент зниження стресу.

Методи: практичні заняття з майндфулнес, медитативні практики у групах, відеоуроки та домашні завдання.

Модуль 6: Ефективне спілкування та виховання дітей з РДУГ (2 години)

Цілі: розвиток навичок ефективного спілкування з дитиною, вивчення методів виховання, які сприяють розвитку дитини з РДУГ.

Зміст:

- принципи активного слухання.
- техніки позитивного підкріплення.
- методи корекції поведінки без застосування покарань.

Методи: Рольові ігри, практичні завдання, групова робота.

Модуль 7: Підтримка та розвиток ресурсів (2 години)

Цілі: розвиток мережі підтримки для матерів, пошук та використання зовнішніх ресурсів.

Зміст:

- створення груп підтримки серед матерів.
- використання ресурсів громади та спеціалістів.
- розвиток навичок самопомоги.

Методи: групові обговорення та спільні заходи, інформаційні сесії про наявні ресурси, співпраця з психологами та соціальними працівниками.

Модуль 8: Підсумок та план на майбутнє (2 години)

Цілі: підведення підсумків програми, планування подальших дій та підтримки.

Зміст:

- оцінка результатів та прогресу.
- індивідуальні плани розвитку та підтримки.
- обговорення наступних кроків та ресурсів.

Методи: зустрічі з психологами для оцінки прогресу, рефлексивні сесії та зворотний зв'язок, планування майбутньої підтримки та розвитку.

Отже, програма спрямована на всебічну підтримку матерів, які виховують дітей з РДУГ, забезпечуючи їх знаннями, інструментами та навичками для ефективного управління емоціями, зняття стресу та підтримки здорових взаємин з дітьми.

Коротко розглянемо методи психологічного впливу, які планується використовувати в тренінгу.

Однією з поширених проблем батьків дітей з РДУГ є їхня недостатня обізнаність про цей синдром. Психоедукаційний етап роботи допомагає розширити ці знання. Він також має психотерапевтичний ефект: розуміння процесів розвитку дітей допомагає батькам поступово подолати тривогу і відчай. Це сприяє більш спокійному сприйняттю дитини.

Крім того пропонується інформація типи емоційної прив'язаності та шляхи формування безпечної прив'язаності з дітьми, стилі батьківського виховання, як діти різного віку реагують на стрес та як дорослі можуть ефективно допомогти.

Пояснення синдрому, поради щодо керування дитиною, її мотивації, контролю та заохочення корисні, але недостатні, якщо не враховувати психологічні стани самих батьків. Вони потребують підготовки та, за необхідності, психотерапевтичної підтримки, особливо якщо перебувають у стані виснаженості, тривоги чи депресії. Часто батьки дітей з РДУГ самі мають цей розлад, але не отримували лікування в дитинстві, що ускладнює

забезпечення сприятливих умов для розвитку дитини. Тому очікувати від них ефективного контролю за дитиною, організації її режиму дня та навчальної діяльності не варто.

При стресі, депресивних та тривожних станах у батьків, доступними є техніки когнітивно-поведінкової (КПТ) та раціонально-емоційної терапії (РЕТ). Основоположник РЕТ А. Елліс вважає, що емоційні реакції визначаються думками, інтерпретаціями та переконаннями людини. Депресія і тривога виникають через переконання, що ситуація є катастрофічною. Терапевтична конфронтація і впровадження поведінкових технік допомагають людям діяти ефективніше.

Останні роки здобуває популярність практикування майндфулнес, що є частиною третьої хвилі КПТ. Практики майндфулнес допомагають нейтралізувати стрес, підвищити емоційний інтелект та якість життя.

Медитації майндфулнес включають концентрацію на диханні, що дозволяє поєднати свідомість і тіло, спостерігати за хворобливими відчуттями і перестати з ними боротися. Вони вчать бути присутнім "тут і тепер", приймати життя таким, як воно є, і розвивають доброзичливість, відкритість та цікавість до себе і світу.

Практикування майндфулнес допомагає в запобіганні депресивних рецидивів. [82]

Дослідження доводять допомогу у застосуванні технік майндфулнес для лікування дітей та дорослих із РДУГ. Було встановлено, що саморегуляція та усвідомлена увага зменшують симптоми РДУГ. [89]. Інші дослідження також підтвердили довготривале поліпшення настрою, соціальної поведінки, симптомів депресії та стресу у дітей і дорослих із РДУГ. Цей метод виявився корисним і для батьків дітей із РДУГ, допомагаючи їм знизити стрес та покращити взаємодію в сім'ї через щоденну практику медитації. [85]

Для розвитку навичок саморегуляції пропонується використовувати практики майндфулнес разом з методами прогресивної м'язової релаксації Е.

Джекобсона [70]. Ці вправи викликають природну реакцію на розслаблення організму, що включає сповільнене дихання, зниження артеріального тиску та відчуття благополуччя. Метод базується на фізіологічному принципі, що після сильного напруження м'язи автоматично глибоко розслабляються. Рекомендується напружувати кожен м'яз на 5-10 секунд, а потім концентруватися на почутті розслаблення протягом 20-30 секунд. Регулярне практикування цієї методики кілька разів на день протягом 3-4 тижнів дозволяє організму автоматично використовувати її у стресових ситуаціях. Обидві техніки, майндфулнес і прогресивна м'язова релаксація, знижують напругу, стрес, гнів і допомагають при тривожних розладах.

Поведінкова терапія із дітьми з РДУГ має на меті зміну небажаної поведінки дитини. Науково доведено ефективність поведінкової терапії. [78]

Зазначається важливість навчання батьків створення у сім'ї структурного, передбачуваного, послідовного та спокійного середовища.

Психологічна допомога батькам дітей із РДУГ повинна базуватися на таких принципах: заохочення позитивної поведінки, ігнорування провокаційної поведінки, та чітка і послідовна реакція на неприйнятну поведінку. Поведінкова терапія включає різні втручання для зміни поведінки, головним принципом яких є оперантне навчання. [90]. Це передбачає винагородження бажаної поведінки та уникнення покарання, оскільки мотивація дітей із РДУГ є проблемною. Рекомендується заохочувати дітей (мотивація досягнення) і використовувати позбавлення заохочення як форму покарання. Дослідження показують, що поведінкова терапія у поєднанні з медикаментами має позитивний ефект.

Крім того, гарним середовищем для батьків дітей із РДУГ є спільноти людей з подібними проблемами. У таких групах вони можуть відкрито вирішувати спільні проблеми, ділитися досвідом, розслаблятися і відпочивати без страху нерозуміння чи осуду. В Україні є велика онлайн-спільнота Група підтримки дорослих з РДУГ і батьків дітей із РДУГ в Facebook "Життя з РДУГ (розлад дефіциту уваги з гіперактивністю, ADHD, ГРДУ)" та сайт "Дзига -

Життя з РДУГ”, де батьки та спеціалісти можуть дізнатись все про розлад та отримати підтримку.

Варто зазначити, що будь-яка програма психологічної допомоги має сенс лише тоді, коли набуті в кабінеті психолога навички та поведінкові стратегії закріплюються і переносяться в сім'ю.

Психологічна допомога сім'ї дитини із РДУГ повинна враховувати індивідуальні особливості кожного випадку та відповідати потребам дитини і її рідних. Стандартизовані підходи можуть бути неефективними або навіть дестабілізувати ситуацію. Співпраця фахівців і батьків має включати спільне дослідження проблеми, розробку адекватних стратегій, їх реалізацію батьками, аналіз ефективності та модифікацію при необхідності.

Висновок до розділу 3.1

У третьому розділі обґрунтовано методологічні підходи та структуру програми психологічної допомоги батькам дітей з РДУГ.

Враховано діагностичні дані про психологічні стани батьків їх рівень спілкування з дитиною, задоволеність життям та рівня стресу.

Професійна психологічна допомога та психокорекційний консультативний супровід для сімей дітей з РДУГ є необхідним для зменшення стресу у батьків та поліпшенню внутрішньосімейних відносин, що позитивно впливає на розвиток дитини.

