МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
УМАНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Факультет соціально-психологічної освіти та фізичної культури
Кафедра соціальної педагогіки, соціальної роботи та консультування

Допущено до захисту
«28» травня 2026 р.
В.о. завідувача кафедри
_____ Галина БОНДАРЕНКО

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА БАКАЛАВРА

ФОРМУВАННЯ ВІДПОВІДАЛЬНОГО СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВ'Я У ВИХОВАНЦІВ ЦЕНТРІВ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Виконав студент ІІІ курсу, Р/30 групи
освітньої програми Соціальна робота
(Соціально-психологічне консультування)
спеціальності 231 Соціальна робота
Беспалько Максим Віталійович

Науковий керівник –
кандидат педагогічних наук, доцент
Бондаренко Галина Василівна

Умань – 2026

АНОТАЦІЯ

Беспалько М. В. Формування відповідального ставлення до здоров'я у вихованців центрів соціально-психологічної реабілітації. Кваліфікаційна робота першого (бакалаврського) рівня вищої освіти на правах рукопису. Спеціальність 231 Соціальна робота. Умань, 2026.

У роботі досліджено психолого-педагогічні аспекти, структурні компоненти та рівні розвитку свідомого ставлення до особистого здоров'я у вихованців центрів соціально-психологічної реабілітації. Актуальність роботи зумовлена тим, що формування відповідального ставлення до здоров'я у вихованців центрів соціально-психологічної реабілітації – це критично важлива педагогічна та соціальна проблема. Вона обумовлена необхідністю подолання наслідків психологічних травм, набутих деструктивних звичок та підвищеної вразливості дітей в умовах соціальної ізоляції.

Мета дослідження – ґрунтовне теоретичне обґрунтування та проведення експериментального аналізу специфіки формування відповідального ставлення до власного здоров'я серед вихованців центрів соціально-психологічної реабілітації..

Методи дослідження: теоретичні; емпіричні; методи математичної статистики.

Одержані результати: 1) Розкрито феномен «відповідальне ставлення до здоров'я», з'ясовано його сутність та структуру відповідно до наукової літератури; 2) Визначено характерні особливості та негативні чинники деформації ставлення до здоров'я; 3) Проведено експериментальне дослідження з вивчення стану здоров'я і ціннісних орієнтацій дітей та підлітків, які перебувають у ЦСПР; 4) Розроблено та оцінено рівні сформованості відповідальної поведінки вихованців за трьома базовими критеріями: когнітивним, емоційно-ціннісним та поведінковим.

Ключові слова: здоров'я, вихованці, відповідальне ставлення, центр соціально-психологічної реабілітації.

ABSTRACT

Bespalko M. Formation of a responsible attitude to health among students of social and psychological rehabilitation centers Bachelor's qualification thesis submitted in manuscript form. Specialty 231 Social Work. Uman, 2026.

The thesis explores the psychological and pedagogical aspects, structural components and levels of development of a conscious attitude to personal health in students of social and psychological rehabilitation centers. The relevance of the study is due to the fact that the formation of a responsible attitude to health in students of social and psychological rehabilitation centers is a critically important pedagogical and social problem. It is due to the need to overcome the consequences of psychological trauma, acquired destructive habits and increased vulnerability of children in conditions of social isolation.

The aim of the study is a thorough theoretical justification and experimental analysis of the specifics of the formation of a responsible attitude towards one's own health among students of social and psychological rehabilitation centers.

The research methods: theoretical; empirical; methods of mathematical statistics.

The findings indicate: 1) The phenomenon of «responsible attitude to health» was revealed, its essence and structure were clarified in accordance with the scientific literature; 2) The characteristic features and negative factors of the deformation of the attitude to health were determined; 3) An experimental study was conducted to study the health status and value orientations of children and adolescents staying in the CSPR; 4) The levels of formation of responsible behavior of students were developed and assessed according to three basic criteria: cognitive, emotional-value and behavioral.

Keywords: health, students, responsible attitude, center of social and psychological rehabilitation.

ЗМІСТ

ВСТУП……… 5

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ ВІДПОВІДАЛЬНОГО СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ…….. 9

1.1. Феномен «відповідальне ставлення до здоров'я» у науковій літературі: компоненти та показники…….. 9

1.2. Психолого-педагогічні особливості вихованців центрів соціально-психологічної реабілітації……... 14

1.3. Чинники, що впливають на деформацію ставлення до власного здоров'я у дітей, які перебувають у складних життєвих обставинах…….. 24

РОЗДІЛ 2. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ СФОРМОВАНОСТІ ВІДПОВІДАЛЬНОГО СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВ'Я У ВИХОВАНЦІВ ЦЕНТРІВ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ…… 33

2.1. Діагностичний інструментарій та організація констатувального етапу дослідження…… 33

2.2. Аналіз результатів діагностики стану здоров'я та ціннісних орієнтацій вихованців……... 41

2.3. Визначення рівнів сформованості відповідальної поведінки (когнітивний, емоційно-ціннісний, поведінковий критерії)…….. 48

ВИСНОВКИ……... 57

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ…….. 59

ДОДАТКИ……... 65

ВСТУП

Актуальність теми. У сучасному науковому дискурсі поняття здоров'я дедалі частіше інтегрується як багатовимірний феномен, що виходить за межі простої відсутності хвороб і охоплює фізичний, соціальний і психічний добробут особистості. Відповідно до біопсихосоціальної парадигми, яка укорінена в концепції зміцнення здоров'я, здоров'я розглядається як фундаментальний ресурс для організації повсякденного життя, який забезпечує людині можливість реалізувати власний потенціал. Центральною ланкою цієї системи виступає свідоме та відповідальне ставлення до власного здоров'я, яке формується як життєва позиція, де індивід визнає себе активним суб'єктом у прийнятті рішень щодо поліпшення якості свого існування.

Втім, у суспільстві помітний феномен «парадоксу здоров'я», що проявляється у дисонансі між бажанням бути здоровим і недостатньою активністю для досягнення цієї мети. Особливо відчутною ця проблема є серед дітей та підлітків, які виховуються у центрах соціально-психологічної реабілітації. Умови складних життєвих обставин, зокрема сімейної депривації, насильства та соціальної дезадаптації, накладають глибокий відбиток на формування їхньої психіки. Постійне перебування у ворожому середовищі змушує організм і психіку функціонувати в режимі виживання, спрямовуючи всі ресурси на подолання негайних загроз, а не на турботу про довготривале збереження здоров'я.

Дослідження свідчать про критично низький рівень готовності випускників інституційних закладів до самостійного життя: переважна більшість (понад 90%) підлітків визнають свою неспроможність функціонувати автономно. Підвищення рівня відповідальної поведінки, розвиток почуття інтернальності та корекція деформованого сприйняття власного образу («Образу Я») є ключовими аспектами для успішної соціальної інтеграції цієї категорії молоді. Відтак, пошук ефективних підходів

до формування відповідального ставлення до свого здоров'я серед дітей-сиріт і вихованців реабілітаційних центрів визначає високий пріоритет даної теми дослідження.

Дослідженням проблеми формування відповідального ставлення до здоров'я у дітей та підлітків займалися багато українських науковців у галузі педагогіки, психології, валеології та медицини.

В. Оржеховська, В. Горащук, О. Дубогай та М. Стельмахович. обґрунтували педагогічні умови, необхідні для усвідомлення дітьми цінності власного здоров'я.

І. Бех , В. Бондар, О. Ващенко розглядали ставлення до здоров'я як невіддільну складову загальної культури особистості та морального виховання вихованців.

Л. Оршанська. С. Свириденко, Л. Попова займалися дослідженнями формування здоров'язбережувальної компетентності в учнівської молоді та дітей.

Роль соціального педагога у формуванні відповідального ставлення до здоров'я у підлітків загальноосвітніх навчальних закладів досліджувала О. Ратинська.

Науковці сходяться на думці, що відповідальне ставлення не виникає саме по собі – воно потребує комплексної виховної роботи, створення безпечного освітнього середовища, особистого прикладу дорослих та формування стійкої мотивації до збереження здоров'я з раннього віку.

Незважаючи на значну кількість наукових праць, присвячених питанню проблеми формування відповідального ставлення до здоров'я у дітей та підлітків, тема «**Формування відповідального ставлення до здоров'я у вихованців центрів соціально-психологічної реабілітації»** є актуальною та потребує всебічного вивчення.

Метою даного дослідження є ґрунтовне теоретичне обґрунтування та проведення експериментального аналізу специфіки формування

відповідального ставлення до власного здоров'я серед вихованців центрів соціально-психологічної реабілітації.

Об'єктом дослідження виступає процес соціально-психологічної реабілітації та інтеграції у суспільство дітей, які перебувають у складних життєвих обставинах.

Предметом дослідження визначено психолого-педагогічні аспекти, структурні компоненти та рівні розвитку свідомого ставлення до особистого здоров'я у вихованців центрів соціально-психологічної реабілітації.

Основні **завдання** дослідження:

1. Розкрити феномен «відповідальне ставлення до здоров'я», з'ясувати його сутність та структуру відповідно до наукової літератури.
2. Визначити характерні особливості та негативні чинники деформації ставлення до здоров'я
3. Провести експериментальне дослідження з вивчення стану здоров'я і ціннісних орієнтацій дітей та підлітків, які перебувають у ЦСПР.
4. Розробити та оцінити рівні сформованості відповідальної поведінки вихованців за трьома базовими критеріями: когнітивним, емоційно-ціннісним та поведінковим.

Методи дослідження. Для досягнення мети роботи було використано комплекс різнопланових методів:

– *Теоретичні:* здійснено аналіз, систематизацію та узагальнення наукових джерел з метою структурування феномена, що включає такі компоненти, як когнітивний, емоційно-ціннісний, мотиваційно-вольовий, практично-діяльнісний та рефлексивний.

– *Емпіричні:* застосовано метод зрізів, спостереження (L-дані), опитування батьків і фахівців (Q-дані), проведення тестування (T-дані). Зокрема, використано такі методики: самооцінка за Дембо-Рубінштейн, опитувальник тривожності О. Захарова, шкала C.A.R.S. для скринінгу симптомів та проективні малюнкові тести.

– *Методи математичної статистики:* проведено аналіз за допомогою методів описової статистики (середнє арифметичне значення, медіана) та індуктивної статистики (коефіцієнт кореляції Спірмена, t-критерій Стьюдента) для підтвердження достовірності встановлених закономірностей.

Експериментальне дослідження проводилося на базі Комунальної установи «Інклюзивно-ресурсний центр» Добровеличківської селищної ради.

Теоретична значущість даного дослідження полягає у впорядкуванні знань про структуру відповідального ставлення до здоров'я у дітей, які перебувають у складних життєвих обставинах (СЖО), а також у науковому аналізі впливу травматичного досвіду та сімейної депривації на порушення механізмів самозбереження особистості.

Практична значущість роботи відображається у визначенні реального рівня сформованості відповідальної поведінки в цих дітей та в аргументації необхідності впровадження мультидисциплінарного підходу й використання технології «ведення випадку» для коригування самооцінки та розвитку інтернальності.

Апробація результатів дослідження: Основні ідеї, положення та результати дослідження висвітлювалися у доповідях на науково-практичних конференціях та семінарах.

Матеріали дослідження обговорювалися на засіданнях кафедри соціальної педагогіки, соціальної роботи та консультування Уманського національного університету.

Публікації. Отримані результати дослідження були відображені у тезах «Формування навичок здорового способу життя у вихованців центрів соціально-психологічної реабілітації дітей».

Структура роботи. Кваліфікаційна робота включає вступ, два розділи, висновки, список використаних джерел, додатки. Загальний обсяг роботи – 69 сторінок, основного тексту – 65 сторінок, список використаних джерел становить 65 найменувань. Робота містить 2 таблиці, 2 малюнки, 5 додатків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ ВІДПОВІДАЛЬНОГО СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ

1.1. Феномен «відповідальне ставлення до здоров'я» у науковій літературі: компоненти та показники

У сучасному науковому середовищі здоров'я сприймається не просто як відсутність захворювань, а як багатовекторний феномен, що охоплює основні аспекти людського життя. За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, воно є станом повного фізичного, соціального й психічного благополуччя. У вихідних текстах ВООЗ термін «психічне» враховує також духовні й інтелектуальні компоненти, що акцентує увагу на цілісності людського буття. Здоров'ю надається статус фундаментальної потреби та невід'ємного права кожної людини, а також воно вважається найвищою універсальною цінністю з екзистенційним змістом. Це є інтегральним показником соціальних благополуччя і ключовим фактором економічного розвитку будь-якої країни. В умовах глобалізації здоров'я нації вважається показником соціально-економічної зрілості та культурного рівня країни [61].

Поняття сприяння здоров'ю позначає процес, у межах якого індивідам надаються можливості посилювати контроль над чинниками, що впливають на їхнє здоров'я, та активно вдосконалювати його за допомогою власних зусиль. При цьому здоров'я розглядається не як кінцева мета існування, а як важливий ресурс для повсякденного життя, що дає змогу індивіду реалізувати свій потенціал повною мірою [42].

Основним завданням цієї нової парадигми є розвиток особистої та соціальної відповідальності індивідів за їхній фізичний і психічний стан. Науковці акцентують увагу на тому, що навіть якщо людина свідомо ігнорує потребу піклуватися про себе, відповідальності за своє життя вона не

позбувається. Вона лише втрачає шанс впливати на його якість. Усвідомлення відповідального ставлення до власного здоров'я є ключовим механізмом подолання феномену, відомого як «парадокс здоров'я». Суть цього феномену полягає в тому, що люди прагнуть бути здоровими, але часто не докладають реальних зусиль для досягнення цієї мети. Розуміння власної відповідальності за здоров'я – і на рівні окремої особистості, і на рівні глобальної спільноти – розглядається як єдиний шлях до сталого розвитку людства та мінімізації ризику антропологічної катастрофи.

На відміну від поверхневого підходу до здоров'я, який часто обмежується лише деклараціями чи описовими характеристиками, відповідальне ставлення спрямоване на глибоку інтеграцію знань, емоцій та дій. У цьому контексті здоров'я перестає сприйматися виключно як засіб досягнення інших цілей і постає як найвища цінність, що слугує основою для реалізації самоактуалізації особистості. Людина, усвідомлюючи себе головним рушієм власних рішень, завдяки механізму самодетермінації перетворює знання про здоров'я на стійкі переконання, які знаходять своє відображення у щоденних діях, спрямованих на його підтримання та зміцнення.

Такий цілісний підхід проявляється не тільки через обізнаність щодо ризиків для здоров'я, а й через здатність отримувати щиру насолоду й позитивні емоції від турботи про власний стан. Це значно підвищує ефективність будь-яких профілактичних чи оздоровчих заходів. Відповідальне ставлення до здоров'я гарантує здатність особистості адаптуватися та приймати обґрунтовані рішення навіть в умовах складної та мінливої реальності. Воно виступає ключовим суб'єктивним фактором, який безпосередньо визначає якість життя та стає фундаментом для гармонійного розвитку як на індивідуальному рівні, так і на рівні суспільства загалом. Такий підхід передбачає повний перехід до самоконтролю за власним благополуччям, сприяючи поліпшенню не лише особистого здоров'я, а й добробуту всієї громади та країни в цілому.

