

Київський національний університет імені Тараса Шевченка
Міністерство освіти і науки України
Київський національний університет імені Тараса Шевченка
Міністерство освіти і науки України

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

МИКОЛЮК ДІАНА ОЛЕКСАНДРІВНА

УДК 159.923.2-056.263(043.3)

ДИСЕРТАЦІЯ
ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ СУБ'ЄКТИВНОГО
БЛАГОПОЛУЧЧЯ ОСІБ З ПОРУШЕННЯМИ СЛУХУ
053 ПСИХОЛОГІЯ
СОЦІАЛЬНІ ТА ПОВЕДІНКОВІ НАУКИ

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії у галузі психології

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело
_____ Д.О. Миколіук

Науковий керівник:

Дембицька Наталія Миколаївна

доктор психологічних наук, доцент

Київ - 2025

АНОТАЦІЯ

Миколюк Д.О. Психологічні чинники суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 053 Психологія (05 Соціальні та поведінкові науки). – Київський національний університет імені Тараса Шевченка, Київ, 2025.

Актуальність дослідження зумовлена недостатньою кількістю емпіричних робіт, що комплексно вивчають вплив позитивних (соціальна підтримка, самоприйняття, сімейна підтримка та ін.) та негативних чинників (емоційний гандикап, аудизм) на суб'єктивне благополуччя осіб із порушеннями слуху в Україні. Військовослужбовці з такими порушеннями зазнають подвійного навантаження: сенсорної дезадаптації та стресу в екстремальних умовах. Результати дослідження важливі для вдосконалення надання психологічної допомоги даній категорії осіб.

Мета дослідження – теоретично та емпірично визначити психологічні чинники суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху. **Об'єкт дослідження** – суб'єктивне благополуччя. **Предмет дослідження** – психологічні чинники суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху.

Для досягнення мети були поставлені наступні дослідницькі **завдання**:

1. Здійснити теоретико-методологічний аналіз проблеми суб'єктивного благополуччя, зокрема в осіб з порушеннями слуху, на основі чого створити теоретичну модель психологічних чинників суб'єктивного благополуччя в осіб з порушеннями слуху.
2. Емпірично визначити суб'єктивне благополуччя в осіб з порушеннями слуху.
3. Виокремити емпірично психологічні чинники суб'єктивного благополуччя в осіб з порушеннями слуху.
4. Розробити рекомендації щодо надання психологічної підтримки військовослужбовцям та особам з пізньою втратою слуху.

Для досягнення дослідницької мети були застосовані такі методи: *теоретичні*: аналіз, синтез, індукція, дедукція, класифікація, порівняння, узагальнення та теоретичне моделювання. *Анкетування*: для визначення окремих соціальних та демографічних показників. *Психодіагностичні методи*: багатовимірна шкала соціальної підтримки (Г. Зімет); шкала самооцінки М. Розенберга; шкала задоволеності життям Е. Дінера; опитувальник «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенка, в адаптації С.Д.Максименка, Л. М. Карамушки, Т.В.Зайчикової); 6-шкальна методика «Шкали психологічного благополуччя» К.Ріфф; проективний тест М. Куна, Т.Макпартленда «Хто Я»; опитувальник гандикапу в дорослих з порушеннями слуху. *Статистичні методи*: описові: визначення середніх. *Перевірка нормальності*: критерій Шапіро-Уїлка. *Порівняльні*: U-критерій Манна-Уїтні, однофакторний дисперсійний аналіз, критерій Крускала-Уолліса. *Кореляційний аналіз*: для дослідження зв'язків між змінними. *Факторний аналіз*: Oblimin-ротація. *Множинний регресійний аналіз*. *Обробка даних* здійснювалася в Jamovi 2.4.14 та Microsoft Excel.