Діагностична робота з батьками має на меті виявлення їх психологічних особливостей для оптимізації корекційно-виховного процесу.

Завдання консультаційної роботи включають встановлення контакту з батьками, адекватне осмислення ними проблем дитини, корекцію міжособистісних і внутрішньосімейних відносин. Психологічна підтримка батьків дітей з РДУГ повинна базуватися на загальних принципах психологічної допомоги, враховуючи специфіку цього розладу та проблеми виховання таких дітей.

Дослідження показали, що ліки від РДУГ у поєднанні з поведінковою терапією є найефективнішим методом лікування. Поведінкова терапія допомагає дітям і дорослим з РДУГ розвивати поведінкові, соціальні та академічні навички.

Ось 9 популярних методів лікування РДУГ:

1. Поведінкова терапія для дітей: спрямована на вирішення проблемної поведінки через структурування часу, режим і позитивне підкріплення.
2. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) для дорослих: допомагає змінити негативні моделі мислення та зменшити проблеми, такі як прокрастинація.
3. Діалектична поведінкова терапія (DBT) для дорослих: зосереджується на соціальних та емоційних проблемах, покращує навички емоційної регуляції.
4. Тренінги навичок РДУГ: допомагають з організацією життя, розвитку соціальних навичок, навчання та фінансового планування.
5. Нейровправи: зменшують імпульсивність і підвищують увагу через мозкові вправи, хоча ефективність потребує додаткових досліджень.
6. Ігрова терапія: допомагає дітям комунікувати, навчатися, знижувати тривожність і підвищувати самооцінку через гру.
7. Музична терапія: покращує увагу, зменшує гіперактивність і зміцнює соціальні навички через музичні заняття.
8. Арт-терапія: дозволяє виражати думки через мистецтво, допомагає вирішувати емоційні проблеми та розвивати комунікативні навички.
9. Терапія з кінями: включає взаємодію з кінями для регуляції енергії та розуміння своїх дій.

Ефективна 8-крокова програма поведінкової терапії для батьків поступово впроваджується для покращення стосунків з дитиною та вирішення поведінкових проблем.

В Україні описано програму для батьків дітей із РДУГ, яка має на меті надати допомогу батькам у розумінні дитини та її поведінки, становлення позитивних стосунків з дітьми, розробку стратегій керування поведінкою дитини, зменшення стресу у батьків і зміцнення сімейних ресурсів.

Формати допомоги варіюються від групових занять для легких форм розладу до індивідуальних консультацій.

Крім того описано авторську модель надання психологічної допомоги матерям дітей з РДУГ.

Психологічна допомога батькам дітей із РДУГ спрямована на корекцію соціально-психологічних проблем, розвиток психологічних ресурсів і створення умов для успішного виховання дитини. Організація допомоги базується на моделюванні та створенні індивідуальних програм для кожної сім'ї, що забезпечує утилітарність і індивідуальний підхід.

Розроблена модель включає три тематичні блоки:

1. Психодіагностична та психокорекційна робота з дітьми.
2. Діагностика та допомога батькам для оптимізації психологічних станів і підвищення стресостійкості.
3. Діагностика та корекція батьківсько-дитячих стосунків.

Модель складається з чотирьох етапів:

1. Психодіагностично-підготовчий.
2. Психоедукаційний.
3. Психокорекційно-терапевтичний.
4. Оціночний.

Кожен етап має свої методи і засоби реалізації.

Програма направлена на:

- покращення розуміння батьками поведінкових проблем дитини, її потреб та особливостей розвитку.
- зниження рівня стресу у батьків і підвищується їх стресостійкість завдяки освоєнню ефективних копінг-стратегій.

- покращення психологічного стану батьків, контролю над емоціями та поведінкою дитини за допомогою раціонально-емотивної терапії, майндфулнес, прогресуючої м'язової релаксації та арт-терапії.

Варто зазначити, що психологічна допомога дітям з РДУГ ефективна лише за умови, що навички, набуті в кабінеті психолога, закріплюються в сім'ї. Програма має враховувати індивідуальні особливості дитини та її родини. Стандартизовані підходи можуть бути неефективними. Співпраця фахівців і батьків включає спільне дослідження проблеми, розробку стратегій, їх реалізацію, аналіз ефективності та необхідну корекцію.

ВИСНОВКИ

В дослідженні здійснено теоретичний та емпіричний аналіз соціально психологічних особливостей матерів дітей з РДУГ.

1. На основі дослідження наукової літератури здійснено аналіз феномену материнства та психологічної готовності до материнства.

Зазначено різні підходи науковців до поняття материнства. В психології зараз існує багато різних концепцій, що всебічно розглядають цей феномен.

Материнство це складне соціокультурне явище, обумовлене взаємодією генетичних, біологічних та культурних чинників. Його унікальність визначається фізіологічними особливостями жінок, історією розвитку соціокультурного середовища та індивідуально-психологічними характеристиками.

Інститут материнства в кожній культурі формує дівчинку як майбутню матір через колективну свідомість, сімейні традиції та особистий досвід. Материнство є базовою формою самореалізації жінки, важливою екзистенціальною цінністю і структурною частиною суспільної свідомості.

Наукове дослідження материнства охоплює підсвідомі механізми материнської ролі, архетипи, інстинктивні програми, психофізіологічні особливості, вплив внутрішньосімейних відносин та значущість періоду вагітності для формування ідентичності "Я – мати".

Сучасні дослідження акцентують на материнстві як унікальній ситуації розвитку самосвідомості жінки, досліджуючи психологічну адаптацію до материнської ролі, мотиваційну готовність, параметри материнських моделей та компетентностей.

Визначено параметри психологічної готовності до материнства. Виявлено, що на готовність до материнства впливають біологічні, особистісні та соціальні чинники. Важливими є знання жінки про розвиток дитини, її мотивація стати матір'ю, потреби, усвідомлення ролі матері та емоційне ставлення до материнства. Рівень готовності визначається сумарним ефектом позитивних і

негативних чинників. Чим більше позитивних чинників діяло на жінку, тим вище рівень її готовності. Вік, характер, мотиви материнства та розвиток складових психологічної готовності також мають значний вплив.

В роботі проведено теоретичний аналіз історичного формування та становлення розладу дефіциту уваги та гіперактивності та детально розглянуто формулювання, гіпотези щодо причини виникнення, основні ознаки РДУГ та можливі ускладнення.

Розлад дефіциту уваги та гіперактивності це нейропсихологічний розлад, що порушує концентрацію уваги, регуляцію поведінки і успішність у навчанні, потенційно знижуючи якість життя без належного лікування. РДУГ спричиняється поєднанням генетичних, екологічних та соціальних чинників.

Такі симптоми розладу як гіперактивність, імпульсивність і неуважність, найяскравіше проявляються у молодшому шкільному віці, коли дозрівають навички самоконтролю. Батьки дітей із РДУГ потребують психологічної підтримки через подвійний стрес від взаємодії з дитиною та соціальної стигматизації.

Виявлено, що ступінь тяжкості РДУГ і тип розладу впливають на поведінку дитини, вимагаючи різних підходів до психологічної допомоги батькам.

Соціально-психологічні проблеми батьків знижують їхню ефективність у вихованні. Стресогенними чинниками для батьків є важкий ступінь РДУГ у дитини, агресивна поведінка, відсутність підтримки та соціальне осудження.

Було проаналізовано, що матері, які виховують дітей із розладом дефіциту уваги та гіперактивністю, стикаються із психологічними труднощами, такими як стрес і втома, почуття провини, соціальний тиск, а також потреба в підтримці та збереженні емоційної рівноваги.

Також зазначено, що матері дітей з РДУГ так і не знаходять для себе оптимальних копінг-стратегій і ця проблема недостатньо висвітлена в психологічній науці. Тому тема дослідження є актуальною.