У науковій літературі структура феномену відповідального ставлення до здоров'я розглядається як багатовимірний і складний процес. Найповнішою та найбільш комплексною у цьому контексті є концептуальна модель, запропонована Н. Зимівець та П. Гусаком, яка включає шість взаємопов'язаних структурних компонентів [20, 22].

Когнітивно-пізнавальний компонент цієї моделі має на меті не тільки формування базових знань про здоров'я як глобальне явище, але й культивування усвідомлення відповідальності за нього як внутрішньої основи досягнення індивідуального та суспільного благополуччя. Цей аспект спирається на систему знань, яка сприяє самовизначенню особистості, формуванню власної життєвої філософії та чіткішій обізнаності щодо чинників ризику для здоров'я.

Центральною ланкою в структурі особистості виступає потребнісно-ціннісний компонент, який формує уявлення про здоров'я як про найвищу термінальну цінність і фундаментальну потребу. Ця складова визначає напрям розвитку особистості шляхом гармонізації бажання бути здоровим із реальними життєвими прагненнями, принципами та практиками. Завдяки цьому компоненту гарантується стійкість і цілісність особистості. Однак, для реалізації таких цінностей у конкретну поведінкову активність необхідним є мотиваційно-вольовий компонент. Він визначає внутрішню налаштованість до дії, здатність долати труднощі та свідомо організовувати свою життєдіяльність у відповідності до поставлених цілей.

Застосування принципів відповідального ставлення до здоров'я в повсякденному житті реалізується через практично-діяльнісний компонент. Він проявляється у конкретних поведінкових актах, спрямованих на підтримку здоров'я, навичках планування та цілеспрямованій реалізації індивідуального способу життя.

Останнім структурним елементом є рефлексивно-результативний компонент, що акцентує на здатності особистості до саморефлексії, прогнозування наслідків своїх дій та аналізу результативності здійснених

оздоровчих заходів. Саме через цей компонент формуються ціннісно-змістовні конструкти свідомості особистості, які сприяють прийняттю адекватних стратегій у контексті швидкозмінних і складних умов сучасного середовища.

У науковому дискурсі також розглядаються компактніші моделі феномену відповідального ставлення до здоров'я, що базуються на таких критеріях як мотиваційно-цільовий, когнітивно-операційний і рефлексивно-особистісний. Ці підходи спрямовані на інтеграцію суб'єктивних мотивів, компетенцій до збереження здоров'я та здатності особистості раціонально управляти власним життям.

Оцінка рівня сформованості відповідального ставлення до здоров'я особистості ґрунтується на системі критеріїв та пов'язаних із ними показниках, які дозволяють кількісно й якісно відобразити це складне психологічне явище. Одним із ключових є критерій усвідомленості, що безпосередньо належить до когнітивно-пізнавального компонента. Він охоплює не лише володіння знаннями про здоров'я як глобальне явище, а й глибоке усвідомлення особистої відповідальності за власний стан, яке є необхідною умовою досягнення загального благополуччя. Серед показників цього критерію виділяються систематизовані знання про фактори впливу на організм, висока пізнавальна активність у сфері здоров'язбереження, постійне стремління до отримання нової інформації, а також здатність до адекватної самооцінки свого фізичного й психічного стану [9].

Емоційний аспект особистості відображено у критерії позитивності, який ілюструє характер емоційних реакцій людини на знання про здоров'я та наявність задоволення від процесу піклування про свій стан. Показниками тут виступають емоційна стійкість у складних життєвих обставинах, задоволення від оздоровчих практик, а також впевненість у власних силах, що сприяє формуванню очікувань позитивних результатів від ведення здорового способу життя.

Аксіологічний аспект ставлення відображений через критерій домінантності, який показує значущість здоров'я в особистій ієрархії термінальних цінностей. До відповідних показників належать високий пріоритет здоров'я серед інших життєвих цінностей, постійний інтерес до питань добробуту та усвідомлення цінності здоров'я спільноти як елемента власних потреб.

Для того, щоб ціннісні орієнтації перейшли у практичні дії, необхідно мати високу сформованість критерію керованості, що є частиною мотиваційно-вольового компонента. Цей критерій проявляється через внутрішню систему мотивів до підтримання й покращення здоров'я, готовність до самовдосконалення та здатність до вольового самоконтролю. Саме завдяки цим якостям людина долає труднощі на шляху досягнення поставлених цілей і здатна зберігати свої принципи, не піддаючись соціальному тиску. На практиці відповідальна позиція відображається у критерії успішності, який виявляється через такі аспекти: активність у реалізації конкретних дій, розвиток життєвих навичок, як-от планування та прийняття рішень, а також участь у популяризації здорового способу життя серед інших.

Ключовою складовою цієї системи є критерій осмисленості, що стосується рефлексивного компонента. Він визначається здатністю людини до глибокого самоаналізу, вмінням передбачати наслідки власної поведінки для стану свого здоров'я, здатністю використовувати рефлексію як інструмент самоусвідомлення і пов'язувати власні емоційні реакції з ефективністю впроваджених зусиль для збереження чи покращення здоров'я.

Результати наукових досліджень свідчать, що відповідальне ставлення до особистого здоров'я слід розглядати не просто як сукупність корисних звичок. Це цілісний, багатовимірний особистісний феномен, що функціонує як стійка життєва позиція.

Таким чином, наукове структурування феномену відповідального ставлення до здоров'я виступає потужним інструментом переходу від

теоретичних концепцій до практичної імплементації стратегій покращення якості життя на рівні окремої особистості, спільноти й суспільства в цілому.

1.2. Психолого-педагогічні особливості вихованців центрів соціально-психологічної реабілітації

В умовах сучасних соціально-економічних змін в Україні усе більше проявляється криза інституту сім'ї, що супроводжується зростанням економічної нестабільності. Це спричиняє стрімке збільшення кількості дітей, які залишаються без догляду або житла. Проблема дитячої безпритульності є критичною й підкреслює недоліки наявної системи захисту прав дитини. У зв'язку з цим зростає актуальність роботи центрів соціально-психологічної реабілітації, які функціонують як спеціалізовані заклади соціального захисту, забезпечуючи денне або стаціонарне перебування для дітей віком від 3 до 18 років. Основним завданням цих центрів є надання комплексної допомоги – психологічної, педагогічної, медичної та юридичної – дітям, які потрапили у складні життєві обставини.

Проблема дитячої кризовості значною мірою зумовлена обставинами їхнього минулого та соціально-психологічними факторами. Більшість вихованців таких центрів перебувають у складному емоційному стані через втрату батьківського піклування – близько 23% дітей опиняються в установах саме з цієї причини, тоді як понад 60% знаходяться там через складні життєві обставини. Життя на вулиці часто формує у таких дітей специфічні психологічні та фізичні риси, серед яких можна виділити захисну агресію, постійний тривожний стан і заляканість [28].

Сімейна депривація, що проявляється через відсутність любові та почуття безпеки, призводить до негативних змін у психіці дітей, деформуючи їхнє уявлення про себе та викликаючи проблеми з формуванням особистої ідентичності [21]. У психологічних дослідженнях виокремлюють типові реакції вихованців на складні обставини: «подавлений тип», що

характеризується апатією; «соціальна провокація» з тенденцією до порушення норм поведінки; та «гіперактивний тип», який проявляється схильністю до демонстративності й поверхневих взаємодій. Вивчення цих особливостей є ключовим етапом для ефективної реабілітації та соціальної адаптації таких дітей [25].

У Центрах соціально-психологічної реабілітації впроваджується методика ведення випадку, яка забезпечує індивідуалізований підхід та ефективну координацію роботи мультидисциплінарної команди спеціалістів [1]. Особлива увага приділяється старшим підліткам віком від 15 до 17 років, які мають потребу у самоактуалізації, але стикаються з браком внутрішніх ресурсів для її реалізації через недостатню готовність до самостійного життя. Освітньо-реабілітаційні програми центрів спрямовані на корекцію емоційних проблем, стимулювання мотивації до навчання та розвиток необхідних життєвих навичок, що створюють основу для автономного майбутнього. Кінцева мета реабілітації полягає у забезпеченні успішної соціальної інтеграції дітей шляхом повернення до біологічної сім'ї або розміщення в одну зі сімейних форм виховання після проведення детальної діагностики та індивідуальної корекції [30].

Соціальний портрет вихованців ЦСПР є складним багатофакторним явищем, яке відображає кризу сучасного сімейного інституту та наслідки глибокої соціальної дезадаптації. Контингент таких закладів відзначається значною неоднорідністю, але об'єднаний спільним досвідом перебування у важких життєвих обставинах, що стосується понад 190 тисяч дітей в Україні, за офіційними даними. Основні категорії вихованців включають дітей, які опинилися без сімейного оточення внаслідок позбавлення батьківських прав, їхньої смерті або хвороби, а також дітей, чиї домівки становили загрозу їхньому життю через жорстоке ставлення чи насильство. Дані статистичного аналізу причин потрапляння до центрів свідчать, що більшість дітей (61,7%) опинилася у закладах через складні життєві обставини, тоді як значна

частина (23,2%) втратила сімейне оточення ще до моменту госпіталізації [13, 47].

В окрему категорію виділяють так званих «дітей вулиці» – підлітків, які через сімейні конфлікти, вигнання з дому або продаж житла асоціальними родичами позбавлені постійного притулку. Перебуваючи тривалий час під впливом «законів вулиці», ці діти формують специфічні психоемоційні риси: відчуття постійного страху, тривожність, але водночас і посилену захисну агресивність. Значна частина таких підлітків походить із багатодітних, неповних або малозабезпечених родин, де поширені алкоголізм, наркоманія, психічні розлади батьків чи повна байдужість до виховання дітей. У таких умовах вони часто змушені займатися виснажливою працею, жебракувати або навіть бути втягненими у злочинну діяльність, через що опиняються під контролем органів ювенальної превенції.

Основною характеристикою соціального портрета вихованця є порушення сімейних стосунків, через які діти втрачають довіру до дорослих і формують спотворене уявлення про роль чоловіка та жінки в родині. Відсутність позитивного прикладу функціонуючої сім'ї призводить до того, що підлітки в умовах центру соціально-психологічної реабілітації демонструють низьку соціальну активність, слабкі комунікативні навички та значно нижчий рівень самостійності порівняно з однолітками, які зростають у стабільному сімейному середовищі. Їхня ідентичність зазвичай є розмитою, а самооцінка – нестабільною: внутрішню невпевненість часто маскує показна поведінка. У результаті вихованець центру постає як особистість із серйозними порушеннями розвитку, спричиненими тривалим перебуванням у несприятливих соціальних умовах. Для успішної реінтеграції в суспільство він потребує не лише постійного нагляду, а й всебічної психолого-педагогічної реабілітації.

Сімейна депривація виступає ключовим негативним фактором, який істотно впливає на глибокі деформації у процесі особистісного розвитку та становлення дитини. Цей феномен охоплює відсутність можливості

засвоєння досвіду сімейного співжиття, а також формування основних рольових моделей у взаємодії з найближчими дорослими. Наслідки порушення задоволення базових життєвих потреб у любові, безпеці та емоційному контакті породжують специфічні поведінкові реакції, які класифікуються науковцями за кількома основними типами.

Одним із проявів є соціальна гіперактивність, що характеризується легкою схильністю до встановлення міжособистісних контактів, однак такі взаємини зазвичай мають поверхневий, нестабільний характер і супроводжуються демонстративною поведінкою. Для дітей цього типу притаманний виражений інтерес до оточуючих, що здебільшого набуває форми гри, спрямованої на привернення уваги. При цьому їхній соціальний інтерес помітно превалює над інтересом до ігрової діяльності чи матеріальних об’єктів.

На противагу цьому, соціальна провокація характеризується грубими порушеннями норм поведінки, зокрема агресивністю, схильністю до конфліктів, крадіжок, бродяжництва або антисоціальних дій. Діти цього типу часто виявляють інфантильні риси, демонстративно знущаються над молодшими і нерідко тікають із виховних установ. Такі моделі поведінки розвиваються як наслідок тривалого перебування у замкнутому комунікативному середовищі, що значною мірою обмежує їхній соціальний досвід та можливості адаптації.

Стан пригніченості або депресивна поведінка часто приховують глибокі психологічні травми, які проявляються через апатію, пасивність та соціальну дезадаптацію. Зовнішні прояви такого стану можуть нагадувати психічні хвороби чи розумові розлади, що суттєво ускладнює оцінку реального потенціалу дитини. Компенсаторна поведінка стає деструктивною реакцією на тривалу нереалізованість соціальних потреб. Вона може виражатися у надмірному споживанні їжі, ранніх сексуальних досвідах, рисах нарцисизму або аутичних тенденціях. Така поведінка є спробою дитини

самостійно наповнити внутрішню емоційну порожнечу через ті стимули, які доступні її фізіологічному чи егоцентричному сприйняттю.

Особливістю таких дітей є легкість адаптації до взаємодії з персоналом, через що вони часто стають улюбленцями в колективі. Однак подібна соціальна зручність здебільшого є захисним механізмом, а не ознакою справжньої інтеграції в соціум. У таких випадках внутрішні цінності та життєві орієнтири не формуються – замість цього виникає пасивна позиція, за якої дитина погоджується замінювати власні уподобання чужими соціальними стандартами заради виживання в умовах системи.

Однією з найбільш виражених проблем є агресивність, яка здебільшого відіграє захисну роль. Вона виникає як миттєва реакція на почуття незахищеності, страху й дефіциту емоційної підтримки з боку дорослих. Такого роду агресія проявляється у фізичних чи словесних діях і часто переростає у хронічну конфліктність, імпульсивність або навіть жорстокість щодо інших.

Додатково слід відзначити критично низький рівень самоконтролю, що простежується в поведінці вихованців. Це проявляється у неспроможності регулювати імпульсивні реакції та керувати своїми емоційними станами під час стресових ситуацій. Діти демонструють значну емоційну нестабільність, підвищену нервозність і дратівливість, що створює серйозні труднощі у виконанні встановлених правил поведінки і засвоєнні нових соціальних норм.

Через тривалий дефіцит позитивної комунікації в сім’ї у дітей розвивається глибока фрустрація та тотальна недовіра до оточуючих. Це призводить до формування так званого «смислового бар’єра» – психологічного захисту, який заважає їм приймати будь-який вплив з боку дорослих. Такий бар’єр стає підґрунтям для глибокого відчуження, замкнутості або демонстративного спротиву виконанню вимог, оскільки навколишній світ сприймається ними як ворожий і загрозливий із самого початку.

Когнітивний та інтелектуальний розвиток дітей, які перебувають у центрах соціально-психологічної реабілітації, часто зазнає значних порушень через тривале перебування в несприятливому середовищі. Це призводить до помітної затримки психічного розвитку та появи інтелектуальних труднощів, що є наслідком впливу хронічного стресу та сімейної депривації. Такі чинники суттєво знижують рівень пізнавальних процесів, що проявляється в ослабленні пам’яті, загальному пригніченні мислення і недостатній концентрації уваги. Багато дітей демонструють нестабільність у виконанні інтелектуальних завдань і пасивне ставлення до пізнання, що ускладнює опанування навчального матеріалу та відповідність віковим нормам.