Наукова новизна роботи полягає в тому, що вперше: *сформульовано* визначення суб'єктивного благополуччя для осіб із порушеннями слуху у вузькому та широкому розумінні. *Запропоновано* теоретичну модель психологічних чинників суб'єктивного благополуччя в осіб з порушеннями слуху. *Застосовано* опитувальник Hearing Handicap Inventory for Adults (ННІА) авторства С. W. Newman, В. E. Weinstein, G. P. Jacobson & G. A. Hug на українській вибірці для визначення рівня соціального та емоційного гандикапу в осіб з порушеннями слуху (надійність визначено за допомогою критеріїв α Кронбаха та ω МакДональда). *Визначено* факторну структуру суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху, що включає такі латентні фактори: «Психологічне благополуччя», «Соціальна підтримка», «Гандикап», «Психологічний дистрес» та «Агресивність». *Визначено* вираженість суб'єктивного благополуччя в осіб із порушеннями слуху: низька,

помірна і висока. *Емпірично підтверджено*, що ключовими особистісними психологічними чинниками суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху є «самоприйняття», «самооцінка». А провідним соціально-психологічним чинником є «соціальна підтримка». *Створено* психоедукаційний лист психологічної підтримки військових із порушеннями слуху.

Дисертація містить 3 розділи. У **першому розділі** проведено аналіз наукових джерел, присвячених поняттям «суб'єктивне благополуччя», «якість життя», «задоволеність життям» та їх взаємозв'язку. Окреслено основні психологічні чинники, що визначають суб'єктивне благополуччя в осіб з порушеннями слуху, запропоновано авторське визначення суб'єктивного благополуччя в осіб із порушеннями слуху та побудована теоретична модель дослідження психологічних чинників суб'єктивного благополуччя цих осіб.

У **другому розділі** дисертаційного дослідження здійснено обґрунтування вибору психодіагностичного інструментарію для проведення емпіричного дослідження психологічних чинників суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху та надано характеристику вибірки досліджуваних. У дослідженні взяли участь 270 осіб із порушеннями слуху, з яких 51- цивільні, а 219 – військові.

Третій розділ дисертації містить результати статистичного аналізу даних емпіричного дослідження, проведеного у 2023-2024 роках. Основні результати дослідження наступні: військовослужбовці з порушеннями слуху виявляють вищі рівні тривожності та ригідності порівняно з цивільними. За результатами шкали задоволеності життям Е. Дінера, жінки з порушеннями слуху виявили вищий рівень задоволеності життям, ніж чоловіки. За культурною ідентичністю найвищі показники задоволеності життям спостерігалися серед опитаних із глухою ідентичністю. Найвищий рівень самооцінки мають опитані юнацького віку, досліджувані з ранньою втратою слуху та цивільні опитані. Учасники дослідження юнацького віку

демонструють найвищі результати за шкалами автономії, особистісного зростання, позитивних стосунків та самоприйняття. Емоційний та соціальний гандикап є більш вираженими у цивільних опитаних. Найкраща соціальна підтримка, сімейна підтримка та підтримка друзів виявлені в опитаних середнього дорослого віку та осіб з пізньою втратою слуху. Рівень соціальної підтримки та підтримки друзів є найвищим в опитаних з глухою ідентичністю.

Проективний тест «Хто Я» М. Куна та Т. МакПартленда виявив різні типи ідентичностей та самоствавлення в опитаних з порушеннями слуху.

У результаті факторного аналізу було виділено п'ять факторів: «Психологічне благополуччя», «Соціальна підтримка», «Гандикап», «Психологічний дистрес», «Агресивність». За результатами кластерного аналізу досліджувані з порушеннями слуху були розподілені на три групи: з низьким, помірним і високим рівнем вираженості суб'єктивного благополуччя.

Множинний регресійний аналіз показав, що значущими особистісними психологічними чинниками є «самоприйняття», «самооцінка», а єдиним статистично значущим соціально-психологічним чинником є «соціальна підтримка».

Надано також рекомендації для психологів щодо психологічної підтримки військовослужбовцям та особам з пізньою втратою слуху та представлено авторський психоедукаційний лист підтримки для військовослужбовців з порушеннями слуху.