2. Для проведення дослідження було обрано методики, що дозволяють визначити які копінг-стратегії використовують респонденти, як оцінюють свій рівень суб'єктивного благополуччя та рівень спілкування матері з дитиною, рівні задоволеності життям та сприйнятого стресу.

В ході дослідження за допомогою інструменту Google Forms було опитано дві групи учасників – матері дітей з РДУГ та матері нормотипових дітей. Для опитування респондентам надано вищезгадані методики та авторську анамнестичну анкету. Описові характеристики групи учасників дослідження надано в роботі.

Отримані результати дослідження були проаналізовані за допомогою методів математичної статистики з використанням програми Jamovi.

3. За результатами аналізу встановлено, що в обох групах досліджених домінує активна копінг-стратегія "орієнтація на вирішення завдань", що означає високий ступінь активності в протидії стресовій ситуації. При цьому показники вираженості даної копінг-стратегії вищі у матерів дітей з РДУГ порівняно з матерями нормотипових дітей.

Відмінності проявились в тому, що у матерів дітей з РДУГ копінг-стратегія "спрямованість на емоції" (яка є пасивною) має більше значення, а у матерів нормотипових дітей переважає використання копінг-стратегії "соціального відволікання" ("пошук соціальної підтримки").

Що говорить про те, що матері дітей з РДУГ мають менш продуктивні копінг-стратегії порівняно з матерями нормотипових дітей.

Також, слід відмітити, що копінг-стратегії "пошук соціальної підтримки" та "спрямованість на емоції" використовуються матерями дітей з РДУГ майже однаково, що доводить твердження думку М.Кононової та Т.Кучми, що матері дітей з РДУГ найчастіше так і не знаходять для себе оптимальних копінг-стратегій,

Також, ґрунтуючись на відповідях учасників опитування, визначено, що, рівень в обох вибірках переважає низький рівень суб'єктивного благополуччя.

Це може бути обумовлено стресом, негативними емоціями, переживаннями за близькими, відсутністю нормального сну під час повномасштабної війни тощо.

Зазначимо, що в матерів дітей з РДУГ визначено нижчі показники по всім критеріям, що ще раз доводить, що наявність розладу у дитини є додатковим чинником впливу на суб'єктивне благополуччя та джерелом стресу у матері.

Проаналізувавши рівень спілкування з дитиною дослідили позитивний стиль спілкування з дитиною в обох вибірках досліджуваних. Однак, матері дітей з розладом дефіциту уваги та гіперактивності мають нижчий рівень прийняття та вищий рівень відторгнення своїх дітей, що може свідчити про їх нестабільне або неповне прийняття поведінки дітей.

Середній показник задоволеності життям матерів нормотипових дітей відповідає рівню часткового задоволення, тоді як у матерів дітей з РДУГ він відповідає рівню часткового незадоволення життям.

Аналіз рівня сприйнятого стресу показав, що більшість матерів нормотипових дітей мають низький та помірний рівень стресу, в той час як у матерів дітей з РДУГ рівень стресу дещо вищий, що може означати їх більшу вразливість до стресу.

Досліджено взаємозв'язок копінг-стратегій матерів дітей до 18 років з суб'єктивним благополуччям та стилем спілкування з дитиною. Виявлено, що "активні" копінг-стратегії позитивно корелюють із суб'єктивним благополуччям та рівнем задоволеності життям, тоді як копінг-стратегія "спрямованість на емоції" негативно корелює з цими показниками.

Аналіз також показав негативний кореляційний зв'язок між рівнем сприйнятого стресу та суб'єктивним благополуччям і позитивний кореляційний зв'язок зі стратегією "орієнтація на емоції".

Неефективні копінг-стратегії, зниження суб'єктивного благополуччя та задоволеності життям, надмірне фокусування на емоціях і нездатність справлятися зі стресом ускладнюють матерям підтримку дитини, збереження позитивного ставлення до неї та поваги її індивідуальності.

У матерів дітей з РДУГ виявлено сильний кореляційний зв'язок між рівнем стресу, задоволеністю життям та копінг-стратегією "орієнтація на вирішення проблеми", а також між суб'єктивним благополуччям та копінг-стратегією "соціальне відволікання", чого не спостерігалось у контрольній групі.

Це свідчить про те, що матері дітей з РДУГ більше потребують соціальної підтримки, схильні до емоційного реагування в складних ситуаціях і мають недостатні навички боротьби зі стресом, що знижує їх задоволеність життям.

4. Розглянуто методологічні підходи та структуру програми психологічної допомоги батькам дітей з РДУГ. Програма враховує діагностичні дані про психологічні стани батьків, їх рівень спілкування з дитиною, задоволеність життям і рівень стресу. Професійна психологічна підтримка та консультування для сімей дітей з РДУГ необхідні для зменшення стресу у батьків і покращення внутрішньосімейних відносин, що позитивно впливає на розвиток дитини. Діагностична робота з батьками спрямована на виявлення їх психологічних особливостей для оптимізації корекційно-виховного процесу.

Розроблено програму психологічної допомоги матерям дітей з РДУГ. Програма направлена на:

- покращення розуміння батьками поведінкових проблем дитини, її потреб та особливостей розвитку.
- зниження рівня стресу у батьків та підвищення їх стресостійкості завдяки освоєнню ефективних копінг-стратегій.
- покращення психологічного стану батьків, контроль над емоціями та поведінкою дитини за допомогою раціонально-емотивної терапії, майндфулнес, прогресуючої м'язової релаксації та арт-терапії.

Модель включає три тематичні блоки:

1. Психодіагностична та психокорекційна робота з дітьми.
2. Діагностика та допомога батькам для оптимізації психологічних станів і підвищення стресостійкості.

3. Діагностика та корекція батьківсько-дитячих стосунків.

Програма психологічної допомоги матерям дітей з РДУГ. складається з чотирьох етапів:

1. Психодіагностично-підготовчий.
2. Психоедукаційний.
3. Психокорекційно-терапевтичний.
4. Оціночний.

Слід зазначити, що психологічна допомога дітям з РДУГ ефективна лише за умови, що набуті навички закріплюються в сім'ї. Програма повинна враховувати індивідуальні особливості дитини та її родини, оскільки стандартизовані підходи можуть бути неефективними. Співпраця фахівців і батьків включає спільне дослідження проблеми, розробку стратегій, їх реалізацію, аналіз ефективності та необхідну корекцію.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Андрейко Б. В. Несприятливий прогноз розвитку дитини раннього віку як чинник порушення емоційного стану батьків: дис. .. канд. психол. наук: 19.00.08 - спеціальна психологія; Нац. пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова. Київ, 2018. 248 с.
2. Батьківство без стресу. Тренінгова програма: посібник для спеціалістів. UNICEF. Режим доступу: <https://psychologdcpp.in.ua/wp-content/uploads/2022/>
3. Барклі Р. Як опанувати РДУГ: посібник для батьків./ Рассел А. Барклі. Львів: Галицька Видавнича спілка, 2021-460с
4. Борищук, Т. Материнство у психоаналізі (ключова роль матері у вихованні гуманної особистості) [Текст] / Т. Борищук // Дитинство без насилля: суспільство, школа і сім'я на захисті прав дітей. – 2014. – С. 624–625.
5. Винникотт Д. В. Маленькі діти та їх матері вид. Сварог., 2021
6. Власова О.І, Семиченко В.А, Психологія вищої школи: підручник / / за ред. О. І. Власової. – К. : ВПЦ "Київський університет", 2015. – 405 с.
7. Вельдбрехт О. О., Тавровецька Н. І. «Шкала сприйнятого стресу (PSS-10): адаптація та апробація в умовах війни» Проблеми сучасної психології N 2 (25), 2022.
8. Войцеховська. О Сучасні напрями психологічних досліджень копінг-стратегій особистості / О. Войцеховська, Г. Закалик // Педагогіка і психологія професійної освіти. - 2016. - № 2. - С. 95-104.
9. Вовк Н.П. Кононенко О.М. Психологічні особливості копінг-поведінки батьків, які виховують дітей з особливими освітніми потребами: 2019 №3
10. Галян О.І., Борисенко З.Т. (2019). Психологічні аспекти супроводу батьків дітей з особливими освітніми потребами. Збірник наукових праць «Теорія і практика сучасної психології». Запоріжжя : Класичний приватний університет. Випуск 2. Том 2. С. 44–50
11. Галян.І.М. (2009).Психодіагностика:навч.посібник для студентів вузів. Академвидав