Одним із ключових аспектів характеру цих вихованців є глибока педагогічна занедбаність. Вона обумовлена систематичним пропуском занять або повним відривом від навчального процесу через складні життєві обставини. Відсутність мотивації до навчання у таких дітей значною мірою зумовлена тривалим перенапруженням їхніх психічних ресурсів, спрямованих головним чином на фізичне виживання та адаптацію до жорстоких умов вулиці, а не на інтелектуальний розвиток. Інституційна ізоляція та обмеженість соціального досвіду стають причиною виникнення так званих «когнітивних розривів», коли підлітки не володіють навіть елементарними знаннями про повсякденну реальність і часто неспроможні планувати своє майбутнє. З цим нерідко співіснують низький рівень інтелектуального розвитку (IQ) та труднощі емоційно-вольової регуляції, що робить складнішими аналіз і синтез інформації.

Таким чином, розвиток інтелектуальної сфери вихованців центрів соціально-психологічної реабілітації потребує не лише педагогічних зусиль, а й всебічного психологічного супроводу. Це дозволить впоратися з наслідками соціальної дезадаптації та відродити базові когнітивні здібності, забезпечуючи фундамент для їх подальшого розвитку.

Діти, які тривалий час перебувають у складних життєвих умовах і позбавлені позитивного прикладу функціонуючої сім’ї, стикаються з

додатковими труднощами під час соціалізації. У них часто виникають викривлені уявлення про роль чоловіка і жінки в сімейних відносинах, що негативно впливає на їхню здатність адаптуватися до соціальних норм і побудувати гармонійні стосунки в майбутньому. Дослідники також підкреслюють, що підлітки в установах реабілітації нерідко демонструють домінування споживацьких цінностей, ставлячи матеріальні потреби вище духовних. Це супроводжується егоцентризмом та переконанням, ніби навколишній світ має обертатися довкола їхніх бажань, що створює додаткові виклики у їхньому розвитку та становленні особистості.

Психологічний стан вихованців соціально-реабілітаційних закладів часто характеризується скороченою часовою перспективою та феноменом так званої «дифузії часу». Це проявляється у схильності підлітків або до страху перед майбутнім, або до відсутності усвідомленої потреби планувати власне життя. Натомість вони зосереджуються виключно на поточних подіях та пошуках способів марнування часу. Така поведінка прямо пов’язана з екстернальним локусом контролю, за якого підлітки перекладають відповідальність за свої дії на зовнішні обставини і вважають, що не можуть впливати на розвиток подій у власному житті. У подібних ситуаціях вимоги дорослих сприймаються як зовнішні тиски, що сприяє формуванню «смислового бар’єра» та активного опору будь-якому педагогічному впливу.

Попри об’єктивно притаманне людям прагнення розвивати власний потенціал, вихованці таких закладів зазвичай позбавлені необхідних внутрішніх ресурсів і базових практичних навичок, які дозволили б ефективно організовувати власну життєдіяльність. Статистичні дані свідчать про надзвичайно низький рівень готовності випускників інтернатних закладів до автономного існування: понад 90% з них визнають свою абсолютну неспроможність до самостійного життя. Це виявляється у неспроможності приймати обґрунтовані рішення, браку фінансової грамотності та страху перед повсякденними аспектами соціального життя, такими як користування

громадським транспортом, оплата комунальних послуг або звернення до органів державної влади за допомогою.

Низький рівень соціальної адаптації додатково ускладнюється неспроможністю підлітків інтегрувати отриманий життєвий досвід, що призводить до ігнорування власних помилок і нездатності встановити чіткі орієнтири для професійного самовизначення. Внаслідок цього процеси самоактуалізації у центрах соціально-психологічної реабілітації вимагають ретельно організованого соціально-виховного супроводу. Без конструктивної зовнішньої підтримки та створення безпечного середовища для розвитку природні тенденції до особистісного зростання значною мірою пригнічуються негативною самоідентифікацією та втратою віри у власні можливості.

Для подолання серйозних деформацій у особистісному розвитку дітей, які перебувають у центрах соціально-психологічної реабілітації, активно застосовується мультидисциплінарний підхід. Він об’єднує зусилля соціальних педагогів, психологів, медичних працівників і юристів з метою забезпечення всебічної підтримки. Основним елементом цієї системи виступає технологія «ведення випадку», яка дозволяє уникнути фрагментарного підходу в роботі та забезпечує довготривалий індивідуалізований супровід як самої дитини, так і її сім’ї [34]. Дана методика будується на принципах професіоналізму, пріоритетності інтересів дитини та її активного залучення до процесу реабілітації.

Психологічна складова підходу спрямована на покращення самооцінки дитини та стабілізацію її емоційно-вольової сфери. Водночас педагогічний аспект зосереджується на відновленні мотивації до навчання та розвитку знань і навичок відповідно до вікових особливостей.

Одним із ключових аспектів корекційної роботи, особливо для підлітків старшої вікової групи, є соціально-виховний супровід, який розглядається як професійна допомога молоді, що опинилася у складних життєвих обставинах. Основна мета цього підходу полягає у створенні умов для самоактуалізації

особистості, де підліток стає активним учасником власного розвитку, а не лише об’єктом педагогічного впливу.

Супровід реалізується через кілька послідовних етапів: підготовчий, який включає діагностику; основний, що фокусується на виконанні розробленого плану; та завершальний, присвячений рефлексії. У межах цієї моделі створюється спеціальне розвивальне середовище, яке спрямоване на формування в підлітків практичного досвіду організації змістовного дозвілля, взаємопідтримки та спільного життя в демократичному колективі. Це допомагає долати соціальну пасивність і знижувати рівень егоцентризму.

Фахівці мультидисциплінарної команди працюють над стимулюванням самопізнання і самовиховання учасників, підтримуючи кожного у визначенні власної індивідуальної траєкторії розвитку з урахуванням його психофізичних особливостей.

У системі реабілітації особливу роль відіграють тренінгові програми, спрямовані на розвиток життєвих навичок, які є ключовими для ефективної соціалізації та самостійного життя підлітків у дорослому віці. Структура таких програм зазвичай складається з декількох тематичних блоків, серед яких: «Мій внутрішній світ» (робота над емоційною стабільністю та формуванням здорового самосприйняття), «Комунікація та інформація» (вдосконалення навичок взаємодії та освоєння правових аспектів), «Здоровий спосіб життя» (профілактика залежностей і шкідливих звичок) та «Моє майбутнє» (кар’єрна орієнтація та життєве планування).

Оскільки понад 90% вихованців інституційних закладів стикаються з труднощами у самостійному побутовому житті, програми акцентують особливу увагу на навчанні фінансовій грамотності, оволодінні базовими навичками самообслуговування та формуванні здатності приймати виважені рішення. Для забезпечення максимальної ефективності занять застосовуються інтерактивні підходи, такі як аналіз реальних життєвих ситуацій (кейс-стаді), тренінги з розвитку креативного мислення, методи мозкового штурму та обговорення відеоматеріалів на відповідну тематику.

Завдяки цьому підлітки мають можливість практично опрацьовувати стратегії протистояння соціальному тиску та моделювати позитивні варіанти свого майбутнього.

Комплексний підхід, який поєднує індивідуальну роботу з дитиною, соціально-виховний супровід та систематичну тренінгову підготовку, створює сприятливі умови для успішної інтеграції вихованців у суспільство, сприяючи їхньому особистісному розвитку та готовності до самостійного життя.

Діти, які перебувають у центрах соціально-психологічної реабілітації, належать до специфічної категорії молоді з серйозними проблемами особистісного розвитку. Ці деформації обумовлені тривалим впливом складних життєвих обставин і наслідків хронічної емоційної та психологічної депривації в сім'ї. Брак досвіду гармонійних стосунків у родині та незадоволені базові потреби в любові та безпеці спричиняють формування глибоких порушень у психоемоційній сфері. Такі порушення часто знаходять свій вираз у підвищеній емоційній нестабільності, тривожності й загальному погіршенні психічного стану.

До ключових психологічних характеристик цих дітей належать надзвичайно високий рівень тривожності й постійний страх, які здебільшого приховуються за захисною агресією та конфліктністю. Наукові дослідження свідчать, що вихованці ЦСПР демонструють критично низький рівень самоконтролю, труднощі зі стримуванням імпульсивних реакцій і нестабільну самооцінку.

Соціальна дезадаптація цих дітей ускладнюється розмитістю ідентичності, недостатнім розвитком здатності передбачати наслідки власних дій і зовнішнім локусом контролю, за якого відповідальність за власні вчинки переноситься на зовнішні обставини чи інших людей. Усе це призводить до серйозних труднощів у їхній інтеграції в суспільство. Комплексна реабілітація цієї групи потребує не лише усунення поведінкових девіацій, а й ретельної психологічної роботи, спрямованої на відновлення базової довіри до навколишнього світу, подолання наслідків емоційних травм і формування

стійкої та адекватної самооцінки. Ключовим елементом цього процесу є запровадження методології ведення конкретного випадку в поєднанні з мультидисциплінарним підходом. Це дозволяє забезпечити індивідуалізовану та поетапну допомогу, враховуючи унікальні потреби кожної дитини. Окрема увага має приділятися самоактуалізації старшокласників, адже дані свідчать про те, що понад 90% вихованців інституційних закладів не готові до самостійного життя після їх завершення. Соціально-педагогічний супровід, який здійснюється в центрах соціально-психологічної реабілітації, повинен бути спрямований на розвиток цілісних життєвих компетенцій. Ці компетенції охоплюють як базові практичні вміння (наприклад, фінансова грамотність і навички самообслуговування), так і складніші психосоціальні навички: критичне мислення, ефективну комунікацію, здатність приймати відповідальні рішення та протистояти соціальному тиску.

Головною метою таких зусиль є успішна соціальна інтеграція дитини. Її досягають через комплексне відновлення порушених прав на повноцінний розвиток, посилення внутрішніх ресурсів особистості та підготовку до незалежного і гідного життя за межами центру.

1.3. Чинники, що впливають на деформацію ставлення до власного здоров’я у дітей, які перебувають у складних життєвих обставинах

У сучасному науковому підході до поняття здоров’я воно розглядається як цілісний і динамічний феномен, що включає гармонійний баланс біологічного, психологічного, соціального та духовного благополуччя. Здоров’я визначає здатність особистості до успішної самореалізації та адаптації до середовища. Однак у випадку дітей, які стикаються зі складними життєвими обставинами, такими як неблагополучні сім’ї, насильство, занедбаність або перебування в умовах збройних конфліктів, формування адекватного ставлення до власного здоров’я значно ускладнюється через постійний вплив хронічного стресу.

Життя в атмосфері невизначеності та постійної небезпеки змушує психіку дитини перемикатися до своєрідного «режиму виживання». У цьому стані всі ресурси організму спрямовуються на подолання безпосередніх загроз, а не на збереження здоров'я в довготривалій перспективі. Як наслідок, формується викривлене уявлення про здоров'я, так звана «внутрішня картина здоров'я». Це відображення власного фізичного і психологічного стану стає нестабільним, базуючись радше на відчуттях тривоги, дискомфорту та нездатності правильно інтерпретувати сигнали організму про небезпеку чи погіршення стану.

У таких обставинах центральний елемент особистості – Образ Я – зазнає суттєвих деформацій. Дитина втрачає відчуття власної гідності та значущості свого життя. Цінність здоров'я стає другорядною або навіть недосяжною у її сприйнятті. Розпад сім'ї, зокрема через алкоголізм батьків, жорстоке поводження чи насильство, сприяє розвитку емоційної замкненості (алекситимії) та правового нігілізму. У результаті дитина втрачає мотивацію до самозахисту, турботи про себе та планування свого майбутнього.

Психосоматичні прояви травми – такі як хронічний біль у спині, шлункові спазми чи постійний головний біль – стають фізичним відображенням глибинного емоційного дискомфорту. Однак через брак здатності до рефлексії дитина не може усвідомити цю внутрішню проблему. Ситуація погіршується через відсутність підтримки з боку дорослих. Дестабілізовані і не здатні до «контейнерування» дитячих емоцій, вони підсилюють тиск на психіку дитини, що змушує її не розвивати власний потенціал, а витрачати ресурси на виживання за рахунок виснажливих механізмів психологічного захисту.

Зрештою, у таких умовах формується глибоке викривлення ставлення до здоров'я та власного «Я». Через систематичне руйнування базової довіри до світу цінність особистості стає другорядною, приносячись у жертву постійній адаптації до ворожого середовища.

Сім’я є ключовим середовищем, у якому з раннього дитинства формується основа ставлення дитини до самої себе та закладаються уявлення про здоровий спосіб життя. Однак у випадку підлітків, які дорослішають у несприятливих сімейних умовах, часто спостерігається значне викривлення ціннісних орієнтирів. Це нерідко провокується браком гармонії в стосунках, відсутністю щирості з боку дорослих і засвоєнням асоціальних моделей поведінки, що негативно впливає на формування особистості. Дослідження психологів виявили специфічне зміщення пріоритетів у ієрархії цінностей у таких підлітків. На перше місце вони ставлять прагнення до щасливого сімейного життя, на друге –матеріальне благополуччя, тоді як турбота про здоров’я стає лише третім пріоритетом. Особливо тривожним є той факт, що здоров’я сприймається ними як недосяжна мета, що зумовлює глибокий внутрішній конфлікт і перетворюється на джерело постійного психологічного стресу [5].

Неблагополучні сім’ї, де поширені проблеми алкоголізму, наркоманії чи постійних конфліктів, створюють сприятливі умови для десоціалізації. У таких випадках батьки втрачають контроль над вихованням та перестають виконувати захисну функцію. Діти, що ростуть у цих обставинах, часто стикаються з алекситимією та неглектизмом – систематичним недбальством щодо їхніх потреб. Це проявляється у відсутності необхідної медичної допомоги, порушенні режимів харчування та сну, а також у неспроможності адекватно оцінювати небезпеку в різних ситуаціях. Особливу увагу варто приділити дітям із неповних сімей. В умовах дефіциту уваги або нестабільного матеріального становища процес їхньої соціалізації набуває специфічного характеру. Як показують дослідження, 48,3% таких дітей страждають від високого рівня сімейної тривоги, почуваються незахищеними та емоційно нестійкими. Крім того, у 76,6% опитаних фіксується низький рівень психоемоційного благополуччя.

Ця глибинна дисгармонія стає основою для розвитку психосоматичних розладів і нервово-психічної напруги, оскільки дитина нерідко бере на себе

провину за сімейні конфлікти, перетворюючи внутрішній емоційний біль на фізичні симптоми. У житті в асоціальному середовищі підлітки постійно перебувають під тиском дистресу, який активує механізми негативної трансформації психологічних захистів: замість того щоб слугувати інструментом виживання, вони починають працювати на саморуйнацію, що проявляється у вигляді ризикованої або девіантної поведінки. У результаті деструктивна атмосфера в сім'ї не лише погіршує фізичний стан дитини, але й радикально викривлює її внутрішній образ «Я», пригнічуючи вольову сферу і формуючи пасивну стратегію виживання. У таких умовах базова турбота про здоров'я витісняється хаотичними спробами адаптуватися до агресивного соціального чи сімейного середовища.