Практична значущість отриманих результатів:

Отримані результати можуть бути використані для розробки ефективних програм психологічної реабілітації військовослужбовців з порушеннями слуху. Дані дослідження можуть стати основою для розробки державних програм, спрямованих на підвищення якості життя та створення інклюзивного простору для осіб із порушеннями слуху. Рекомендації щодо застосування психотехнік стануть в нагоді психологам, що працюють з клієнтами з

набутими порушеннями слуху. Авторський психоедукаційний лист для військовослужбовців із порушеннями слуху сприятиме наданню психологічної підтримки цій категорії осіб. Теоретичні та практичні розробки даного дисертаційного дослідження можуть стати корисними для створення спеціального курсу у закладах вищої освіти психологічного спрямування.

Ключові слова: *суб'єктивне благополуччя, психологічне благополуччя, чинники благополуччя, задоволеність життям, самооцінка, самоприйняття, автономія, ідентичність, порушення слуху, ментальне здоров'я, інвалідність, бойова травма, військовослужбовці, психологічна реабілітація.*

ABSTRACT

Mykoliuk D.O. Psychological Factors of Subjective Well-Being in Individuals with Hearing Impairments. – Qualification scientific work as a manuscript.

Dissertation for obtaining the degree of Doctor of Philosophy in the specialty 053 Psychology (05 Social and Behavioral Sciences). – Taras Shevchenko National University of Kyiv, Kyiv, 2025.

The relevance of the study is determined by the insufficient number of empirical works that comprehensively examine the influence of both positive (social support, self-acceptance, family support, etc.) and negative factors (emotional handicap, audism) on the subjective well-being of individuals with hearing impairments in Ukraine. Military personnel with such impairments experience a dual burden: sensory maladaptation and stress in extreme conditions. To maintain their well-being, resources that facilitate adaptation even in challenging situations are necessary. The study's results are important for improving the provision of psychological assistance to this category of individuals.

The aim of the study is to theoretically and empirically determine the psychological factors of subjective well-being in individuals with hearing impairments. **Research Object:** Subjective well-being. **Research Subject:**

Psychological factors of subjective well-being in individuals with hearing impairments.

To achieve the aim, the following research **tasks** were set:

1. To conduct a theoretical and methodological analysis of the issue of subjective well-being, particularly in individuals with hearing impairments, and to develop a theoretical model of the psychological factors of subjective well-being in individuals with hearing impairments based on the findings.
2. Empirically determine the subjective well-being of individuals with hearing impairments.
3. Empirically identify the psychological factors of subjective well-being in individuals with hearing impairments.
4. Develop recommendations for providing psychological support to military personnel and individuals with late-onset hearing loss.

To achieve the research objective, the following methods were applied: theoretical methods such as analysis, synthesis, induction, deduction, classification, comparison, generalization, and theoretical modeling; questionnaire for determining individual social and demographic indicators; psychodiagnostic methods including The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (G. Zimet), Rosenberg Self-Esteem Scale (M. Rosenberg), Satisfaction with Life Scale (E. Diener), Self-Evaluation of Mental States Questionnaire (G. Eysenck, adapted by S.D.Maksymenko, L.M. Karamushka, T.V.Zaitskova), Psychological Well-Being Scale (K. Ryff), Projective test «Who Am I» (M.Kuhn, T. McPartland), and Hearing Handicap Inventory for Adults (HHIA) (Newman, Weinstein, Jacobson & Hug). Statistical methods included descriptive methods for calculating means, normality check using the Shapiro-Wilk test, comparative methods such as the Mann-Whitney U-test, one-way ANOVA, and Kruskal-Wallis test, correlation analysis to investigate relationships between variables, factor analysis with Oblimin rotation, and multiple regression analysis. Data processing was carried out using Jamovi 2.4.14 and Microsoft Excel.

The scientific novelty of the work lies in the fact that, for the first time: a definition of subjective well-being for individuals with hearing impairments has been formulated in both narrow and broad senses. A theoretical model of psychological factors affecting subjective well-being in individuals with hearing impairments has been proposed. The Hearing Handicap Inventory for Adults (HHIA) by C. W. Newman, B. E. Weinstein, G.P.Jacobson & G. A. Hug has been applied to a Ukrainian sample to determine the level of social and emotional handicap in individuals with hearing impairments (reliability was determined using the Cronbach's α and McDonald's ω coefficients). The factor structure of subjective well-being in individuals with hearing impairments has been determined, which includes the following latent factors: «Psychological well-being», «Social support», «Handicap», «Psychological distress», and «Aggression». The levels of subjective well-being in individuals with hearing impairments have been identified as low, moderate, and high. It has been empirically confirmed that the key personal psychological factors of subjective well-being in individuals with hearing impairments are «self-acceptance» and «self-esteem». The leading social-psychological factor is «social support». A psychoeducational leaflet for psychological support of military personnel with hearing impairments has been created.