12. Гелловел Едвард; Рейті Джон РДУГ: перезавантаження. Ефективні стратегії для повноцінного життя з розладом дефіциту уваги та гіперактивності в дітей і дорослих / Джон Рейті, Едвард Гелловел. –Київ, 2022
13. Гільбуха Ю.З., Учбова діяльність молодшого школяра: діагностика та корекція неблагополучностей. Київ. 2016. 156 с.
14. Гончаренко Н.А. Копінг-стратегії стресу матерів дітей з синдромом дефіциту уваги та гіперактивності. Актуальні проблеми психології. Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. - Випуск 34 - 2020
15. Гончаренко Н. Особливості взаємодії батьків з дітьми, які мають синдром дефіциту уваги та гіперактивності / Н. Гончаренко // Науковий часопис національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 12 : Психологічні науки. - 2019. - Вип. 8. - С. 13-26. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_012_2019_8_4
16. Грабовська С., Єсип М.. Проблема копінгу в сучасних психологічних дослідженнях / // Соціогуманітарні проблеми людини. — 2010. — № 4. — С. 188-199. — Бібліогр.: 22
17. ГРДУ: від розуміння нейробиології до усвідомлення соціального значення проблеми / Олег Романчук, 2008
18. Дегтяренко Т. В. Психофізіологічні аспекти феноменології материнства / Т. В. Дегтяренко, М. Г. Буряк // Інтегративна антропологія. - 2016. - № 1. - С. 69-73. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Ia_2016_1_16
19. Діденко Г. О., Шебанова Г. О. Копінг-поведінка у сучасних психологічних дослідженнях. Проблеми сучасної психології. 2018. Вип. 39. 368-379 с.
20. Іванов Д. І. Психологічний аналіз системи дитячо-батьківських відносин у парадигмі глибинної психології: автореф. дис. канд. психол. наук / Д. І. Іванов. Одеса. 2016. С 20.

21. Карамушка, Л.М. Суб'єктивне благополуччя персоналу освітніх та наукових організацій в умовах війни: рівень вираженості та зв'язок з копінг-стратегіями. *Організаційна психологія. Економічна психологія*, 2023. 1(28). С. 17-25.
22. Карамушка Л. М., Снігур Ю. С. Копінг-стратегії: сутність, підходи до класифікації, значення для психологічного здоров'я особистості та організації. *Актуальні проблеми психології*. Т. 1. Випуск 55. С. 23 – 30
23. Кокун О. М., Мельничук Т. І. Резилієнс-довідник: практичний посібник. Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2023. 25 с.
24. Кононова М. М., Кучма Т. В. Теоретична модель чинників особистісної стресостійкості батьків дітей із психофізичними порушеннями. *Габітус*. 2022. № 33.
25. Кулик Л.А. Сімейне виховання: Навчальний посібник. Москва: Просвещение, 2003. 175с.
26. Лучанінова Н. В. Материнство як складова гендерного функціонування сучасної жінки / Н. В. Лучанінова // *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія : Психологія*. - 2013. - № 1046, Вип. 51. - С. 110-112. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/VKhIPC_2013_1046_51_25
27. Ляшин, Я. Копінг у подоланні життєвих труднощів. *Збірник наукових праць "Проблеми сучасної психології"*, 2017 (35).
28. Макаренко О.М., Голубєва М.О., Джугля І.О. (2017). Психологічні особливості батьківського ставлення до дітей із особливими потребами. *Міжнародний психіатричний, психотерапевтичний та психоаналітичний журнал*. Київ. № 1, 2 (35–36). С. 107–110.
29. Методики вивчення повсякденного стресу і способів М545 розв'язання кризових життєвих ситуацій / О. Я. Кляпець, Б. П. Лазоренко, Л. А. Лепіхова, В. В. Савінов ; За ред. Т. М. Титаренко. – К. : Міленіум, 2009. – 120 с.

30. Методики дослідження психічного здоров'я та благополуччя персоналу організацій: психологічний практикум. Л. М. Карамушка, О. В. Креденцер, К. В. Терещенко, В. І. Лагодзінська, В. М. Івкін, О. С. Ковальчук; за ред. Л. М. Карамушки. Київ : Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2023. 76 с.
31. МЕТОДИКА SWLS (THE SATISFACTION WITH LIFE SCALE)
Електронний
ресурс:<https://www.academia.edu/23958143/%D0%9C%D0%95%>
32. Мушкевич М. І. Психологічний супровід сімей, що мають проблемних дітей : дис. доктора психологічних наук : 19.00.07 – педагогічна та вікова психологія. / І.М. Мушкевич. – Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. – Київ, 2020.
33. Нероба М. В. Материнство як психологічний феномен / М. В. Нероба // Педагогічний процес: теорія і практика. - 2015. - Вип. 3-4. - С. 90-93. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/pptp_2015_3-4_21
34. Олексюк О. Є. Психологія батьківства. Організація самостійної роботи студентів в умовах дистанційного навчання : навчально-методичний посібник // автор-укладач: Олексюк О. Є. – Миколаїв : СПД Румянцева, 2022. – 152 с.
35. Островська К. О. Психологічні особливості ставлення матерів до їхніх здорових дітей та дітей з обмеженими можливостями / К. О. Островська // Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. - 2015. - Вип. 29. - С. 213-220. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_019_2015_29_38
36. Піскун А. В. Вплив сімейного виховання на поведінку молодшого школяра. Київський інститут бізнесу та технологій Сучасні тенденції прикладної психології, м. Київ, 2021

37. Пічурін В. В. Копінг-стратегії студентів і психологічна готовність до професійної праці / В. В. Пічурін // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2015. – № 2. – С. 53–59.
38. Проскурняк О. П. Чинники та етапи становлення материнства / О. П. Проскурняк // Практична психологія та соціальна робота. – 2007. – №3. – С. 13-16.
39. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях / В.Л.Зливков, С.О. Лукомська, О.В. Федан. – К.: Педагогічна думка, 2016. – 219 с.
40. Практична психосоматика: діагностичні шкали. Навчальний посібник / За заг. ред. О.О. Чабана, О.О. Хаустової. — 2-ге видання, виправлене і доповнене. — К.: Видавничий дім Медкнига, 2019. — 112 с.
41. Розлад із дефіцитом уваги та гіперактивністю - Електронний ресурс: <https://k-s.org.ua/resources/mh-academy/adhd/>
42. Романчук О. ГРДУ: від розуміння нейробиології до усвідомлення соціального значення проблеми/ навчально-реабілітаційний центр «Джерело», м. Львів 2019
43. Суковський, Є. Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги у дітей: poradnik для батьків. Львів : Колесо, 2008
44. Сухіна, І.В. Гіперактивна дитина. Харків : Вид-во «Ранок», ВГ «Кенгуру», 2018.
45. Таран О.П., Гаража Н.Д. Соціально-психологічні чинники ставлення сучасних жінок до материнства. Габітус. 2021. № 30. С. 91-96. 82 26.
46. Тохтамиш О.М. Психологічний супровід дітей дошкільного і молодшого шкільного віку з гіперактивністю та дефіцитом уваги : дис.канд. 236 мед. наук: спец. 19.00.04 / О.М. Тохтамиш. – Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України. – К., 2010. – 214 с.