Діти, які опиняються у складних життєвих обставинах, часто переживають травматичні події: від домашнього насильства та емоційного нехтування до досвіду війни чи утрати близьких. Такого роду травми стають фундаментальними чинниками формування стійкої віктимної моделі поведінки, що істотно змінює їхнє ставлення до власного життя та безпеки. На нейробіологічному рівні тривалий хронічний стрес буквально змінює структуру мозку: підвищена активність мигдалеподібного тіла, яке відповідає за страх, пригнічує функціонування префронтальної кори, яка забезпечує раціональне мислення, контроль імпульсів і оцінку довгострокових наслідків. Як наслідок, відбувається глибока деформація механізмів самозбереження, засобом якої дитина більше не здатна адекватно оцінювати реальність загроз; ситуації, об'єктивно небезпечні з точки зору права чи медицини, починають сприйматися як нормальні або неминучі.

Основним психологічним чинником такої деформації є стан «набутої безпорадності», що формується внаслідок тривалого перебування у ворожому середовищі. У ситуаціях, коли зусилля дитини змінити обставини чи захистити себе виявляються марними, психіка поступово відмовляється від активних способів подолання труднощів. Це спричиняє параліч волі, байдужість до власного стану та неспроможність оцінювати ризики своїх дій.

Підліток починає ігнорувати небезпеку ризикованих вчинків і втрачає внутрішню мотивацію піклуватися про своє майбутнє.

Крім того, у таких умовах руйнується базова довіра до світу та структур допомоги. Дитина починає сприймати себе як «зіпсовану» або «винну» у своїх проблемах, що блокує готовність звертатися за підтримкою чи боротися за справедливість. Стан хронічного стресу, зумовлений постійною «тривожною мобілізацією», виснажує організм. Високий рівень кортизолу та норадреналіну, який зберігається протягом тривалого часу, провокує нейрогормональні розлади та системне пригнічення імунітету. Усе це значно підриває загальний стан здоров'я дитини.

Тривалий дистрес через втрату близьких або пережите насильство стає основою для розвитку важких психосоматичних розладів. Порушення можуть проявлятися у вигляді хронічного болю в спині, шлункових спазмів, а іноді навіть провокувати серйозні захворювання, як-от онкопатології. У результаті травма деформує «внутрішню картину здоров'я» дитини, і життя сприймається не як щось цінне, а як далека й недосяжна абстракція. Природне прагнення до саморозвитку замінюється пасивною стратегією виживання в умовах екзистенційної порожнечі.

Діти, які опинилися в складних життєвих обставинах, особливо вразливі до формування спотвореного ставлення до власного здоров'я під впливом сучасних соціальних та інформаційних викликів. Одним із найзначніших негативних факторів є інформаційний стрес, зумовлений перенасиченим і суперечливим медіасередовищем, насиченим тривожною та негативною інформацією. Це середовище породжує явище «медіабезпорадності» – явний психологічний феномен, що виявляється у невпевненості та нездатності до прийняття самостійних рішень через страх перед сучасними технологіями або відчуття нестачі особистих ресурсів.

Для дітей у СЖО такий стан стає перепоною до розвитку навичок самозахисту та самозбереження. В умовах, коли інформаційний тиск здається нездоланним, дитина часто цілком відмовляється від спроб адаптуватися чи

розвиватися, оскільки сприймає ці виклики як загрозу своєму емоційному благополуччю. Соціально-економічна нестабільність і глобальні кризові явища, особливо пандемія COVID-19, суттєво загострили цю проблему. Періоди вимушеної ізоляції та соціального дистанціювання під час пандемії спричинили поглиблення почуття самотності й тривоги у підлітків. Це призвело до того, що кожна четверта молода людина відчула прояви депресії, а кожна п’ята зіткнулася зі зростанням тривожності [48].

Україна також не залишилася осторонь цієї кризи. Пандемія викликала хвилю гострих психоемоційних реакцій, а в особливо тяжких випадках навіть суїцидальних настроїв серед підлітків. Соціальна ізоляція змусила дитячий мозок переходити в режим захисної реакції, в якому оточуючий світ сприймається як загрозливе середовище, а здатність розуміти інших людей і дбати про себе значно погіршується.

У руйнівному середовищі складних життєвих обставин здоров’я дитини часто стає розмінною монетою для самоствердження серед однолітків або перетворюється на засіб «утечі від свободи» за рахунок девіантної поведінки. Зокрема, підлітки з таких родин схильні до вживання алкоголю (11,64%), тютюнопаління (12,02%) чи токсикоманії (6,11%) як способів зняти психоемоційне напруження та віднайти внутрішню рівновагу. Однак із часом ці девіації переростають у хронічні адиктивні стратегії, де ризикова поведінка стає інструментом боротьби за соціальний статус або оманливим символом дорослості.

У подібних умовах психологічний захист дитини зазнає глибокої деформації: замість збереження життєвої енергії він скеровується на деструктивне самоушкодження внаслідок відсутності життєвих цілей і екзистенційного вакууму. Поєднання зовнішніх соціальних криз із непростими життєвими обставинами підриває прогностичну функцію психіки дитини, трансформуючи її прагнення піклуватися про власне здоров’я в пасивне виживання або у свідомий вибір небезпечних задоволень.

Такі дії можуть тимчасово допомогти притлумити біль від соціальної ізоляції та дезадаптації, але не вирішують глибинних проблем.

Для подолання цих серйозних деформацій у ставленні до здоров'я необхідно системно впроваджувати здоров'язберігаючі технології. Їхня головна мета – формування життєстійкості (резильєнтності) дитини. У центрі уваги має бути трансформація мотиваційної сфери, у якій поняття здоров'я перестає бути абстрактним і набуває рангу фундаментальної цінності. Цього можна досягти шляхом комплексної інтеграції когнітивного, аксіологічного (ціннісного) та діяльнісного компонентів у профілактичні програми [17].

Особливо важливо звертати увагу на реконструкцію образу власного «Я» дитини та активізацію її суб'єктної позиції. Це дозволить дитині усвідомити свою особисту відповідальність за якість життя і спонукатиме її до свідомого вибору на користь здоров'я і майбутньої самореалізації.

Одним із ключових факторів захисту від віктимізації та зовнішнього деструктивного впливу є розвиток емоційного інтелекту, що передбачає набуття навичок розпізнавання внутрішніх сигналів попередження про небезпеку, регулювання гострих емоційних станів і адекватного вираження почуттів. Формування стійкої самооцінки та розвиток здатності до саморегуляції, зокрема через застосування методик майндфулнесу, арт-терапії чи дихальних практик, сприяють зниженню впливу хронічного стресу і допомагають подолати прояви «вивченої безпорадності».

Результативність корекційної роботи значною мірою базується на створенні комплексного підтримуючого середовища. У цьому контексті важливу роль відіграє координація міждисциплінарної співпраці соціальних педагогів і психологів, орієнтована не лише на дитину, але й на найближче її соціальне оточення. Програми соціально-психологічного супроводу мають бути спрямовані на відновлення психологічної гармонії в сімейному середовищі і навчальних установах, адже стабілізація емоційного стану значущих дорослих є визначальною умовою для забезпечення адекватної підтримки дитини та виконання функції «контейнерування» її емоцій. Лише

синергія внутрішніх психологічних ресурсів особистості та організованих зовнішніх механізмів підтримки, побудованих на принципах безпеки, стабільності й поваги, дозволяє дитині вийти зі стану «виживання» і сформувати довгострокову стратегію збереження психічного та фізичного здоров'я.

Узагальнюючи, можна стверджувати, що викривлення ставлення до власного здоров'я у дітей, які опинилися в складних життєвих обставинах, є складним системним явищем. Воно виникає як наслідок глибокого порушення довіри до світу і соціальних інститутів, які мали б забезпечувати захист. Цей процес не підкоряється прямолінійній логіці розвитку, а формується внаслідок комплексного впливу деструктивного сімейного середовища, хронічного травматичного досвіду та соціальної ізоляції. Сукупно ці фактори сприяють тому, що здоров'я з природної цінності перетворюється на щось другорядне або навіть обтяжливе.

Ключову роль у цьому відіграє негативний вплив родини, де такі явища, як алкоголізм батьків, насильство та нехтування потребами дітей, створюють атмосферу емоційної глухоти та зневаги до базових моральних і правових норм. У таких умовах у дитини формується спотворена система цінностей, де здоров'я опиняється далеко позаду інших пріоритетів, таких як матеріальні статки чи уявне благополуччя сім'ї, і сприймається як щось недосяжне або малозначуще. Хронічна травматизація, особливо під впливом соціальних потрясінь та воєнних реалій, стимулює розвиток «злоякісної мутації» психологічних механізмів захисту. Вони більше не слугують самозбереженню, а радше стають інструментами саморуйнування, штовхаючи дитину до регресивної поведінки, втечі від реальності чи навіть аутоагресії.

Центральним елементом цього процесу є спотворення самосприйняття, коли дитина починає ідентифікувати себе через призму провини чи ущербності. Такий самообраз стає критичним бар'єром для формування бажання піклуватися про власне здоров'я. На нейробіологічному рівні

тривалий стрес блокує діяльність префронтальної кори головного мозку, яка відповідає за прийняття рішень, логіку і прогнозування. Водночас активність мигдалеподібного тіла зростає, спричиняючи розвиток стану «вивченої безпорадності». У цьому стані дитина втрачає віру у можливість позитивних змін і відмовляється від будь-яких активних дій для подолання труднощів. Як наслідок, виникає байдужість до стану власного здоров'я та схильність до ризикованої поведінки.

Складність ситуації зумовлена відсутністю позитивних моделей поведінки в найближчому соціальному оточенні, адже важливі дорослі, як-от батьки чи педагоги, нерідко самі перебувають у стані емоційної нестабільності. У таких умовах вони не здатні забезпечити дитині належну підтримку або створити безпечний простір для прийняття її почуттів. Як наслідок, дитина стикається із подвійним тиском: замість розвитку власного потенціалу всі її внутрішні ресурси спрямовуються на хаотичне протистояння зовнішнім викликам у «режимі виживання».

Щоб ефективно допомогти дітям, які перебувають у складних життєвих обставинах, недостатньо обмежуватися лише медичною допомогою. Необхідний комплексний підхід до психосоціальної реабілітації, побудований на принципах травма-інформованого підходу. Основна мета такої роботи – допомогти дитині відновити її внутрішні ресурси, посилити емоційний інтелект, формувати життєстійкість та розвинути автономію. Під час психологічного супроводу важливо забезпечити дитині можливість переосмислити власну систему цінностей та зробити здоров'я не абстракцією, а ключовою життєвою пріоритетністю. Також необхідно навчити її розпізнавати внутрішні сигнали небезпеки, допомогти повернути впевненість у своїй здатності самостійно захищати себе, долати труднощі та опановувати процеси самозцілення.

РОЗДІЛ 2

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ СФОРМОВАНОСТІ ВІДПОВІДАЛЬНОГО СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВ'Я У ВИХОВАНЦІВ ЦСПР

2.1. Діагностичний інструментарій та організація констатувального етапу дослідження

Організація констатувального етапу дослідження в комунальній установі «Інклюзивно-ресурсний центр» Добровеличківської селищної ради є ключовою складовою наукового пошуку, що має на меті отримання об'єктивного уявлення про існуючий стан психолого-педагогічної практики на початковому етапі роботи [35]. Цей процес, відомий у науковій літературі як метод зрізів, допомагає досліднику відобразити реальний стан об'єкта вивчення, а також виявити й ретельно проаналізувати рівень розвитку особистісних якостей, знань чи навичок у суб'єктів дослідження, до яких належать діти з особливими освітніми потребами, їхні батьки та фахівці центру. При цьому акцент робиться на зазначенні фактичного стану без жодного втручання чи змін у звичних для них умовах діяльності. Основною метою цього етапу є збирання первинної інформації, яка допомагає не тільки оцінити поточний стан явища, що досліджується, але й виявити чинники його неефективного функціонування. Отримані результати будуть використані для розробки стратегії подальшого формувального впливу [22].

Реалізація констатувального етапу в умовах інклюзивно-ресурсного центру ґрунтується на трьох важливих аспектах: методологічному, методичному та технологічному. Методологічний аспект спрямований на чітке визначення проблеми дослідження, формулювання його завдань, а також встановлення критеріїв і показників, за якими оцінюватиметься конкретне явище чи процес. На методичному рівні вирішуються питання

створення репрезентативної вибірки учасників дослідження та підбору діагностичних інструментів, які відповідатимуть поставленим цілям і завданням, забезпечуючи змістову валідність експерименту. У свою чергу, технологічний аспект передбачає систематизацію процедур збору даних та детальне документування вихідних умов. Це є визначальною умовою для забезпечення ретестової надійності результатів і можливості відтворення експерименту в схожих обставинах.

В інклюзивно-ресурсному центрі проведення експерименту спрямоване на ґрунтовне дослідження індивідуально-психологічних і соціально-психологічних аспектів розвитку особистості. Це дозволяє визначити закономірності функціонування освітнього процесу на його початковій стадії. Особливістю такого підходу є створення умов для дослідження у природному середовищі життєдіяльності учасників, що дає змогу виявляти необхідні дані без порушення гармонії освітньо-виховного середовища. Завдяки цьому, дослідник не лише знаходить факти наявності чи відсутності специфічних характеристик, але й проводить їх глибокий якісний та кількісний аналіз, розкриває приховані взаємозв’язки між об’єктами та явищами.

На констатувальному етапі, проведеному в інклюзивно-ресурсному центрі Добровеличівської селищної ради, була сформована впорядкована база емпіричних даних. Вона представлена у вигляді таблиць, схем і діаграм, які забезпечують достовірне відображення реального стану об’єкта дослідження. Ці узагальнені результати слугують фундаментом для наукового обґрунтування змісту і побудови методики наступного, формувального етапу експерименту, що дозволяє точніше окреслити напрямки подальшої корекційно-розвивальної діяльності. Таким чином, ретельна організація констатувального етапу дослідження гарантує наукову валідність усієї дослідницької роботи, перетворюючи індивідуальні спостереження на обґрунтовані та переконливі аргументи.

Реалізація констатувального етапу в комунальній установі «Інклюзивно-ресурсний центр» Добровеличівської селищної ради є складним

багаторівневим процесом, що потребує ефективної інтеграції методологічної чіткості, методичної послідовності та технологічної точності. Початковою стадією є чітке формулювання проблеми дослідження, де визначення мети й окреслення конкретних завдань виступають стратегічними орієнтирами для всієї експериментальної діяльності. Основними завданнями у цьому етапі стають ретельне вивчення та деталізація системи критеріїв і показників, які дозволятимуть об’єктивно оцінити стан досліджуваного явища в контексті інклюзивного середовища. Вивчення первинного масиву даних дає можливість не тільки встановлювати факти, а й коригувати початкову гіпотезу, а також впорядковувати наступні кроки експериментальної роботи, включно з розробкою методології формувального впливу.

Організація емпіричного етапу в інклюзивно-ресурсному центрі (ІРЦ) передбачає систематичний підхід до формування якісної вибіркової сукупності, де ключову роль відіграє дотримання принципів репрезентативності. Це необхідно для забезпечення можливості поширення отриманих даних на всю цільову популяцію. У контексті роботи ІРЦ вибірка, як правило, має інклюзивний характер і охоплює різновікових дітей із особливими освітніми потребами, їхніх опікунів і вузькопрофільних фахівців, таких як психологи, логопеди та реабілітологи. На цьому етапі відбувається також підбір відповідного діагностичного інструментарію, що поєднує методи збору даних, зокрема спостереження, тестування та анкетування. Обов’язковою є перевірка інструментів на валідність та надійність для забезпечення точності результатів.