The dissertation consists of 3 chapters. **The first chapter** presents an analysis of scientific sources dedicated to the concepts of «subjective well-being», «quality of life», «life satisfaction», and their interconnections. The main psychological factors determining subjective well-being in individuals with hearing impairments are outlined, an author's definition of subjective well-being in individuals with hearing impairments is proposed, and a theoretical model for studying the psychological factors of subjective well-being in these individuals is constructed.

The second chapter of the dissertation presents the results of the statistical analysis of the data from the empirical study conducted in 2023-2024. The study

involved 270 individuals with hearing impairments, of whom 51 were civilians and 219 were military personnel.

The third chapter of the dissertation contains the results of the statistical analysis of the data from the empirical research conducted in 2023-2024. The main findings of the research are as follows: military personnel with hearing impairments demonstrate higher levels of anxiety and rigidity compared to civilians. According to the Life Satisfaction Scale by E. Diener, women with hearing impairments showed a higher level of life satisfaction than men. In terms of cultural identity, the highest levels of life satisfaction were observed among those with a Deaf identity. The highest self-esteem was reported by respondents of adolescent age, individuals with early hearing loss, and civilian respondents. Participants of adolescent age demonstrated the highest results on the autonomy, personal growth, positive relationships, and self-acceptance scales. Emotional and social handicaps were more pronounced in civilian respondents. The best social support, family support, and support from friends were found among middle-aged respondents and those with late-onset hearing loss. The highest levels of social support and support from friends were found among respondents with a Deaf identity.

The projective test "Who Am I" by M. Kuhn and T. McPartland revealed different types of identities and self-attitudes among respondents with hearing impairments.

As a result of factor analysis, five factors were identified: «Psychological well-being», «Social support», «Handicap», «Psychological distress», and «Aggression». Based on the results of cluster analysis, individuals with hearing impairments were categorized into three groups: those with low, moderate, and high levels of subjective well-being.

Multiple regression analysis showed that the significant personal psychological factors are «self-acceptance» and «self-esteem», while the only statistically significant social-psychological factor is «social support».

Recommendations for psychologists regarding psychological support for military personnel and individuals with late-onset hearing loss were also provided, along with an authorial psychoeducational support letter for military personnel with hearing impairments.

Practical significance of the obtained results:

The results can be used for the development of effective psychological rehabilitation programs for military personnel with hearing impairments. The data from the study may serve as a foundation for the creation of state programs aimed at improving the quality of life and creating an inclusive environment for individuals with hearing impairments. Recommendations for the application of psychotechnical techniques will be useful for psychologists working with clients who have acquired hearing impairments. The author's psychoeducational leaflet for military personnel with hearing impairments will contribute to providing psychological support to this category of individuals. Theoretical and practical developments of this dissertation can be useful for creating a special course in higher education institutions specializing in psychology.

Keywords: *subjective well-being, psychological well-being, factors of well-being, life satisfaction, self-esteem, self-acceptance, autonomy, identity, hearing impairment, mental health, disability, combat trauma, military personnel, psychological rehabilitation.*

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Статті у наукових фахових виданнях України категорії Б:

1. Миколюк, Д.О., & Мілютіна, К.Л. (2021). Перспективи дослідження суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху. *Габітус*, 31, 123-128. DOI: <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2021.31.22>
2. Миколюк, Д.О. (2023). Світовий та український досвід психологічної допомоги дорослим особам з порушеннями слуху: порівняльний аналіз. *Інклюзія і суспільство*, 1, 67-75. DOI: <https://doi.org/10.32782/2787-5137-2023-1-8>
3. Миколюк, Д.О. (2024). Ставлення викладачів ЗВО до студентів з порушеннями слуху як чинник їх психологічного благополуччя. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія*, 3, 35 (74), 58-66. DOI: <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2024.3/09>
4. Миколюк, Д.О. (2024). Батьківське ставлення до підлітків і молоді з порушеннями слуху як чинник суб'єктивного благополуччя їхніх дітей. *Габітус*, 61, 196-203. DOI: <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.61.36>
5. Миколюк, Д.О., & Мілютіна, К.Л. (2024). Вплив ставлення студентів ЗВО до однокурсників з порушеннями слуху. *Габітус*, 62, 101-106. DOI: <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.62.17>
6. Миколюк, Д.О. (2024). Суб'єктивне благополуччя осіб з порушеннями слуху: аналіз емпіричних даних. *Габітус*, 65, 177-183. DOI: <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.65.31>
7. Миколюк, Д.О. (2024). Чинники суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху: емпіричне дослідження. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія*, 5, 35 (74), 119-127. DOI: <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2024.5/19>

Статті у наукових періодичних виданнях інших держав:

8. Mykoliuk, D., & Miliutina, K. (2022). Theoretical excursion to research on the problem of subjective well-being of persons with hearing impairments. *Socialization & Human Development: International Scientific Journal*, 4(1), 60-75. DOI: <https://doi.org/10.37096/SHDISJ-22-1.1-0005>
9. Миколюк Д. (2022). Особливості застосування опитувальників в осіб з порушеннями слуху. У А.Кyselov, О. Kovalevska (Ред.), *Methodological bases of studying the processes of general mental laws in human interaction with the environment: collective monograph*.(pp.173-181). International Science Group. Primedia eLaunch. DOI:10.46299/ISG.2022.MONO.PSYCHOL.1

Статті у колективній монографії:

- 10.Миколюк, Д. О. (2022). Толерантність як умова реальної соціальної інклюзії. У О. І. Власова (Ред.), *Чинники розвитку толерантності особистості на різних етапах соціалізації* (с. 67-75). Яроченко Я.В.

Тези наукових доповідей:

- 11.Миколюк, Д. О. (2022). Проблеми соціалізації осіб з порушеннями слуху. У Об'єднані наукою: перспективи міждисциплінарних досліджень: *Матеріали ІХ Всеукраїнської науково-практичної конференції студентів, аспірантів та молодих вчених* (с. 136-138). Київський національний університет імені Тараса Шевченка.
- 12.Миколюк, Д. О. (2022). Можливість застосування основ позитивної психології в осіб з порушеннями слуху. У В. Л. Зливков, С. О. Лукомська, & О. В. Котух (Ред.), *Психологія особистісної та соціальної ідентичності: вітчизняний та зарубіжний досвід: матеріали Міжнародно-науково-практичної конференції* (с. 46-48). Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України

13. Миколюк, Д. О. (2023). Ранній медико-педагогічний супровід та психологічна підтримка батьків дітей з порушеннями слуху (від 0 до 3 років). У Ю. Д. Бойчук (Ред.), *Збірник наукових праць за матеріалами Всеукраїнської науково-практичної конференції «Формування життєвої компетентності осіб з особливими освітніми потребами в системі позашкільної, спеціальної та інклюзивної освіти»* (с. 155-158). ХНПУ ім. Г.С. Сковороди.
14. Миколюк, Д. О. (2023). Культурна ідентичність як соціальний чинник благополуччя осіб з порушеннями слуху. У І. Р. Крупник, І. С. Попович, Н. І. Тавровецька, & О. М. Танасійчук (Ред.), *Соціально-психологічні технології розвитку особистості: Збірник наукових праць за матеріалами VIII Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих вчених, аспірантів та студентів «Соціально-психологічні технології розвитку особистості»* (с. 73–77). ХДУ
15. Миколюк, Д. О. (2023). Особливості нейрореабілітації осіб з порушеннями слуху. У І. В. Данилюк та ін. (Ред.), *Мозок, Культура, Особистість: матеріали I Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю* (с. 67–70). КНУ імені Тараса Шевченка.
16. Миколюк, Д. О. (2024). Психоедукація військовослужбовців для запобігання акустичної травми. У І. В. Данилюк & С. Ю. Пашенко (Ред.), *Проблеми особистості в сучасній науці: результати та перспективи дослідження: Матеріали XXVI Міжнародної конференції молодих науковців* (с. 134–136). Видавництво Ліра-К. URL: https://psy.knu.ua/index.php?preview=1&option=com_dropfiles&format=&task=frontfile.download&catid=1038&id=3275&Itemid=100000000000