47. Тохтамиш О.М. Методика ескалації тактильного контакту у психологічній допомозі дітям дошкільного та початкового шкільного віку
48. Хазратова , Н., Малімон , Л., & Олійник , А. (2023). Особливості копінг-стратегій у людей з різними ціннісними орієнтаціями. Психологічні перспективи, (41), 175–190.
-
49. Чопик Л. Особливості формування батьківських позицій щодо прийняття дитини з особливостями психофізичного розвитку/ Л. Чопик// Науковий вісник Вінницької академії безперервної освіти. Серія «Педагогіка. Психологія», Вип. 2, 2022
50. Царькова О. В. Психологічний клімат у родині як основний чинник становлення особистості дитини з психофізіологічними вадами / О. В. Царькова // Актуальні проблеми психології. - 2015. - Т. 10, Вип. 27. - С. 607-616. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/appsu_h_2015_10_27_59
51. Ширяєва, Л., & Гончаренко, Н. (2020). Особливості сприйняття сімейних взаємостосунків і свого місця в сім'ї дитиною із синдромом дефіциту уваги та гіперактивності. Збірник наукових праць "Проблеми сучасної психології", (50), 328–351. <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2020-50.328-351>
52. Шевчук, Г.С. «Материнська ідентичність у структурі Я–концепції жінки». Збірник наукових праць "Проблеми сучасної психології", 2019
53. Шевчук В. В. Психологічні детермінанти особистісних змін у батьків дітей з вадами розвитку, Психологія і особистість: наук. журнал. Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України. 2021. Вип. 1 (19), С. 57-71.
54. Шульженко Д. І. Особливості психологічної роботи з емоційними станами батьків дітей з психофізичними порушеннями раннього віку / Д. І. Шульженко // Психологічний часопис. - 2017. - № 5. - С. 173-180. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/psch_2017_5_17

55. Шмілик Н. Психологічна готовність до материнства як системний та багатовекторний конструкт // Проблеми гуманітарних наук. Психологія : зб. наук. пр. ДДПУ / Дрогоб. держ. пед. ун-т ім. І. Франка. – Дрогобич, 2013. - Вип. 31. - С. 128–141.
56. Яремчук Н.В. Психологічна готовність жінки до материнства: Вікові особливості. Психологія неперервної професійної освіти., 2012
57. About PCIT. [Electronic resource]. – Mode of access: <https://pcit.ucdavis.edu/about-us/>
58. ADHD Therapy Overview: The 9 Best Treatments for Children and Adults - Електронний ресурс: <https://www.additudemag.com/add-adhd-therapy/>
59. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). American Psychiatric Publishing, 2013. – 991p. [Electronic resource]. – Mode of access: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
60. Barkley, R.A. Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (3rd. ed.). New York: Guilford Press, 2005.
61. Barkley, R.A. Genetics of Childhood Disorders: XVII. ADHD, Part 1: The Executive Functions and ADHD. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39(8), 2000.
62. Buhrmester D., Camparo L., Christensen A., et al (1992). Mothers and fathers interacting in dyads and triads with normal and hyperactive sons. Dev Psychol року, 28: 500-509. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.28.3.500>.
63. Compas B., Connor-Smith J., Saltzman H., Thomsen A., Wadsworth M. Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research // Psychological Bulletin, 2001. Vol. 127. N 1. P. 87–127.
64. Compas B., Connor-Smith J., Saltzman H., Thomsen A., Wadsworth M. Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and

- potential in theory and research // *Psychological Bulletin*, 2001. Vol. 127. N 1. P. 87–127.
65. Compas, B. E., Connor, J., Osowiecki, D., Welch, A. Effortful and involuntary responses to stress: Implications for coping with chronic stress. *Coping with chronic stress* / ed. B. J. Gottleib. New York, 1997. P. 105-130.
 66. Cramer P. Defense mechanisms and Coping strategies: What's the difference? // *American Psychologist*, 2000. June. P. 638–646.
 67. Endler, N. S., & Parker, J. D. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 844-854.
 68. 49. Individual-Difference Features Of Attachment Theory [Электронный ресурс] – Режим доступа до ресурсу: <https://www.britannica.com/science/attachment-theory/Individual-difference-features-of-attachment-theory>.
 69. Hobfoll, S. E. Social Support: Will you be there when I need you? In: *A lifetime of relationships*. N. Vanzetti and S. Duck (eds.). California, 1996. P.12-22.
 70. Jacobson E. Neuromuscular controls in man: methods of self-direction in health and disease / E. Jacobson // *American Journal of Psychology*. – 1955. – Pp. 549–561.
 71. Johnston C., Jassy J.S. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Oppositional/Conduct Problems: Links to Parent-Child Interactions//Charlotte Johnston, Jonathan S. Jassy. 2007; 16(2): 74–79. [Electronic resource]. – Mode of access: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2242643/>
 72. Johnston C., Murray C., Hinshaw S.P., Pelham W.E., Hoza B. (2002). Responsiveness in interactions of mothers and sons with ADHD: Relations to maternal and child characteristics. *Journal of Abnormal Child Psychology*;30:77–88. doi: 10.1023/a:1014235200174.
 73. Folkman S., Lazarus R., Dunkel-Schetter C., DeLongis A., Gruen R. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping,

- and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1986. 50(5). P. 992–1003. .
74. Lazarus R., Folkman S. *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer, 1984.
 75. Lazarus, R. S. Toward Better Research on Stress and Coping. *American Psychologist*, 2000. No 55. P. 665-673.
 76. Lezak M. D. (2014). *Neuropsychological Assessment*. - 4th ed. – Oxford University Press, 2004. – 1016 p.
 77. Lou H. C., Henriksen L., Bruhn P. (1984). Focal Cerebral Hypoperfusion in Children With Dysphasia and/or Attention Deficit Disorder. // *Arch Neurol*. 41(8):825-829. [Electronic resource]. – Mode of access: doi:10.1001/archneur.1984.04050190031010.
 78. Mongia, M., Hechtman L. (2016). Attention-deficit hyperactivity disorder across the lifespan: review of literature on cognitive behavior therapy. *Current Developmental Disorders Reports*. 3(1): p.7-14. [Electronic resource]. – Mode of access: <https://link.springer.com/article/10.1007/s4>
 79. Peterson, C., Seligman, M. E. P. *Character Strengths and Virtues: A Handbook and Classification*. New York, 2004. 800 p.
 80. Segal Z., Williams M., Teasdale J. (2018). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression*. NY: The Guilford Press. [Electronic resource]. – Mode of access: <https://psycnet.apa.org/record/2001-05895-000>.
 81. Solanto M.V. (2002). Dopamine dysfunction in AD/HD: integrating clinical and basic neuroscience research. *Behavioural Brain Research*, Mar, 10; 130(1-2), 65-71. [Electronic resource]. – Mode of access: [https://doi.org/10.1016/s0166-4328\(01\)00431-4](https://doi.org/10.1016/s0166-4328(01)00431-4)
 82. Solden S. (2019). ADHD in Women Symptom Checklist. – Электронный ресурс: [Electronic resource]. – Mode of access: <https://www.additudemag.com/adhd-symptoms-in-women/>

83. Stoller R .J. The sense of femaleness / Robert J. Stoller // Psychoanal. Q. — 1968. —№ 37.
84. Tuckman A. (2009). More Attention, Less Deficit: Success Strategies for Adults with ADHD /A.Tuckman.
85. Van der Oord S., Bögels S. & Peijnenburg D. (2012). The Effectiveness of Mindfulness Training for Children with ADHD and Mindful Parenting for their Parents. Journal of Child and Family Studies volume 21, pages139–147. doi: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10826-011-9457-0>
86. Willcutt E.G., Pennington B.F., Duncan, L., Smith, S.D., Keenan, J.M., Wadsworth, S.J., DeFries, J.C., & Olson, R.K. (2010). Understanding the complex etiologies of developmental disorders: behavioral and molecular genetic approaches. 252 Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 31(7), 533-544. [Electronic resource]. – Mode of access: <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e3181ef42a1>
87. Willi, J., Heim, E. Psychosoziale Medizin: Gesundheit und Krankheit in bio-sozialer Sicht. Springer. 1986. No 1. P.132-137
88. Why ADHD in Women is Routinely Dismissed, Misdiagnosed, and Treated Inadequately Режим доступу:
https://www.additudemag.com/adhd-in-women-misunderstood-symptoms-treatment/?src=embed_link
89. Zylowska L., Ackerman D., Yang M. H., Futrell J. L. et al. (2008). Mindfulness meditation training in adults and adolescents with ADHD: a feasibility study. J Atten Disord. 11(6): p. 737-746. DOI: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1087054707308502>
90. Zwi M, Jones H, Thorgaard C, York A, Dennis JA. Parent training interventions for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years. Cochrane Database Syst Rev. 2011:12. DOI: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003018.pub3/full>