Технологічний аспект підготовки констатувального зрізу базується на детальній алгоритмізації всіх процедур збирання даних. Такий підхід забезпечує високий рівень ретестової надійності та дає можливість повторити експеримент за аналогічних умов, зберігаючи об’єктивність результатів. До цієї роботи входять ретельна фіксація базових умов функціонування об’єкта, чітке визначення цілей і очікуваних результатів, а також документування зовнішніх факторів, здатних вплинути на чистоту експерименту. Завдяки

впровадженню системного технологічного підходу створюється структурований набір первинних даних, готових до математико-статистичного аналізу. Це сприяє виявленню прихованих закономірностей і тенденцій розвитку особистості дитини, зберігаючи при цьому природність освітнього середовища центру.

Взаємодія методичного та технологічного аспектів гарантує об'єктивність отриманих даних і забезпечує надійну доказову основу для всього дослідницького процесу, що робить його результативним і науково обґрунтованим.

Для забезпечення максимальної об'єктивності та достовірності даних на етапі констатувального дослідження, що проводиться у Добровеличівському інклюзивно-ресурсному центрі, застосовується науково виважений набір взаємопов'язаних методів. Ця методологія дозволяє комплексно та системно аналізувати предмет дослідження відповідно до заздалегідь визначених критеріїв і показників. Особлива увага приділяється інтеграції різнорідних інформаційних джерел. У цьому контексті ключова роль належить методу спостереження, який у науковій класифікації позначається як L-дані. Вказаний підхід виявляється найбільш ефективним для збору первинних емпіричних відомостей щодо поведінкових особливостей дітей з особливими освітніми потребами в умовах природного середовища центру. Його застосування сприяє реєстрації об'єктивних проявів дезадаптації, особливостей індивідуальної активності та специфіки соціальної взаємодії, не змінюючи при цьому природності освітнього процесу.

Структуроване спостереження, яке реалізується в межах інклюзивно-ресурсного центру, спрямоване на ретельне та детальне вивчення таких поведінкових проявів, як реакція дитини на звертання на ім'я, здатність підтримувати зоровий контакт, а також характер використання предметів. Це особливо важливо для роботи з дітьми, що мають розлади аутистичного

спектра, оскільки зазначені аспекти є ключовими для діагностичного процесу та формування відповідних навчально-корекційних стратегій.

Синхронно з методом безпосереднього спостереження широко застосовуються опитувальні методики, або Q-дані, які базуються на збиранні даних через суб'єктивні оцінки осіб, залучених до навчально-виховного процесу дитини. Такий підхід передбачає здійснення опитувань і проведення інтерв'ю з батьками та педагогічними працівниками. Це дозволяє отримати більш цілісне уявлення про психоемоційний стан дитини, у тому числі виявити рівень тривожності чи прихованого напруження, яке не завжди може бути зафіксоване методами прямого спостереження. Зразком дієвого діагностичного інструменту цього типу є «Опитувальник для батьків» (розроблений О. Захаровим), результати якого дають змогу встановити кореляцію між характеристиками сімейного виховання та рівнем соціально-психологічної адаптації дитини [7].

Особливу роль у діагностичному процесі відіграє тестування, яке забезпечує дослідника Т-даними – об'єктивними, кількісними показниками досягнень, отриманими за допомогою стандартизованих методик. Використання професійних інструментів, таких як «Шкала аутизму» (C.A.R.S.), сприяє проведенню первинного скринінгу симптомів та визначенню ступеня дефіцитарності у різних аспектах функціонування дитини. За необхідності глибшого аналізу особистісних характеристик та емоційно-мотиваційної сфери можуть застосовуватись експресивні проективні методики. Це, зокрема, малюнкові тести, такі як «Будинок-Дерево-Людина» або «Кінетичний малюнок сім'ї», що дозволяють виявити внутрішньосімейні зв'язки та оцінити самооцінку досліджуваного [28].

Однією з ключових складових констатувального етапу дослідження є метод експертних оцінок. У ньому беруть участь фахівці центру, зокрема психологи, педагоги-реабілітологи та логопеди, які виступають у ролі компетентних суддів. Використовуючи спеціально підготовлені бланки та модифіковані опитувальники, наприклад «Поведінковий портрет дитини під

час занять», експерти оцінюють рівень опанування дитиною соціальних ролей та її здатність дотримуватися встановлених правил поведінки. Застосовуючи цей метод, вдається отримати комплексну характеристику творчих і соціальних проявів дитини, які доступні для безпосереднього спостереження під час корекційно-розвиткових занять.

Фінальною частиною збору емпіричної інформації є детальний аналіз документації та продуктів діяльності дитини. До цього належить вивчення індивідуальних програм розвитку, медичних карток та результатів її художньої чи ігрової творчості. Такий всебічний підхід не лише дозволяє визначити актуальний рівень розвитку дитини, а й розкрити причини її недостатньо ефективного функціонування. Це створює міцну наукову основу для формулювання змісту наступного, формувального етапу експерименту. Усі застосовані методи відповідають сучасним вимогам до змістової валідності та надійності. Це гарантує отримання точних і репрезентативних результатів, необхідних для побудови обґрунтованої доказової бази у сфері соціальної роботи.

Аналіз результатів, отриманих під час констатувального етапу роботи в інклюзивно-ресурсному центрі, потребує інтегрованого підходу з використанням системи аналітичних методів, які забезпечують наукову обґрунтованість висновків у межах кваліфікаційної роботи. Початковий етап обробки отриманих емпіричних даних включає застосування описової статистики, яка дозволяє структурувати «сирі» дані, групувати їх за релевантними ознаками та візуалізувати за допомогою узагальнених таблиць, схем або діаграм. Такий підхід сприяє формуванню цілісного уявлення про сукупність даних, виявленню їх однорідності чи варіативності, зберігаючи при цьому цілісність досліджуваного об’єкта. На цьому етапі особливий акцент робиться на визначенні мір центральної тенденції — середнього арифметичного, моди та медіани, які вказують на типові значення вибірки. Це стає надзвичайно важливим у контексті опрацювання інформації про дітей з особливими освітніми потребами чи їхніх батьків. Паралельно здійснюється

аналіз мір варіативності, таких як дисперсія та стандартне відхилення. Їх результати дозволяють оцінити ступінь відхилення окремих значень від середніх показників і визначити рівень стійкості й компактності розподілу даних.

Наступний етап роботи включає застосування інструментів індуктивної статистики, метою яких є перевірка статистичних гіпотез та оцінка надійності виявлених відмінностей як між окремими групами, так і всередині однієї групи. Вибір відповідного математичного апарату залежить від характеристик вимірювальних шкал та типу розподілу вибірки. У разі нормального розподілу даних використовуються параметричні критерії, такі як t-критерій Стьюдента, що дозволяє виконувати порівняння середніх значень між незалежними вибірками або аналізувати зміни всередині однієї групи. Якщо ж має місце відхилення від нормального розподілу або застосовуються порядкові шкали вимірювання, дослідники використовують непараметричні статистичні методи. Серед них варто виділити U-критерій Манна-Уїтні для оцінки різниці між групами та критерій рангової кореляції Спірмена для визначення сили і напрямку зв’язку між різними змінними. Широке використання спеціалізованого програмного забезпечення для комп’ютерної обробки даних, такого як SPSS, забезпечує точність обчислень і мінімізує вплив суб’єктивного чинника на процес аналізу отриманих результатів.

Фінальним етапом аналітичної роботи є ретельний аналіз та інтерпретація отриманих результатів, яка спирається на принцип поєднання кількісних і якісних показників. Цей процес спрямований на те, щоб надати змістового значення числовим даним, розкрити суть виявлених психолого-педагогічних явищ та ідентифікувати приховані закономірності у розвитку дитини. Завдяки методам логічного аналізу, синтезу та порівняння дослідник визначає причинно-наслідкові зв’язки між зафіксованими особливостями та умовами навчання чи виховання, що відкриває можливість для нового осмислення робочої гіпотези. У результаті цей глибокий аналіз слугує базою

для формулювання висновків початкового етапу дослідження та стає підґрунтям для наукового обґрунтування методології подальшого формувального впливу в умовах роботи інклюзивно-ресурсного центру.

Наукова аргументація вибору діагностичного інструментарію в рамках роботи інклюзивно-ресурсного центру базується на ключовій вимозі забезпечення його валідності, тобто відповідності між обраними методиками та тими психічними властивостями й характеристиками дитини, які підлягають оцінюванню. Методологія дослідження передбачає суворе дотримання принципу змістової валідності, коли кожне завдання точно перегукується з важливими аспектами розвитку, необхідними для соціально-психологічного становлення дитини. Водночас вирішальним критерієм є надійність інструментарію, яка забезпечує високу точність вимірювань та мінімізує вплив випадкових факторів на результати. Використання стандартизованих методик дозволяє досягти високого рівня ретестової надійності, що забезпечує повторюваність експериментальних процедур у подібних умовах і отримання достовірних даних.

Застосування кількох методів у взаємозв’язку виступає ключовою стратегічною вимогою на етапі констатації, адже інтеграція різних типів інформації – L-даних (спостереження), T-даних (об’єктивні тести) та Q-даних (опитування) – забезпечує максимально повну й достовірну картину стану об’єкта. Такий комплексний підхід спрямований на мінімізацію впливу суб’єктивних факторів, що можуть спотворювати результати. Серед них можна виділити настрій досліджуваного, рівень його інтелектуальних здібностей чи специфіку міжособистісного спілкування з експериментатором, які особливо помітно позначаються при застосуванні виключно одного методу. У контексті роботи інклюзивно-ресурсного центру цей підхід дозволяє не лише зафіксувати зовнішні прояви дезадаптаційних процесів, але й глибше зрозуміти причинно-наслідкові зв’язки між індивідуально-психологічними особливостями дитини та її соціальною поведінкою.

Наукова обґрунтованість висновків дослідження досягається завдяки ретельній математико-статистичній обробці зібраного масиву даних із використанням сучасних програмних інструментів, таких як пакет SPSS. Застосування статистичних критеріїв дозволяє відокремлювати закономірності від випадкових збігів, підтверджуючи або спростовуючи запропоновані гіпотези на високому рівні значущості. Додатково використання індуктивних методів статистики разом із перевіркою репрезентативності вибірки забезпечує можливість екстраполяції отриманих результатів на генеральну сукупність. Це трансформує локальне дослідження, проведене в межах центру, у систематичне наукове узагальнення. Таким чином, органічна взаємодія якісного аналізу та кількісного математичного обчислення гарантує об’єктивність отриманих результатів і забезпечує міцну базу для побудови цілісної кваліфікаційної роботи.

2.2. Аналіз результатів діагностики стану здоров’я та ціннісних орієнтацій вихованців

Аналіз результатів емпіричного дослідження, проведеного на базі комунальної установи «Інклюзивно-ресурсний центр» Добровеличківської селищної ради, є надзвичайно важливим етапом, що забезпечує перетворення первинних даних у науково обґрунтовані висновки. Ця робота розпочинається з ретельного впорядкування та класифікації початкових даних, отриманих від 30 респондентів досліджуваної вибірки. Такий підхід дає змогу систематизувати інформацію за визначеними критеріями та представити її у структурованій формі, оптимальній для подальшого аналізу.

Основне завдання кількісного аналізу, виконуваного в межах констатувального етапу, відомого також як «зрізовий метод», полягає у виявленні фактичного стану об’єкта дослідження та аналізі причин, що впливають на його недостатню ефективність. Це дозволяє надалі точніше

визначити напрями і форми інтервенційного впливу для підвищення його результативності.

Для глибшого усвідомлення зібраного емпіричного матеріалу застосовуються методи описової статистики. Вони дають змогу перетворити неоднорідні дані на систематизовані показники, що мають практичну аналітичну цінність. У цьому контексті особливу роль відіграє обчислення заходів центральної тенденції, зокрема середнього арифметичного, як ключового індикатора, що репрезентує найтиповішу характеристику вибірки. Це стосується як дітей з особливими освітніми потребами, так і їхніх батьків. Поряд із цим проводиться аналіз міри мінливості, включаючи дисперсію та стандартне відхилення, які дозволяють досліднику оцінити ступінь однорідності набору даних, з’ясувати їх щільність або розсіювання навколо середнього значення.

Первинний аналіз забезпечує можливість не лише оцінити фактичний рівень сформованості визначених якостей у досліджуваних суб’єктів, але й створити міцну основу для подальшої перевірки статистичних гіпотез за допомогою індуктивної статистики. Використання стандартизованих процедур обробки даних є ключовим фактором, що гарантує як точність психодіагностичних вимірювань, так і стійкість отриманих результатів до впливу зовнішніх факторів, тим самим сприяючи формуванню валідності всього дослідження. Підсумкова характеристика даних констатувального етапу роботи в інклюзивно-ресурсному центрі трансформується у структурований масив інформації, який допомагає чітко відокремити сталі закономірності від випадкових збігів, слугуючи основою для розробки цілісної стратегії соціальної роботи в установі.

Аналіз результатів діагностики стану здоров’я та ціннісних орієнтацій вихованців Добровеличівського інклюзивно-ресурсного центру, здійснений на прикладі вибірки із 30 осіб, відкрив важливі закономірності функціонування особистісної сфери дітей з особливими освітніми потребами. Попередня обробка емпіричних даних базувалася на методах описової

статистики, дозволяючи визначити показники центральної тенденції та варіативності. Це забезпечило створення змістовного портрета вибірки. Основним показником стану здоров’я у контексті соціальної роботи був обраний рівень психоемоційного напруження та тривожності, оцінений за методикою Олександра Захарова. Результати кількісного аналізу свідчать про те, що значна частина вихованців переживає стан невротичного стресу, який стає перешкодою для їхньої соціальної адаптації. Для наочності розподілу цих показників було створено узагальнюючу таблицю [2].

Аналіз отриманих кількісних даних демонструє, що для більшості дітей страх і внутрішнє напруження залишаються домінуючим емоційним тлом їхньої життєдіяльності. Це підтверджує теоретичні положення щодо складної структури психофізіологічного розвитку дітей у контексті інклюзивного середовища.

Результати діагностики ціннісних орієнтацій, проведеної методом ранжування, свідчать про специфічну ієрархію пріоритетів. У верхній частині рейтингу стабільно опиняються такі цінності, як «здоров’я» і «безпека», тоді як соціально-комунікативні цінності знаходяться на найнижчих позиціях. Це узгоджується з даними самооцінки, оціненої за методикою Дембо-Рубінштейн: у 55% респондентів зафіксовано занижений рівень домагань, що свідчить про невпевненість у власних силах та пасивність у соціальній взаємодії.