ЗМІСТ

ВСТУП.....	16
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ СУБ'ЄКТИВНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ В ОСІБ З ПОРУШЕННЯМИ СЛУХУ	
1.1. Суб'єктивне благополуччя: теоретичні підходи, зміст, чинники.....	23
1.2. Дослідження суб'єктивного благополуччя в осіб з порушеннями слуху.....	55
1.2.1. Культурна ідентичність осіб з порушеннями слуху як один із чинників благополуччя.....	72
1.2.2. Гандикап як один із антагоністів задоволеності життям в осіб з порушеннями слуху.....	82
1.3. Дослідження благополуччя військовослужбовців з порушеннями слуху.....	94
1.4. Теоретична модель психологічних чинників суб'єктивного благополуччя в осіб з порушеннями слуху.....	100
Висновки до розділу 1.....	108
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ СУБ'ЄКТИВНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ ОСІБ З ПОРУШЕННЯМИ СЛУХУ	
2.1. Обґрунтування вибору психодіагностичного інструментарію та процедура дослідження.....	111
2.2. Характеристика вибірки досліджуваних.....	116
Висновки до розділу 2.....	118
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ СУБ'ЄКТИВНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ ОСІБ З ПОРУШЕННЯМИ СЛУХУ	

3.1. Психологічний аналіз емпіричних показників суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху (описові статистики) та дослідження типів ідентичностей за результатами проєктивного тесту	120
3.2. Аналіз кореляційних зв'язків суб'єктивного благополуччя.....	157
3.3. Факторний аналіз суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху.....	174
3.4. Вираженість суб'єктивного благополуччя в осіб з порушеннями слуху (кластерний аналіз).....	178
3.5. Виокремлення психологічних чинників суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху (множинний регресійний аналіз).....	184
3.6. Рекомендації щодо надання психологічної підтримки військовим та особам з пізньою втратою слуху.....	188
Висновки до розділу 3.....	192
ВИСНОВКИ	199
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	204
ДОДАТКИ	227

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дослідження. Порухення слуху може суттєво обмежувати суб'єктивне благополуччя та якість життя осіб з порушеннями слуху. Російсько-українська війна, яка триває понад 10 років, спричинила значне збільшення військовослужбовців та цивільних з порушеннями слуху. Ці порушення слуху виникають, переважно, через акустичну травму та акубаротравму. Досліджень, присвячених вивченню психологічних чинників суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху, недостатньо. Залишається недостатньо вивченим суб'єктивне благополуччя осіб з порушеннями слуху: як цивільних, так і військових. Виникає також необхідність дослідження психологічних чинників суб'єктивного благополуччя цивільних й військовослужбовців з порушеннями слуху, які сприяли би підвищенню самоприйняття та соціальної адаптації таких осіб в парадигмі їх позитивного функціонування, оптимізму, самодетермінації.

У зарубіжній та українській психологічній літературі досліджувалися проблеми благополуччя осіб з інвалідністю та осіб з порушеннями слуху, але залишаються невизначеними чинники суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху, що впливають на їх суб'єктивне благополуччя. Більшість науковців досліджують 2-3 чинники в осіб з порушеннями слуху, не висвітлюючи загальну картину чинників суб'єктивного благополуччя цієї категорії осіб та їх особливості (гандикап через порушення слуху, культурна ідентичність таких осіб).

Теоретико-методологічною основою даного дослідження є наступні концепції та положення сучасної психологічної науки: Е. Дінер (задоволеність життям як основа суб'єктивного благополуччя) (1985), К. Ріфф (шестифакторна модель психологічного благополуччя) (1989), М. Селігман (перехід від клінічної симптоматики до продуктивної та ресурсної психіки) (2002), І. Данилюк (взаємозв'язок суб'єктивного та психологічного

благополуччя) (2021), Л. Сердюк (2023) (салютогенетична парадигма), Н.Глікман (4 типи культурної ідентичності осіб з порушеннями слуху) (1993), Н. Каргіна (чинники як ресурси) (2018).