ДОДАТКИ

Додаток А

Авторська анамнестична анкета

1. Ваш вік

- 18-24
- 25-34
- 35-44
- 45 +

2. Освіта

- середня
- неповна вища (технікум, коледж)
- повна вища (бакалавр)
- повна вища (спеціаліст, магістр)
- здобуваю другу вищу
- дві вищі
- вчений ступінь

3. Професійна діяльність

- наймана працівниця
- в декретній відпустці
- студентка
- фрілансер
- власна справа
- веду домашнє господарство

4. Сімейний статус

- в шлюбі
- в цивільному шлюбі
- в стосунках
- в шлюбі/стосунках, але проживаємо окремо через повномасштабне вторгнення
- розлучена
- вдова
- вільна

5. Ваше місце проживання зараз

- в Україні, не змінилось з початку повномасштабного вторгнення
- в Україні, виїжджала за кордон і повернулась
- переїхала в межах України (внутрішньо переміщена особа)
- виїхала і живу зараз за кордоном
- виїхала за кордон і живу на 2 країни

6. Кількість дітей

- одна дитина
- дві дитини
- троє або більше дітей

7. Чи є у Вашої дитини РДУГ?

- так, діагностований
- не діагностований, але підозрюю за симптомами
- немає

8. Скільки дітей з Вашої сім'ї мають РДУГ?

- одна
- дві і більше
- в моєї дитини немає РДУГ

9. Як давно Ви дізнались про наявність РДУГ у дитини?

- недавно
- від 1 до 3 років тому
- більше 5 років тому
- у моєї дитини немає РДУГ

10. Чи маєте Ви РДУГ?

- немає
- так, діагностований
- не діагностований, але підозрюю в себе за симптомами

11. Чи звертались до психолога з дитиною стосовно проявів РДУГ?

- не зверталась

- так, зверталась кілька разів (до 10 разів)
- так, працювали/працюємо тривалий час
- у моєї дитини немає РДУГ

Додаток Б

Методика дослідження копінг-поведінки в стресових умовах (The coping inventory for stressful situation) (Endler, N. S., & Parker, J. D. (1990).

Загальна характеристика методики:

Методика містить 48 питань та дає можливість дослідити такі копінг-стратегії, які є важливими для подолання стресу

«Орієнтація на вирішення завдання» (стратегія, застосовуючи яку, людина прагне використовувати особистісні ресурси для пошуку можливих способів ефективного розв'язання проблеми);

«Соціальне відволікання» (стратегія, використовуючи яку, людина для ефективного розв'язання проблеми звертається за допомогою і підтримкою до оточуючого її середовища: сім'ї, друзів, колег);

«Спрямованість на емоції» (стратегія, яка пов'язана з виникненням негативних емоцій, які стосуються ситуації, та зосередженість на таких емоціях);

«Уникнення» (стратегія, застосовуючи яку, людина прагне уникнути контакту з навколишнім світом, витісняє необхідність розв'язання проблеми);

5) «Відволікання» (стратегія, яка передбачає відволікання на інші види діяльності, які дають можливість забути про проблему).

За результатами обробки даних визначається, які копінг-стратегії є найбільш пріоритетними для освітнього персоналу, а які - найменш.

Інструкція для учасників опитування:

Нижче наведено можливі реакції людини на різні складні чи стресові ситуації. Визначте, як часто Ви поводитися таким чином у важкій стресовій ситуації, і поставте відповідну цифру у бланк для відповідей:

Ніколи - 1; Рідко - 2; Іноді - 3; Часто - 4; Найчастіше - 5

1. Намагаюся ретельно розподілити свій час.
2. Концентрую увагу на проблемі і думаю, як її можна вирі-
3. Думаю про щось гарне, приємне, що було в моєму житті.
4. Намагаюся бути на людях.
5. Звинувачую себе в нерішучості.
6. Роблю те, що вважаю найбільш підходящим у даній ситуації.
7. Заглиблююся у свій біль та страждання.
8. Звинувачую себе в тому, що опинився в такій ситуації.
9. Ходжу по магазинах, нічого не купуючи.
10. Думаю про те, що для мене головне.
11. Намагаюся більше спати.
12. Дозволяю собі покуштувати улюблену їжу.
13. Переживаю, що не можу справитися із ситуацією.
14. Відчуваю нервові напруження.
15. Згадую, як я вирішував аналогічні проблеми раніше.
16. Говорю собі, що це відбувається не зі мною.
17. Звинувачую себе в занадто سموційному ставленні до ситуації
18. Іду куди-небудь перекусити чи пообідати.
19. Відчуваю емоційний шок.
20. Купую собі якусь річ.
21. Визначаю план дій і дотримуюся його.
22. Звинувачую себе в тому, що не знаю, що робити.
23. Іду на вечірку.
24. Намагаюся осмислити ситуацію.
25. Застигаю, «заморожуюсь» і не знаю, що робити.
26. Терміново вживаю заходів, щоб виправити ситуацію.
27. Аналізую те, що сталося, чи своє ставлення до нього.

28. Шкодную, що не можу змінити того, що сталося, чи свого ставлення до нього.
29. Йду в гості до друга.
30. Непокоюся, що я тепер робитиму.
31. Проводжу час із дорогою, приємною для мене людиною.
32. Іду на прогулянку.
33. Говорю собі, що цього ніколи не станеться знову.
34. Концентрую увагу на своїх загальних вадах.
35. Розмовляю з людиною, чію пораду я особливо ціную.
36. Аналізую проблему, перш ніж реагувати на неї.
37. Телефоную другові.
38. Відчуваю роздратування.
39. Вирішую, що тепер слід насамперед робити.
40. Дивлюся кінофільм.
41. Контролюю ситуацію.
42. Докладаю додаткових зусиль, щоб усе вирішити.
43. Розробляю декілька різних варіантів вирішення проблеми.
44. Беру відпустку чи вихідні, віддаляюся від ситуації.
45. Виплескую переживання на інших.
46. Використовую ситуацію, аби довести, що я все ж таки можу вирішити цю проблему.
47. Намагаюся зібратися, щоб вийти переможцем із ситуації.
48. Дивлюся телевізор

Обробка та інтерпретація результатів:

При обробці результатів сумуються бали, зазначені респондентами з урахуванням наведеного нижче ключа.

Для копінгу, орієнтованого на вирішення завдання, сумуються такі 16 пунктів:

1, 2, 6, 10, 15, 21, 24, 26, 27, 36, 39, 41, 42, 43, 46, 47.

Для копінгу, спрямованого на емоції, сумуються інші 16 пунктів: 5, 7, 8, 13, 14, 16, 17, 19, 22, 25, 28, 30, 33, 34, 38, 45.

Для копінгу, що має за мету уникнення, сумуються такі 16 пунктів: 3, 4, 9, 11, 12, 18, 20, 23, 29, 31, 32, 35, 37, 40, 44, 48.

Можна підрахувати шкалу відволікання з 8 пунктів, що належать до уникнення: 9, 11, 12, 18, 20, 40, 44, 48.

Шкала соціального відволікання може бути підрахована з таких 5 пунктів, що стосуються уникнення: 4, 29, 31, 35, 37.

(Зверніть увагу, що пункти уникнення 3, 23 і 32 не використовуються в субікалах відволікання і соціального відволікання).