Рівень показника	**Кількість осіб (абс.)**	**Відсоткова частка (%)**	**Типові прояви (за результатами спостереження L-дані)**
Високий	19	63,3%	Моторна збудженість, соматичні скарги, відмова від завдань
Середній	8	26,7%	Епізодична невпевненість, потреба у підтримці дорослого
Низький	3	10,0%	Адекватна реакція на труднощі, стабільний емоційний фон

Таблиця 2.1. Розподіл вихованців ІРЦ за рівнями тривожності та психоемоційного напруження

Для перевірки статистичних зв’язків було застосовано коефіцієнт рангової кореляції Спірмена. Розрахунок показав значущий зворотний зв’язок між рівнем тривожності та здатністю дітей до неформального спілкування з однолітками. Рівень значущості свідчить про високу достовірність результатів (99%) і виключає можливість випадкового характеру виявленої закономірності.

Аналіз результатів у контексті теоретичних положень дослідження виявив суттєві розбіжності. Хоча наукова література проголошує інклюзію важливим фактором соціалізації, зібрані емпіричні дані демонструють наявність серйозних психологічних бар’єрів, які спричиняють самоізоляцію у 40% учнів. Використання параметричного t-критерію Стьюдента для порівняння середніх значень підтвердило, що рівень емоційної нестабільності статистично значимо вищий серед дітей, які мали досвід тривалого перебування в умовах соціальної ізоляції. Таким чином, результати констатувального етапу дослідження на базі Добровеличівського інклюзивно-ресурсного центру не лише фіксують поточний стан об’єкта, але й стають доказовою базою для необхідності розробки спеціальної корекційно-розвивальної програми для подальшої роботи. Використання програмного забезпечення SPSS та Excel дозволило забезпечити високу точність розрахунків і виключити суб’єктивний чинник при аналізі даних.

Дослідження аксіологічного компонента особистості учнів у рамках роботи Добровеличівського інклюзивно-ресурсного центру мало на меті визначити глибину їхньої системи життєвих пріоритетів, що є ключовим для розуміння траєкторій їх соціальної адаптації. У ході роботи були застосовані методи ранжування та стандартизованого тестування, які дозволили структуровано упорядкувати суб’єктивні вподобання респондентів за допомогою рангових шкал. Спершу кожному ціннісному об’єкту присвоювали певне місце (ранг) за принципом «перший – найважливіший», що дало змогу проігнорувати малозначущі фактори та проаналізувати ключові категорії, визначені дітьми.

Результати дослідження ціннісних орієнтацій виявили специфічні закономірності: у 70% учасників (21 особа) найвищі позиції стабільно займали цінності «здоров’я» та «безпеки», тоді як соціально спрямовані категорії, такі як «ефективне спілкування» та «визнання з боку оточуючих», потрапили до нижніх щаблів індивідуальних рейтингів. Така структура пріоритетів свідчить про превалювання базових потреб над соціальними і може бути ознакою ціннісно-мотиваційних бар’єрів, пов’язаних із тривалим емоційним дискомфортом у соціальних взаємодіях.

У рамках дослідження також було вивчено рівень самосвідомості вихованців за допомогою методики діагностики самооцінки Дембо-Рубінштейн (у модифікації Г. Прихожан). Ця методика передбачає оцінку (шкалювання) таких якостей, як здоров’я, характер, авторитет серед однолітків та впевненість у собі. Результати показали, що у 55% вихованців (16 осіб) спостерігається стійко занижений рівень домагань – показника того рівня складності завдань, із якими вони вважають себе здатними впоратися. Додатково отримані дані були систематизовані та представлені у вигляді таблиці для полегшення аналізу.

Показник (за Дембо-Рубінштейн)	**Кількість осіб (абс.)**	**Відсоткова частка (%)**	**Психологічна характеристика прояву**
Низька самооцінка / Низький рівень домагань	16	53,3%	Пасивність, невпевненість, страх неуспіху, відмова від нових завдань
Адекватна самооцінка / Реалістичні домагання	9	30,0%	Впевненість у силах, наполегливість, продуктивність у діяльності
Завищена самооцінка / Неадекватні домагання	5	16,7%	Відсутність самокритичності, ігнорування помилок, емоційне напруження

Таблиця 2.2. Співвідношення показників самооцінки та рівня домагань вихованців ІРЦ

Наведені кількісні дані свідчать про те, що значна частина вихованців центру перебуває у стані «захисної» пасивності, зумовленої низькою самооцінкою та страхом перед новою діяльністю. Це створює умови для виправдання власної бездіяльності та небажання змінювати ситуацію на краще. Вказана тенденція цілком узгоджується з теоретичними висновками, які свідчать, що діти з низькою самооцінкою мають підвищений рівень тривожності та істотні труднощі у міжособистісній взаємодії.

Для наукового підтвердження виявлених закономірностей було застосовано метод математичної статистики з використанням коефіцієнта рангової кореляції Спірмена. Цей метод дав змогу оцінити силу і напрямок зв'язків між досліджуваними змінними. Проведений аналіз показав статистично значущий взаємозв'язок між підвищеним рівнем тривожності та порушеннями у ціннісній сфері особистості, підтверджуючи достовірність отриманих результатів на високому рівні значущості. Зокрема, погіршення психоемоційного стану дітей сприяє звуженню спектру їхніх інтересів, активізує процеси самоізоляції від однолітків і схильність до замкненості у власному внутрішньому світі, що є характерними ознаками дезадаптивних станів.

Аналіз емпіричних даних дозволяє зробити висновок про існування суттєвого розриву між потенційними можливостями дітей та їхньою фактичною реалізацією. Цей розрив значною мірою спричинений афективно-потребовими порушеннями особистості. Отримані результати свідчать про складність формування психофізіологічного розвитку дітей у контексті інклюзивного середовища. Вони також доводять, що без спеціально організованого соціально-педагогічного супроводу перебування у колективі може лише поглиблювати відчуття ізольованості і відчуженості. Таким чином, проведений аналіз став важливим фундаментом для наукового обґрунтування наступного етапу роботи. Цей етап має бути спрямований на корекцію самооцінки та формування ціннісно-мотиваційної складової особистості вихованців центру [16].

Дослідження, проведене на базі Добровеличівського інклюзивно-ресурсного центру, значно підтверджує теоретичні положення щодо виникнення «дидактичних бар'єрів» і соціальної дезадаптації серед дітей з особливими освітніми потребами. У науковій площині такі бар'єри окреслюються як суб'єктивні психологічні чинники, що виникають у взаємодії між педагогом та учнем, істотно впливаючи на якість освоєння знань і емоційний комфорт дитини. Втім, результати дослідження спростовують поширене переконання про автоматичне покращення ціннісних орієнтацій і успішної соціалізації дитини лише через її перебування у середовищі інклюзивного простору [64].

Навпаки, значна кількість (40%) виявлених «ізольованих» дітей, які не мають взаємних позитивних соціальних зв'язків у групі, свідчить про те, що інклюзія без належної організації соціально-педагогічного супроводу може навіть сприяти посиленню відчуття відчуженості. Такі діти часто опиняються в четвертому соціометричному колі взаємовідносин, що свідчить про абсолютну ізоляцію від однолітків і нерозвиненість навичок міжособистісного спілкування.

Метод експертних оцінок фахівців центру – психологів, вчителів-реабілітологів та логопедів – продемонстрував, що типові поведінкові особливості дітей з особливими освітніми потребами характеризуються пасивністю та низьким рівнем ініціативності в комунікації. Застосування адаптованих опитувальників під назвою «Поведінковий портрет» дозволило визначити суттєві труднощі дітей у сприйнятті й розумінні дорослих. Це проявляється через відсутність реакції на ім'я або неспроможність підтримувати зоровий контакт. Нерідко їхня психологічна готовність до соціалізації блокується високим рівнем тривожності, що спонукає вдаватися до захисної поведінки, наприклад, до самостійного занурення у власний світ або посиленої моторної активності.

Наукову обґрунтованість таких висновків підтверджено за допомогою t-критерію Стьюдента для порівняння показників незалежних груп.

Проведений математико-статистичний аналіз засвідчив статистично значущі відмінності в рівнях тривожності між різними групами дітей, виключаючи ймовірність випадкових результатів.

Зафіксований зворотний кореляційний зв’язок між рівнем аутистичних проявів та інтенсивністю соціальної взаємодії підтверджує теоретичну концепцію, яка стверджує, що внутрішні психологічні чинники відіграють визначальну роль у процесі адаптації. Аналіз результатів констатувального етапу в Добровеличівському ІРЦ став ключовим орієнтиром для формування змісту наступного етапу дослідження. Отримані дані наголошують на необхідності розроблення стратегій цілеспрямованого формувального впливу, які мають сприяти не лише подоланню поведінкових дисфункцій, але й активному розвитку ціннісної сфери та зміцненню психоемоційного стану дітей. Подальша корекційно-розвивальна діяльність повинна ґрунтуватися на принципах індивідуалізованого підходу та максимально ефективного використання ресурсів, що дозволить зменшити наявні бар’єри і забезпечити розкриття потенціалу кожної дитини.

2.3. Визначення рівнів сформованості відповідальної поведінки (когнітивний, емоційно-ціннісний, поведінковий критерії)

Процес оцінювання рівня сформованості відповідальної поведінки у вихованців комунальної установи «Інклюзивно-ресурсний центр» Добровеличівської селищної ради спирається на цілісний аналіз особистісних характеристик дитини, що виражаються через гармонійне поєднання трьох ключових критеріїв.

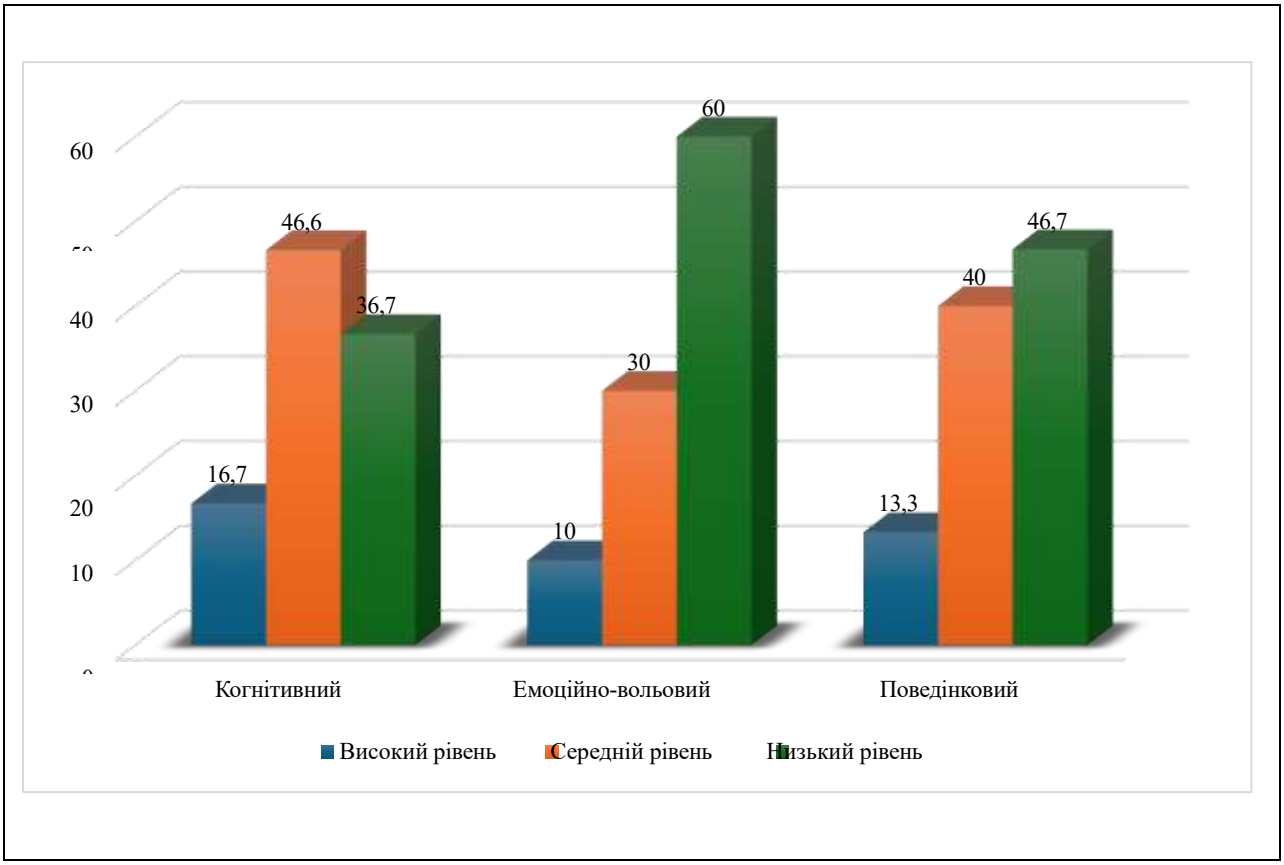
Когнітивний критерій виступає інтелектуальним підґрунтям відповідальної поведінки, визначаючи обізнаність дитини щодо соціальних норм і правил, важливих для функціонування в умовах інклюзивного середовища. Центральним показником цього критерію є рівень накопичених знань про морально-етичні стандарти, а також здатність зберігати й

застосовувати ці знання на практиці у відповідних соціальних ситуаціях. Особливо важливим у когнітивному аспекті розвитку є формування у дитини адекватного «Образу Я», тобто усвідомлення своїх можливостей, розуміння власної соціальної значущості та аналіз причинно-наслідкових зв'язків між її діями і результатами. Такий підхід допомагає змінити зовнішнє сприйняття правил як нав'язаних вимог на внутрішньо мотивоване розуміння їх необхідності для успішної адаптації та інтеграції в колектив.

Емоційно-ціннісний критерій зосереджується на внутрішньому ставленні дитини до власних обов'язків і на її здатності до саморегуляції. Визначальним аспектом цього критерію є локус суб'єктивного контролю, зокрема його складник – інтернальність. Інтернальність характеризує схильність дитини визнавати відповідальність за результати власної діяльності, виділяючи роль власних зусиль, здібностей і вольових якостей, на відміну від приписування таких результатів зовнішнім факторам або іншим особам. Діти з високим рівнем інтернальності демонструють впевненість у своїх силах, наполегливість у досягненні поставлених цілей і здатність до критичної самооцінки. Натомість перевага екстернального локусу контролю у дітей з особливими освітніми потребами нерідко асоціюється з тривожністю, побоюванням нових викликів та відчуттям безсилля перед труднощами.

Окрім того, емоційно-ціннісний компонент передбачає розвиток емпатії та здатності передбачати наслідки власних дій для інших осіб. Саме ці якості забезпечують морально-емоційне зростання дитини та сприяють формуванню просоціальних моделей поведінки, важливих для успішної соціальної взаємодії й інтеграції в суспільство.

Поведінковий критерій виступає ключовим індикатором, що відображає реальну здатність дитини застосовувати набуті знання та сформовані цінності у повсякденному житті. Основні показники цього критерію включають самостійність у виконанні завдань педагога, рівень інтеграції в соціальні ролі та здатність контролювати власні дії навіть у складних чи стресових умовах.



Мал. 2.1. Рівні сформованості компонентів відповідальної поведінки вихованців ІРЦ

Аналіз отриманих графічних даних виявив, що найбільш виражені труднощі у вихованців спостерігаються на емоційно-ціннісному рівні, що демонструється 60% низьких показників цього аспекту. Така ситуація супроводжується переважанням екстернального локусу контролю, причиною чого є невпевненість у власних силах. На противагу, когнітивний компонент демонструє кращі результати, оскільки майже половина вибірки має середній рівень знань. Однак такий показник свідчить про наявність явища «формалізму знань» – стану, де знання соціальних норм не супроводжуються внутрішньою мотивацією до їхнього впровадження у поведінку. Ця невідповідність між теоретичними знаннями та практичними діями підкреслює необхідність застосування інноваційних підходів у соціальній

роботі, спрямованих на стимулювання розвитку вольових зусиль та підвищення усвідомлення особистої цінності кожного вихованця [40].