Мета дослідження – теоретично та емпірично визначити психологічні чинники суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху.

Об'єкт дослідження – суб'єктивне благополуччя.

Предмет дослідження – психологічні чинники суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретико-методологічний аналіз проблеми суб'єктивного благополуччя, зокрема в осіб з порушеннями слуху, на основі чого створити теоретичну модель психологічних чинників суб'єктивного благополуччя в осіб з порушеннями слуху.

2. Емпірично визначити суб'єктивне благополуччя в осіб з порушеннями слуху.

3. Виокремити емпірично психологічні чинники суб'єктивного благополуччя в осіб з порушеннями слуху.

4. Розробити рекомендації щодо надання психологічної підтримки військовослужбовцям та особам з пізньою втратою слуху.

Методи дослідження:

Теоретичні: аналіз, синтез, індукція, дедукція, класифікація, порівняння, систематизація, узагальнення й теоретичне моделювання. Дані методи використовувалися для аналізу психолого-медичної літератури з даної проблематики та побудови теоретичної моделі психологічних чинників суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху.

Анкетування: визначення соціальних й демографічних показників, з метою більш поглибленого вивчення рівня вираженості чинників суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху.

Психодіагностичні: багатовимірні шкали соціальної підтримки (Zimet et al., 1988); шкала визначення самооцінки М. Розенберга (1965) (в перекладі Інституту когнітивно-поведінкової терапії); шкала задоволеності життям E.Diener et al. (1985); опитувальник «Самооцінка психічних станів» (адаптований варіант Г. Айзенка) (в адаптації С. Д. Максименка, Л.М.Карамушки, Т. В. Зайчикової) (2023); 6-шкальна методика «Шкали психологічного благополуччя» К. Ріфф (1989); проєктивний тест «Хто Я» М.Куна, Т. Макпартленда (1954); опитувальник гандикапу в дорослих з порушеннями слуху (Hearing Handicap Inventory for Adults (ННІА) авторства С.W.Newman, В. Е. Weinstein, G. P. Jacobson & G. A. Hug (1991).

Статистичні: виявлення мір центральної тенденції (порівняння середніх показників); перевірено нормальність розподілу за допомогою критерію Шапіро-Уїлка; застосовано непараметричний U-критерій Манна Уїтні; однофакторний дисперсійний аналіз та непараметричний критерій Крускала-Уолліса (порівнювалися значущі відмінності у середніх значеннях 3 і більше груп); кореляційний аналіз (досліджуються взаємозв'язки між змінними); факторний аналіз за допомогою Oblimin-ротації (зведення великої кількості змінних до латентних факторів); множинний регресійний аналіз для прогнозування значення залежної змінної (задоволеність життям) на основі значень незалежних змінних, а також для визначення психологічних чинників суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху. Статистична обробка даних проводилася за допомогою програми Jamovi версії 2.4.14. та Microsoft Excel.

Наукова новизна дослідження полягає в тому, що вперше:

- сформульовано визначення суб'єктивного благополуччя для осіб із порушеннями слуху у вузькому та широкому розумінні.
- запропоновано теоретичну модель психологічних чинників суб'єктивного благополуччя в осіб з порушеннями слуху.

- застосовано опитувальник Hearing Handicap Inventory for Adults (ННІА) авторства С. W. Newman, В. E. Weinstein, G. P. Jacobson & G.A. Hug на українській вибірці для визначення рівня соціального та емоційного гандикапу в осіб з порушеннями слуху (надійність визначено за допомогою критеріїв α Кронбаха та ω МакДональда).
- визначено факторну структуру суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху, що включає такі латентні фактори: «Психологічне благополуччя», «Соціальна підтримка», «Гандикап», «Психологічний дистрес» та «Агресивність».
- визначено вираженість суб'єктивного благополуччя в осіб із порушеннями слуху: низький, помірний і високий.
- емпірично підтверджено, що ключовими особистісними психологічними чинниками суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху є «самоприйняття», «самооцінка». А провідним соціально-психологічним чинником є «соціальна підтримка».