Додаток В

Методика “Модифікована шкала суб’єктивного благополуччя” (BBC-SWB)

(адаптація Л.М. Карамушки, К.В. Терещенко, О.В. Креденцер)

Загальна характеристика методики: Методика «Модифікована шкала суб’єктивного благополуччя БіБіСі» (The Modified BBC Subjective Well-being Scale (BBC-SWB) (P. Pontin, M. Schwannauer, S. Tai, & M. Kinderman)

включає три субшкали:

1. ”психологічне благополуччя” (здатність контролювати своє життя, відчувати оптимізм з приводу майбутнього, впевненість у своїх власних думках і переконаннях, рости і розвиватися як особистість тощо);
2. ”фізичне здоров’я та благополуччя” (задоволеність фізичним здоров’ям, якістю сну, здатністю працювати та здійснювати свою повсякденну життєву активність, займатись спортом і відпочивати, відсутність депресії, тривоги тощо);
3. “стосунки” (комфортність у ставленні та спілкування з іншими людьми, наявність щасливих дружніх і особистих відносин, здатність звернутись за допомогою до інших, задоволеність своїм сексуальним життям тощо)

Як і оригінальна методика «The BBC Subjective Well-being Scale (BBC-SWB)», модифікована методика складається з 24 пунктів, але на відміну від неї використовується не 4-бальна, а 5-бальна оціночна шкала. Інструкція для учасників опитування:

Дайте відповідь на наведені нижче запитання, використовуючи шкалу (поставте «+» у відповідній комірці)

Текст опитувальника:

1. Чи задоволені Ви своїм фізичним здоров'ям?
2. Чи задоволені Ви якістю свого сну?
3. Чи задоволені Ви своєю здатністю виконувати повсякденну життєву активність?
4. Чи відчуваєте Ви депресію або тривогу?
5. Чи відчуваєте ви здатність насолоджуватись життям?
6. Чи вважаєте Ви, що у Вас є мета в житті?
7. Чи відчуваєте Ви оптимізм з приводу майбутнього?
8. Чи відчуваєте, що контролюєте своє життя?
9. Чи відчуваєте Ви задоволення собою як особистістю?
10. Чи задоволені Ви своєю зовнішністю і зовнішнім виглядом?
11. Чи відчуваєте Ви, що в змозі прожити своє життя так, як хочете?
12. Чи впевнені Ви в своїх власних думках і переконаннях?
13. Чи відчуваєте Ви себе в змозі робити те, що Ви хочете робити?
14. Чи відчуваєте Ви себе в змозі рости і розвиватися як особистість?
15. Чи задоволені Ви собою і своїми досягненнями?
16. Чи задоволені Ви своїм особистим і сімейним життям?
17. Чи щасливі Ви у Ваших дружніх і особистих відносинах?
18. Чи комфортно Ви почуваетесь стосовно того, як Ви ставитеся до інших і спілкуєтеся з іншими?
19. Чи задоволені Ви своїм сексуальним життям?
20. Чи в змозі Ви звернутися за допомогою з проблемою?

21. Чи щасливі Ви, що у Вас є достатньо грошей, щоб задовольнити Ваші потреби?
22. Чи задоволені Ви вашими можливостями для занять спортом/ відпочинку?
23. Чи задоволені Ви своїм доступом до медичних послуг?
24. Чи задоволені Ви своєю здатністю працювати?

Обробка та інтерпретація результатів:

Опитувальник включає три субшкали: «психологічне благополуччя», «фізичне здоров'я та благополуччя» та «стосунки».

Всі питання, крім пункту № 4, мають прямий порядок нарахування балів, запитання №4 - зворотний.

Загальний показник суб'єктивного благополуччя рахується як сумарний бал по всіх пунктах методики. Мінімальний показник суб'єктивного благополуччя дорівнює 24 балам, максимальний показник дорівнює 120 балам. Показники по субшкалах розраховуються як сумарні бали по відповідних пунктах методики: субшкала «психологічне благополуччя» - пункти №№4-15. Субшкала «фізичне здоров'я та благополуччя» - пункти №№1-3, 21-24. Субшкала «стосунки» - пункти №№16-20. Отримані показники порівнюються з нормативними. Нормативні дані за рівнями суб'єктивного благополуччя представлені у таблиці нижче:

- Психологічне благополуччя:
 - 12-39 - низький рівень
 - 40-47 - середній рівень
 - 48-60 - високий рівень
- Фізичне здоров'я та благополуччя:
 - 7-20 - низький рівень
 - 21-25 - середній рівень
 - 26-35 - високий рівень
- Стосунки:
 - 5-16 - низький рівень

- 17-20 - середній рівень
- 21-25 - високий рівень
- Загальний рівень суб'єктивного благополуччя:
 - 24-76 - низький рівень
 - 77-91 - середній рівень
 - 92-120 - високий рівень

Додаток Г

Тест на виявлення батьківського стилю спілкування з дитиною (за Оленою Мерзляковою)

Для перевірки способу спілкування з власною дитиною - пропонуємо виконати такий тест.

Нижче запропоновані деякі твердження, які відображають можливе ставлення батька або матері до власної дитини.

Якщо ви згодні з тим чи іншим твердженням - зафіксуйте у бланку для відповідей поруч з номером твердження позначку «+» або «так». Якщо не згодні - відповідно позначку «-» або «ні».

Бланк для відповідей

Текст опитувальника:

1. Моя дитина подобається мені такою, яка вона є.
2. Основна причина капризів моєї дитини - це егоїзм, лінощі і впертість.
3. Я завжди зважаю на думку дитини.
4. Я завжди співчуваю своїй дитині.
5. Я мрію про те, щоб моя дитина досягла того, що особисто мені не вдалося в житті.
6. Моя дитина росте не пристосованою до життя.
7. Я поважаю свою дитину.
8. Моя дитина часто робить такі вчинки, що заслуговують на осуд.

9. Батьки повинні не тільки вимагати від дитини, але і самі пристосовуватися до неї, + ставитися до неї з повагою, як до особистості.
10. Потрібно якнайдовше тримати дитину подалі від реальних життєвих проблем, якщо вони її травмують.
11. Дитину з дитинства варто тримати у жорстких рамках, тільки тоді з неї виросте гарна людина.
12. Стосовно своєї дитини я часто відчуваю досаду.
13. Я охоче проводжу з дитиною свій вільний час.
14. Якщо проводити відпустку з дитиною, то неможливо нормально відпочити.
15. Я завжди беру участь в іграх і справах дитини.
16. Гарні батьки захищають дитину від труднощів життя.
17. Суворі дисципліна в дитинстві розвиває сильний характер.
18. Мені здається, що інші діти глузують з моєї дитини.
19. Я люблю, коли друзі моєї дитини приходять до нас додому.
20. Коли я порівнюю свою дитину з її однолітками, то вони здаються мені вихованішими і розсудливішими.
21. Я дуже цікавлюся життям своєї дитини.
22. Я намагаюся виконувати всі прохання і побажання моєї дитини.
23. Я вважаю своїм обов'язком знати все, про що думає моя дитина.
24. Моя дитина, як губка, усмоктує в себе все найгірше.
25. Я відчуваю дружні почуття стосовно дитини.
26. Моя дитина спеціально поводиться погано, щоб дошкулити мені.
27. Діти рано починають розуміти те, що батьки можуть помилятися.
28. Я часто шкодую про те, що моя дитина дорослішає, і з ніжністю згадую той час, коли вона була ще зовсім маленькою.
29. Дитина повинна дружити з тими, хто подобається її батькам.
30. До моєї дитини постійно «липне» все погане.
31. Я поділяю захоплення моєї дитини.

32. Виховання дитини - це суцільні нерви.
33. Я часто визнаю, що у своїх вимогах і претензіях дитина по своєму права.
34. Я захоплююся своєю дитиною.
35. Дитина не повинна мати секретів від батьків.
36. Я невисокої думки про здібності моєї дитини і не приховую цього від неї.
37. Прикрасі моєї дитини мені завжди близькі і зрозумілі.
38. Коли в компанії говорять про дітей, мені іноді стає соромно, що моя дитина не така розумна і здібна, як інші.
39. При прийнятті рішень в родині варто враховувати думку дитини.
40. Найголовніше - щоб у дитини було спокійне, безтурботне дитинство.
41. За суворе виховання діти потім дякують своїм батькам.
42. Моя дитина не в змозі зробити щось самостійно, і якщо вона це робить, то обов'язково щось виходить не так.