Емпіричне дослідження, проведене на вибірці з 30 вихованців Добровеличівського інклюзивно-ресурсного центру, дозволило виділити три якісні рівні розвитку відповідальної поведінки. Ці рівні ґрунтуються на інтеграції когнітивних знань, емоційних установок та реальних дій. Високий рівень розвитку відповідальної поведінки вирізняється усвідомленим і добровільним прийняттям соціальних норм, коли правила сприймаються не як зовнішній примус, а як внутрішня система регулювання власної активності. Вихованці цього рівня демонструють стійкі ознаки інтернальності, що підтверджується результатами методики М. Матюхіної (8–10 балів). Такий результат свідчить про здатність дітей пояснювати свої успіхи зусиллями та особистими якостями, а не зовнішніми обставинами.

У поведінковому аспекті високий рівень відповідальності характеризується такими рисами, як наполегливість – вміння завершувати розпочате навіть за наявності значних труднощів, а також ініціативність, яка проявляється у самостійному виборі завдань без очікування зовнішніх стимулів. Діти цього рівня здатні ставити перед собою досяжні цілі та об’єктивно оцінювати результати своєї діяльності. Завдяки цьому вони успішно виконують прийняті соціальні ролі та ефективно взаємодіють із суспільним оточенням.

Середній рівень сформованості відповідальної поведінки характеризується певною суперечністю між теоретичним усвідомленням соціальних вимог та практичною їхньою реалізацією, яка часто набуває ситуативного характеру. Вихованці цієї категорії здебільшого демонструють обізнаність із правилами поведінки в освітньому середовищі, однак ступінь їхньої відповідальності варіюється залежно від складності виконуваних завдань та емоційного фону. У ситуаціях, пов’язаних з досягненням успіху, вони виявляють схильність до інтернального локусу контролю, що свідчить про здатність брати відповідальність за власні дії. Проте перед значними

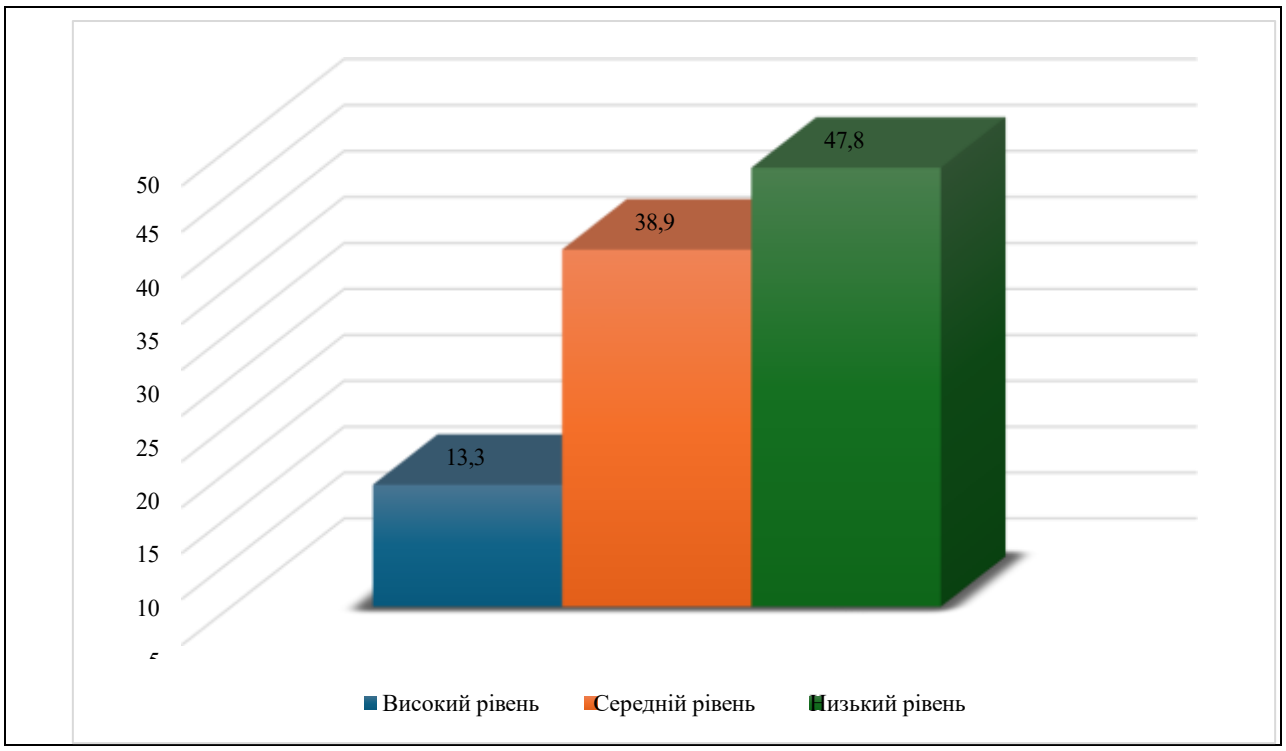
дидактичними бар’єрами їхній локус контролю зміщується в бік екстернальності, що проявляється через пошук причин невдач у зовнішніх обставинах або звинувачення інших. Такій групі дітей потрібний постійний соціально-педагогічний супровід, а також періодична підтримка з боку дорослих для завершення розпочатої діяльності, оскільки їхня внутрішня мотивація ще перебуває в стадії формування і не є достатньо стійкою.

Найчисельнішу і водночас найпроблемнішу групу становлять діти з низьким рівнем сформованості відповідальної поведінки. Їхні знання про морально-етичні норми є фрагментарними та позбавленими системності. Домінуючою характеристикою їхньої особистості виступає зовнішній локус контролю (0–5 балів), який тісно корелює з високою тривожністю та страхом перед новими видами діяльності. У науковій літературі цей стан нерідко визначають як «захисну пасивність», що проявляється у вигляді декларування власної неспроможності з метою виправдання відмови від виконання педагогічних вимог. Відсутність сформованих навичок самоконтролю, низька комунікативна ініціатива та ігнорування встановлених правил часто стають причинами їхньої соціальної ізоляції. Це, у свою чергу, ускладнює їхню взаємодію з оточуючим середовищем і сприйняття зверненої до них мови дорослих.

Отримані кількісні дані, підкріплені математико-статистичним аналізом, демонструють наявність значущих відмінностей між групами та вказують на важливість зміщення уваги дитини з особистої оцінки на досягнення мети на наступному формувальному етапі роботи.

Попередня обробка емпіричних даних, зібраних від 30 вихованців комунальної установи «Інклюзивно-ресурсний центр» Добровеличківської селищної ради, дозволила детально розподілити вибірку за рівнями сформованості відповідальної поведінки. Це, у свою чергу, стало ключовим етапом для наукового обґрунтування подальших корекційних заходів. Результати дослідження свідчать, що у більшості дітей з особливими освітніми потребами відповідальна поведінка знаходиться лише в початковій

стадії формування. Цей етап характеризується істотним розривом між знанням норм поведінки та їх реалізацією у повсякденному житті.



Мал. 2.2. Загальний стан сформованість відповідальної поведінки вихованців

Аналіз за когнітивним критерієм показав, що майже половина учасників дослідження (46,6%) мають середній рівень знань щодо правил поведінки в інклюзивному середовищі, тоді як 36,7% дітей демонструють низькі показники в цій сфері. Це пояснюється, зокрема, наявністю специфічних дидактичних бар'єрів і фрагментарним сприйняттям соціальної інформації. Отримані дані виявляють проблему «формалізму знань», коли діти можуть відтворювати правила на рівні словесного опису, але не усвідомлюють їх значущості як інструменту регуляції власної поведінки.

Найгостріша проблема та значний дефіцит були виявлені за емоційно-ціннісним критерієм: у 60% досліджуваних зафіксовано низький рівень сформованості відповідальності. Цей показник безпосередньо пов'язаний із переважанням екстернального локусу контролю. Це означає, що діти схильні

пояснювати свої успіхи чи невдачі виключно зовнішніми факторами, такими як обставини, удача або дії оточуючих, водночас повністю уникаючи власної відповідальності за результати. У науковому розумінні такі прояви часто обумовлені високим рівнем тривожності та низькою самооцінкою, що примушує дитину обирати так звану «захисну пасивність» і уникати активних зусиль для досягнення цілей. Діти з низьким рівнем розвитку відповідальності за цим критерієм часто стикаються з відчуттям безпорадності перед новими завданнями. Це, в умовах підвищеного психоемоційного напруження, може призводити до самоізоляції та занурення у власний світ сенсорних вражень.

Щодо поведінкового критерію, результати свідчать, що 46,7% вихованців мають труднощі із практичною реалізацією навичок відповідальності. Це виявляється в нездатності дотримуватись соціальних ролей та в ігноруванні вказівок педагогів у складних ситуаціях. Водночас 40% дітей демонструють лише ситуативну відповідальність на середньому рівні, яка помітно залежить від стимулювання з боку дорослих і не є стійкою. Виявлені тенденції повністю узгоджуються з теоретичними положеннями щодо складності психофізіологічного розвитку дітей в умовах інклюзивного середовища, де брак внутрішньої мотивації блокує перехід від отриманих знань до цілеспрямованих дій.

Результати кількісно-якісного аналізу яскраво вказують на необхідність розробки й інтеграції спеціальної моделі соціально-педагогічного впливу, орієнтованої на зміцнення емоційно-вольової сфери та розвиток інтернальності як ключового фактора успішної соціалізації вихованців центру.

Емпіричні дані, зібрані на констатувальному етапі дослідження в межах роботи Добровеличівського інклюзивно-ресурсного центру, дозволяють глибше зрозуміти психолого-педагогічні аспекти, що лежать в основі недостатньої відповідальної поведінки дітей із особливими освітніми потребами. Аналіз засвідчує, що переважаючий низький рівень за емоційно-

ціннісним критерієм (60,0%) свідчить про домінування екстернального локусу контролю. Це проявляється у стабільній тенденції дітей перекладати відповідальність за результати своїх дій на зовнішні обставини, оточуючих або випадкові фактори.

Така екстернальна позиція, згідно з теоретичними положеннями, є тісно пов’язаною із невпевненістю в власних можливостях, підвищеною тривожністю та надмірною підозріливістю. Всі ці характеристики істотно гальмують процес особистісного розвитку дитини. Наукові дані підтверджують, що діти із заниженою самооцінкою часто демонструють «захисну» пасивність, коли декларування власного невміння стає аргументом для уникнення активних дій і спроб долати труднощі через страх невдачі.

Ця динаміка чітко відображається на графічному зображенні (Малюнок 3), де зона найбільшого психологічного ризику, позначена червоним кольором, акцентує на проблемах емоційно-ціннісного компонента.

Результати аналізу демонструють статистично значущі відмінності між когнітивними показниками та поведінковими компонентами досліджуваних. Майже половина вибірки (46,6%) виявила середній рівень знань за когнітивним критерієм, тоді як результати поведінкових аспектів показали суттєво нижчі значення. Це свідчить про явище «формалізму знань», коли дитина знає правила та норми, але не застосовує їх у реальному житті як внутрішній регулятор. Теоретичний аналіз підтверджує, що засвоєння матеріалу лише через механічне запам’ятовування, без залучення творчої уяви та емоційного досвіду, залишає знання «мертвими схемами», які не трансформуються в переконання. Справжнє формування інтернальності вихованців інклюзивно-ресурсного центру залежить не тільки від обсягу моральної інформації, а й від розвитку їхніх вольових зусиль, усвідомлення власної значущості та цінності інших людей.

Кількісні дані, представлені графічно на Малюнку 1, свідчать про багатовимірність психофізіологічного розвитку дітей в умовах інклюзивного середовища. Виявлено також, що відсутність цілеспрямованого педагогічного

впливу під час перебування дитини у групі може посилювати почуття ізольованості. На основі цих результатів запропоновано модель соціально-педагогічної підтримки, яка спрямована на зміну оцінювального фокусу дитини від зосередження «на собі» до орієнтації «на мету». Це дозволяє зменшити страх невдачі та розвинути здатність переживати радість від виконаного завдання. Такий підхід є ключовим для корекції самооцінки та формування відповідальної поведінки у дітей з особливими освітніми потребами.

Методи математичної статистики, включаючи кореляційний аналіз за Спірменом, підтвердили важливість емоційної впевненості та позитивного ставлення до дорослих як вирішальних чинників підвищення загального рівня адаптованості дитини.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі здійснено теоретичне узагальнення та представлено результати експериментального дослідження, які стосуються питання формування відповідального ставлення до здоров'я у вихованців центрів соціально-психологічної реабілітації (ЦСПР). На основі отриманих результатів зроблено такі висновки:

1. Розкрито суть і структуру феномену відповідального ставлення до здоров'я, яке визначено як стійку життєву позицію особистості, засновану на усвідомленні здоров'я як ключового ресурсу для самореалізації та універсальної цінності. Цей феномен має багатогранну структуру, що включає такі складники: когнітивно-пізнавальний, емоційно-оцінний, потребнісно-ціннісний, мотиваційно-вольовий, практично-діяльнісний та рефлексивно-результативний. Встановлено, що відсутність щонайменше одного з цих компонентів свідчить про недостатню розвиненість відповідальної позиції індивіда.

2. Визначено характерні особливості та негативні чинники деформації ставлення до здоров'я. Психолого-педагогічний портрет вихованців центрів соціально-психологічної реабілітації позначений наслідками сімейної депривації, тривалого стресу та життя в умовах постійної боротьби за виживання. Основними чинниками негативного впливу стали нейробіологічні зміни, які включають пригнічення функцій префронтальної кори мозку та гіперактивність мигдалини, розвиток «вивченої безпорадності», занижену самооцінку та засвоєння деструктивних моделей поведінки у проблемних сім'ях. У такому контексті потреба в адаптації до несприятливого середовища часто витісняє цінність здоров'я на другий план.

3. Проведено емпіричну діагностику. Дослідження у Добровеличківському інклюзивно-ресурсному центрі підтвердило наявність серйозних бар'єрів психологічного характеру у вихованців. Зокрема, у 63,3%

опитаних було зафіксовано високий рівень тривожності та психоемоційного напруження, що проявляється у вигляді надмірної моторної збудженості та соматичних скарг. Аналіз ціннісних орієнтацій засвідчив наявність феномену «парадоксу здоров'я»: попри високу оцінку категорії «здоров'я» (70% респондентів), ця цінність сприймається як недосяжна ідея через низькі особистісні амбіції та прояви «захисної пасивності», що характерна для 53,3% учасників дослідження.

4. Рівні сформованості відповідальної поведінки були визначені, і встановлено, що процес її формування перебуває на початковому етапі.

- За когнітивним критерієм більшість дітей демонструють середній рівень (46,6%). Однак у цьому випадку спостерігається явище "формалізму знань", що означає наявність знань про норми поведінки без внутрішньої мотивації до їх дотримання.
- Найбільш проблемною виявилася сфера емоційно-ціннісного критерію, де 60% дітей мають низький рівень. Це пов'язано з наявністю екстернального локусу контролю, тобто схильністю приписувати відповідальність за власні дії зовнішнім обставинам.
- За поведінковим критерієм 46,7% дітей зазнають труднощів у практичному застосуванні відповідальних навичок. Причинами цього є нестача вольових зусиль і недостатній рівень самоконтролю.

Подальші дослідження варто спрямувати на створення та впровадження цілісної програми соціально-педагогічного супроводу, побудованої на основі технології «ведення випадку» і застосування мультидисциплінарного підходу. Основна увага має бути приділена корекції самооцінки вихованців, розвитку їхнього емоційного інтелекту та формуванню внутрішнього локусу контролю замість зовнішнього. Це сприятиме ефективній соціальній інтеграції та підвищенню готовності до самостійного життя.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Doel M., Marsh P. Task-centred social work. London : Taylor and Francis, 2017.

2. Liutyi V. et al. Social Maladaptation of Teenagers with HIV Through Discontinuation of Antiretroviral Therapy. *Sociální práce*. 2023. No. 1(23). P. 49–63.

3. Miller W., Rollnick S. Motivational interviewing: Helping people change. New York : The Guilford Press, 2013.

4. Pence G. Ethical Options in Medicine. Oradell : Book Division, 1980.

5. Yablonska T., Melnychuk T. Psychological Support for Families During Crises (as exemplified by families members of Ukrainian war veterans). *Current Problems of Psychiatry*. 2017. Vol. 18(2). P. 87–94.

6. Актуальні питання соціальної роботи : навч. посіб. / О. М. Денисюк та ін. ; за ред. О. В. Епель, Т. Л. Лях, І. В. Силантьєвої. Ужгород : РІК-У, 2023. 420 с.

7. Алєксєєнко Т. Ф. Концептуалізація соціально-педагогічних основ сучасного сімейного виховання : дис. д-ра пед. наук : 13.00.05. Київ, 2017. 482 с.

8. Амосов М. М. Роздуми про здоров’я. Київ : Здоров’я, 1990. 168 с..

9. Антонова О. Є., Поліщук Н. М. Здоров’язберігаюча компетентність особистості як наукова проблема. *Вища освіта у медсестринстві: проблеми і перспективи*. Житомир : Полісся, 2011. С. 27–31.

10. Апанасенко Г. Л., Попова Л. О. Медична валеологія. Київ : Здоров’я, 1998. 248 с.

11. Баранюк В. В. Педагогічні умови формування професійно-комунікативної компетентності майбутніх фахівців соціальної роботи. *Збірник наукових праць НАН ПСУ*. 2015. № 1. С. 32–42.

12. Безпалько О. В. Соціальна педагогіка : навч. посіб. Київ : Академвидав, 2014. 312 с.

13. Бєлоусов Ю. (ред.) Методичні рекомендації щодо проведення моніторингового візиту НПМ до ЦСПРД та притулку для дітей. Київ : Рада Європи, 2019. 72 с.

14. Бойченко Т. Є. Валеологія в школі. Київ : Логос, 1999. 128 с.

15. Бондаренко З. П., Журавель Т. В., Лях Т. Л. та ін. Менеджмент волонтерських груп від А до Я / за ред. Т. Лях. Київ : Версо-04, 2012. 112 с.

16. Буліч Е. Г., Муравов І. В. Здоров'я людини: Біологічна основа життєдіяльності і рухова активність в її стимуляції. Київ : Олімпійська література, 2003. 414 с.

17. Вайнола Р. Х. Технологізація соціально-педагогічної роботи: теорія та практика. Київ : Знання, 2008. 320 с.

18. Верланов С. О. Економічні і соціальні права людини: європейські стандарти та їхнє впровадження в юридичну практику України. Київ : Край, 2009. 184 с.

19. Гальчинська О., Семигіна Т. Інтегрована програма з формування прихильності до АРТ у клієнтів ВІЛ-сервісних організацій. Київ, 2017.

20. Гусак П. М. Професійна підготовка майбутніх учителів: теоретико-методологічний аспект. Луцьк : Вежа, 1999.

21. Журавель Т. В. Соціальна профілактика жорстокого поводження з дітьми в сім'ї. Київ : Парапан, 2008. 192 с.

22. Зимівець Н. В. Соціально-педагогічні технології формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівської молоді : автореф. дис. канд. пед. наук : 13.00.05. Луганськ, 2008. 21 с.

23. Зозуляк-Случик Р. Формування професійної етики майбутніх соціальних працівників в університетах. Івано-Франківськ : НАІР, 2019. 216 с.

24. Калініна А., Петрович В., Лютий В. та ін. Програма 15. Загальний огляд : метод. посібник. Київ : ФОП Савісько І. С., 2017. 164 с.

25. Капська А. Й., Пєша І. В. Соціальний супровід різних категорій сімей та дітей. Київ : Центр навчальної літератури, 2020. 232 с.

26. Карпенко О. Г. Професійна підготовка соціальних працівників в умовах університетської освіти. Київ : Слово, 2007.

27. Кияниця З. П., Петрочко Ж. В. Соціальна робота з вразливими сім'ями та дітьми : посібник у 2-х ч. Київ : ОБНОВА КОМПАНІ, 2017. Ч. 1. 256 с.

28. Клішевич Н. А. Психолого-педагогічні особливості вихованців ЦСПР. *Соціальна педагогіка: теорія і практика*. 2019. № 3. С. 45–52.

29. Колотило М. О. Філософія сучасної соціальної роботи у контексті громадянського суспільства. *Гілея*. 2018. Вип. 132(5). С. 224–227.

30. Коляда Н. М., Левченко Н. С. Технології соціальної роботи. Умань : Візаві, 2018. 214 с..

31. Конституція України : Закон України від 28.06.1996 № 254к/96-ВР. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр

32. Кравченко О. П. Філософія соціальної роботи: теоретичні моделі розвитку. *Вісник ХНУ*. 2020. № 2. URL: http://philos.vernadskyjournals.in.ua/journal/2020/2_2020/6.pdf

33. Кудрявцева О. М. Здоров'я людини: проблеми, судження. *Філософська думка*. 1987. № 12.

34. Лехолетова М. М., Лях Т. Л., Спіріна Т. П. Алгоритм організації та проведення успішної адвокаційної кампанії із представництва інтересів. *Social work and education*. 2022. Vol. 9(1). P. 67–78.

35. Лукашевич М. П., Семигіна Т. В. Соціальна робота: теорія і практика : підручник. Київ : Каравела, 2015. 544 с.

36. Лях Т. Л. Соціально-педагогічна діяльність волонтерських груп: теорія та практика. Київ : Знання, 2011. 232 с.

37. Мигович І. І., Жмир В. Ф. Теоретичні засади соціальної роботи : навч. посібник. Ужгород : Говерла, 2007.

38. Наврузов Ю. В. Системне визначення поняття категорії «громада». *Актуальні проблеми державного управління*. 2000. Вип. 4. С. 223–224.

39. Нестерчук В. Домашнє насильство як феномен соціальної роботи. *Social Work and Education*. 2020. Vol. 3(7). P. 254–262.

40. Овчарук О. В. (ред.) Компетентнісний підхід у сучасній освіті: світовий досвід та українські перспективи. Київ : К.І.С., 2004. 112 с.

41. Омельченко С. О. та ін. Соціальна робота: реалії та виклики часу. Слов'янськ : Вид-во Б. І. Маторіна, 2021. 248 с.

42. Остролуцька Л. І. Розвиток центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю в Україні (90-ті рр. XX – початок XXI століття) : дис. канд. пед. наук : 13.00.05. Київ, 2021. 326 с.

43. Оттавська хартія сприяння здоров'ю (Міжнародна конференція зі сприяння здоров'ю) від 21.11.1986. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_046

44. Петрочко Ж. В., Денисюк О. М. Навчання та підтримка біологічних сімей з дітьми: сучасний досвід Чеської Республіки та України. *Науковий журнал Хортицької національної академії*. 2022. № 1(6). С. 131–141..

45. Поліщук В. А. Історія соціальної педагогіки та соціальної роботи. Тернопіль : ТНПУ, 2009.

46. Пометун О. І. Теорія і практика послідовної реалізації компетентнісного підходу в досвіді зарубіжних країн. *Компетентнісний підхід у сучасній освіті*. Київ : К.І.С., 2004. С. 15–25.

47. Про забезпечення організаційно-правових умов соціального захисту дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування : Закон України від 13.01.2005 № 2342-IV. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2342-15

48. Про забезпечення соціального захисту дітей, які перебувають у складних життєвих обставинах... : Постанова Кабінету Міністрів України від 01.06.2020 № 585. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/585-2020-п

49. Про запобігання та протидію домашньому насильству : Закон України від 07.12.2017 № 2229-VIII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2229-19

50. Про затвердження Типового положення про центр соціально-психологічної реабілітації дітей : Постанова Кабінету Міністрів України від 28.01.2004 № 87. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/87-2004-п

51. Про затвердження Типового положення про центр соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями : Постанова Кабінету Міністрів України від 08.09.2005 № 877. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/877-2005-п

52. Про органи і служби у справах дітей та спеціальні установи для дітей : Закон України від 24.01.1995 № 20/95-ВР. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/20/95-вр

53. Про охорону дитинства : Закон України від 26.04.2001 № 2402-III. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2402-14

54. Про соціальні послуги : Закон України від 17.01.2019 № 2671-VIII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19

55. Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю : Закон України від 21.06.2001 № 2558-III. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2558-14

56. Про умови оплати праці працівників закладів соціального захисту дітей... : Наказ Міністерства соціальної політики України від 18.05.2015 № 526. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0593-15

57. Савченко О. Я. Виховний потенціал початкової освіти. Київ : СПД «Цудзинович Т.І.», 2007. 204 с.

58. Сапіга С. В. Фактори впливу на формування прихильності до антиретровірусної терапії в підлітків, що живуть із ВІЛ. *Ввічливість. Humanitas*. 2022. № 5. С. 68–74.

59. Семигіна Т. В. Сучасна соціальна робота. Київ : Академія праці, соціальних відносин і туризму, 2020. 240 с.

60. Слозанська Г. І. Соціальна робота в територіальній громаді: теорії, моделі та методи. Тернопіль : ТНПУ ім. В. Гнатюка, 2018. 324 с.

61. Спіріна Т. П. Прийняття ефективних рішень як складова професійної культури соціального працівника. *Information and innovative technologies in the turbulence era*. Katowice : Publishing House of University of Technology, 2022.

62. Статут (Конституція) Всесвітньої організації охорони здоров'я від 22.07.1946. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_599

63. Трубавіна І. М. Проблеми внутрішньо переміщених осіб в Україні як основа ведення випадку в соціальній роботі з ними. *Гібридна війна на Сході України*. 2017. С. 320–342.

64. Харченко С. Я., Краснова Н. П., Харченко Л. П. Соціально-педагогічні технології : навч.-метод. посібник. Луганськ : Альма-матер, 2005. 248 с.

65. Швед О. В. Громадські організації в системі запобігання та протидії домашньому насильству. *Право і безпека*. 2020. № 1(76). С. 74–82.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Опитувальник для батьків (за О. Захаровим)

Мета: встановлення кореляції між характеристиками сімейного виховання та рівнем соціально-психологічної адаптації дитини.

Інструкція: Просимо Вас дати відповіді на запитання, що стосуються поведінки Вашої дитини та особливостей Вашої взаємодії з нею. Оберіть варіант «так» або «ні».

Орієнтовний перелік запитань:

1. Чи часто Ваша дитина виявляє занепокоєння або страх у нових ситуаціях?
2. Чи вважаєте Ви свою дитину занадто вразливою та чутливою?
3. Чи часто Ви вдаєтеся до суворих покарань за порушення правил?
4. Чи відчуваєте Ви, що дитина часто не довіряє Вашим словам?
5. Чи скаржиться дитина на погане самопочуття (головний біль, біль у животі) під час хвилювання?
6. Чи дотримується дитина встановленого режиму дня без Вашого нагадування?

ДОДАТОК Б

Шкала оцінки дитячого аутизму (C.A.R.S.)

Мета: первинний скринінг симптомів та визначення ступеня дефіцитарності у різних аспектах функціонування дитини.

Критерії оцінювання (шкалювання від 1 до 4 балів):

1. Відношення до людей: від нормальної взаємодії до повної відсутності реакції на оточуючих.
2. Імітація: здатність повторювати звуки, слова, рухи.
3. Емоційні реакції: адекватність реакцій на ситуації (відсутність емоцій або надмірна збудженість).
4. Володіння тілом: наявність специфічних рухів (розгойдування, кружляння).
5. Використання предметів: інтерес до іграшок або нецільове використання речей.
6. Адаптація до змін: реакція на зміну маршруту, режиму або нових людей.
7. Зоровий контакт: здатність підтримувати погляд під час спілкування.

ДОДАТОК В

Проективні методики «Будинок-Дерево-Людина» та «Кінетичний малюнок сім'ї»

Мета: виявлення внутрішньосімейних зв'язків, оцінка самооцінки дитини та її емоційно-мотиваційної сфери.

Інструкція для дитини:

1. «Намалюй, будь ласка, на цьому аркуші паперу будинок, дерево і людину».
2. «Намалюй свою сім'ю так, щоб кожен член родини був чимось зайнятий».

Протокол аналізу (згідно з джерелами):

- Симптомокомплекс «Незахищеність»: наявність штрихування, дрібний розмір малюнка, відсутність дверей у будинку.
- Симптомокомплекс «Тривожність»: посилений натиск олівця, стирання ліній.
- Симптомокомплекс «Відчуженість»: велика відстань між членами сім'ї, відсутність спільних дій.

ДОДАТОК Г

Карта спостереження «Поведінковий портрет дитини під час занять»

Мета: оцінка рівня опанування дитиною соціальних ролей та здатності дотримуватися правил.

Показник поведінки	**Високий рівень**	**Середній рівень**	**Низький рівень**
Реакція на звертання на ім’я	Завжди реагує	Реагує епізодично	Відсутня
Підтримка зорового контакту	Стабільна	Нестабільна	Уникає погляду
Виконання вказівок педагога	Самостійно	Потребує допомоги	Відмовляється
Ініціатива у спілкуванні	Виявляє активно	Лише у відповідь	Пасивна
Дотримання правил гри	Дотримується	Частково порушує	Ігнорує

ДОДАТОК Д

Методика діагностики самооцінки та рівня домагань (Дембо-Рубінштейн)

Мета: вивчення рівня самосвідомості вихованців щодо ключових особистісних якостей.

Інструкція: На вертикальних лініях позначте рисками (—) Ваш поточний рівень за кожною ознакою, де верхня точка — це найвищий прояв якості, а нижня — найменший. Хрестиком (х) позначте рівень, якого Ви хотіли б досягти (рівень домагань).

Шкали оцінювання:

1. Здоров'я (Наскільки Ви здоровий / хвора людина?)
2. Характер (Наскільки Ви задоволені своїм характером?)
3. Авторитет (Наскільки Вас поважають однолітки?)
4. Впевненість (Наскільки Ви впевнені у власних силах?)