Обробка результатів

Підрахуйте кількість позитивних відповідей «так» за кожним рядком у вашому

бланку-таблиці. У правій колонці ви можете прочитати, що означають бали за кожною з обраних 6 шкал.

Підрахуйте кількість «+» в кожному рядку

1. 13. 19. 25. 31. 37. «+» Прийняття дитини
2. 14. 20. 26. 32. 38. «+» Відторгнення дитини
3. 15. 21. 27. 33. 39. «+» Кооперація
4. 16. 22. 28. 34. 40. «+» Симбіоз з дитиною
5. 17. 23. 29. 35. 41. «+» Контроль
6. 18. 24. 30. 36. 42. «+» Ставлення до невдач

Шкала «Прийняття дитини» та «Відторгнення дитини»

В ідеалі шкала «Прийняття дитини» повинна набрати як найбільше балів, а шкала

«Відторгнення» - якнайменше або зовсім не набрати. Та в реальному житті не все буває ідеально. Порівняйте кількість набраних балів за цими показниками. Яка тенденція переважає у вашому випадку?

Високі бали за шкалою (6-7) «Прийняття» свідчать про те, що батько або мати має виражене позитивне ставлення до дитини. Дорослий приймає дитину такою, яка вона є, поважає і визнає її 35 індивідуальність, схвалює її інтереси, підтримує плани, проводить з нею чимало часу і не шкодує про це. Високі ж бали за шкалою «Відторгнення» свідчать про те, що доросла людина відчуває стосовно дитини частіше негативні почуття: роздратування, злість, досаду. Такий дорослий частіше вважатиме дитину невдахою, не вірить у її майбутнє, низько оцінює її здібності і нерідко своїм ставленням травмує дитину.

Шкала «Кооперація»

Високі бали за шкалою «кооперація» (7-8 балів) є ознакою того, що дорослий виявляє щирий інтерес до того, що цікаве дитині, високо оцінює її здібності, заохочує самостійність та ініціативу, намагається бути з нею на рівних. Такі батьки, як правило, довіряють своїм дітям та намагаються зрозуміти їхню точку зору під час вирішення суперечливих питань.

Низькі бали по цій шкалі (1-2 бали) свідчать про те, що дорослий стосовно дитини поводить навпаки і не може претендувати на роль гарного педагога.

Шкала «Симбіоз»

Високі бали за шкалою «симбіоз» (6-7) балів достатні для того, щоб зробити висновок про те, що ця доросла людина не встановлює психологічну дистанцію між собою і дитиною, намагається завжди бути ближче до неї, задовольняти її потреби, захищати від неприємностей. Батько або мати нібито відчуває себе одним цілим з дитиною. У таких батьків тривога за дитину значно підвищується, коли дитина починає відстоювати «власну автономію». За власною волею ця категорія батьків ніколи не дасть дитині самостійності, чим, безумовно, заважатиме її розвитку. Низькі ж бали за цією шкалою (1-2 бали) є ознакою того, що дорослий, навпаки, встановлює значну психологічну

дистанцію між собою і дитиною. Що це - повага до особистості дитини чи батьківська байдужість - зрозуміти допоможуть інші показники методики.

Шкала «Контроль»

Високі бали за шкалою «контроль» (6-7 балів) свідчать про те, що доросла людина поводиться занадто авторитарно стосовно дитини, вимагаючи від останньої беззаперечної слухняності і задаючи жорсткі дисциплінарні рамки. Вона нав'язує дитині майже в усьому свою волю. Така поведінка батьків далеко не завжди може бути корисною для дітей, тому що сприяє розвитку пасивності, психологічної загальмованості та інфантилізму. Низькі бали за цією ж шкалою (1-2 бали) навпаки, свідчать про те, що контроль за діями дитини з боку дорослої людини практично відсутній. Це може бути не дуже добре для навчання і виховання дітей. Найкращим варіантом оцінки педагогічних здібностей дорослої людини за цією шкалою є середні оцінки, від 3 до 5 балів.

Шкала «Ставлення до невдач дитини»

Високі бали за шкалою «ставлення до невдач дитини» (7-8 балів) є ознакою того, що доросла людина вважає дитину маленькою невдахою і ставиться до неї як до нетямущої істоти. Інтереси, захоплення, думки і почуття дитини здаються дорослій людині несерйозними, і вона ігнорує їх. Навряд чи такий дорослий може стати гарним вчителем і вихователем для дитини. Низькі бали за цією ж шкалою (1-2 бали), навпаки, свідчать про те, що невдачі дитини дорослий вважає випадковими і вірить у неї. Ця віра, як правило, передається самій дитині. І навіть якщо дійсно були якісь негаразди - дитина завдяки батьківській вірі та підтримці обов'язково їх подолає. Нагадуємо ще раз, що результати цієї методики - лише додатковий привід замислитися над власними настановами вихователя та краще зрозуміти ставлення до своєї дитини.

Додаток Д

Методика задоволеності життям (SWLS (The satisfaction with life scale))
Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985).

Нижче наведено п'ять висловлювань, з якими Ви можете погодитися або не

погодитися. Використовуючи 7- бальну шкалу, оцініть кожне висловлювання відповідним, на вашу думку, балом. 7-бальна шкала:

- 1- повністю не погоджуюся
- 2 - не погоджуюся
- 3- майже не погоджуюся
- 4 - важко визначитися (і згоден і не згоден одночасно)
- 5- майже погоджуюся
- 6 - погоджуюся
- 7 - повністю погоджуюся

№ твердження

1. Майже в усьому моє життя відповідає моєму ідеалу.
2. Умови мого життя чудові
3. Я задоволений своїм життям.
4. Я досягав майже всього того, чого хотів у житті.
5. Якби випала змога прожити своє життя ще раз, я б майже нічого в ньому не змінив.

Інтерпретація та обробка результатів. Підсумовуються бали:

- 31 - 35 балів: повністю задоволений життям
- 26 - 30 балів: задоволений життям
- 21 - 25 балів: майже задоволений життям
- 20 балів: нейтральний, не визначився
- 15 - 19 балів: майже незадоволений життям

Додаток Є

Шкала сприйнятого стресу (PSS-10)

Запитання в цій шкалі стосуються Ваших почуттів і думок протягом **ОСТАННЬОГО МІСЯЦЯ**. Будь ласка, для кожного пункту виберіть один із

наступних варіантів відповіді, що відображає ЯК ЧАСТО ви відчували або міркували в певний спосіб:

0 = ніколи, 1 = майже ніколи, 2 = іноді, 3 = досить часто, 4 = дуже часто.

1. Як часто за останній місяць ви були засмучені через щось, що трапилося несподівано?
2. Як часто за останній місяць ви відчували, що не можете контролювати важливі речі у вашому житті?
3. Як часто за останній місяць ви відчували знервованість та стрес?
4. Як часто за останній місяць ви були впевнені, що зможете вирішити свої особисті проблеми?
5. Як часто за останній місяць ви відчували, що все відбувається по-вашому (відповідно до ваших бажань, планів та поглядів)?
6. Як часто за останній місяць ви відчували, що не можете впоратися з тим, що маєте зробити?
7. Як часто за останній місяць ви були здатні контролювати роздратованість з приводу того, що відбувається у вашому житті?
8. Як часто за останній місяць ви почувалися «господарем становища»?
9. Як часто за останній місяць ви були розсерджені через події, на які не могли впливати?
10. Як часто за останній місяць ви відчували, ніби труднощів накопичилося так багато, що ви не можете їх подолати.

Інтерпретація результатів:

- 0 - 12 балів: низький рівень стресу
- 14 - 26 балів: помірний рівень стресу
- 27 - 40 балів: сильний рівень стресу.