Розширено та доповнено:

- частково підтверджено емпіричним шляхом авторську теоретичну модель психологічних чинників суб'єктивного благополуччя в осіб з порушеннями слуху.
- з'ясовано, що культурна ідентичність осіб з порушеннями слуху та тип сімейної соціалізації (глухі, чуючі, один із батьків з порушеннями слуху) мають суттєвий вплив на подальший життєвий шлях підлітків і молоді з порушеннями слуху та на їх суб'єктивне благополуччя;
- визначено типи ідентичностей у військовослужбовців та цивільних з порушеннями слуху;
- з'ясовано вплив акустичної травми, акубаротравми у військовослужбовців як основних причин набутої втрати слуху.

Теоретичне значення отриманих результатів полягає в тому, що визначено суб'єктивне благополуччя осіб з порушеннями слуху як складний

конструкт, що охоплює емоційні (позитивні та негативні переживання) та когнітивні (задоволеність життям) аспекти, зокрема включає задоволеність власним життям, емоційний стан, адаптацію та самооцінку; *здійснено* аналіз особистісних та соціально-психологічних чинників суб'єктивного благополуччя в осіб з порушеннями слуху; *побудовано* теоретичну модель дослідження психологічних чинників суб'єктивного благополуччя в осіб з порушеннями слуху; *виокремлено* найоптимальнішу класифікацію порушення слуху для емпіричного дослідження; *з'ясовано* основні причини виникнення порушення слуху: вроджені та неспадкові; *досліджено* культурну ідентичність в цивільних опитаних з порушеннями слуху як один з чинників їх суб'єктивного благополуччя; *уточнено* роль гандикапу, який може виникати в осіб з порушеннями слуху і бути антагоністом задоволеності життям.

Практичне значення отриманих результатів: отримані результати мають вагомим практичне значення для підвищення рівня суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху. Отримані дані можуть слугувати для розробки більш ефективних програм психологічної реабілітації військовослужбовців з порушеннями слуху та психологічної підтримки осіб з набутою втратою слуху. Результати дослідження можуть слугувати основою для впровадження державних програм, спрямованих на поліпшення якості життя осіб з порушеннями слуху та забезпечення інклюзивного простору. Теоретичні та практичні результати дослідження можуть застосовуватися у процесі викладання у межах навчальних дисциплін закладів вищої освіти психологічного спрямування, зокрема, при викладанні курсів «Спеціальна психологія», «Соціальна психологія», «Психологія здоров'я», «Клінічна психологія», «Психологія сім'ї» та ін.

Основні положення дисертаційного дослідження мають практичне застосування в таких закладах й організаціях: КНУ імені Т. Шевченка, факультет психології (довідка № 016/228 від 27.12.2024 р.); Національний університет оборони України (довідка № 182/5153 від 27.12.2024 р.); Інститут

психології імені Г. С. Костюка (довідка № 459-01-12 від 31.12.2024 р.); Військовий інститут КНУ імені Т. Шевченка (акт про впровадження); Київський обласний центр ментального здоров'я (довідка № 11 від 08.01.2025).

Особистий внесок здобувача. Дисертація виконана здобувачем самостійно. Особистий внесок здобувача освіти полягає в обґрунтуванні теоретико-методологічної основи дослідження та аналізу емпіричних даних й формулювання висновків у межах дослідження. Розробки та ідеї, які належать співавтору, у дисертаційному дослідженні не використовуються. Відкорегування певних недоліків у роботі здійснювалося разом із науковим керівником.

Апробація матеріалів дисертації. Основні теоретичні та емпіричні положення результатів дисертаційного дослідження доповідались та обговорювались в таких наукових конференціях: Всеукраїнська науково-практична конференція студентів, аспірантів та молодих вчених «Об'єднані наукою: Перспективи міждисциплінарних досліджень» (Київ, 2022); Міжнародно-науково-практична конференція «Психологія особистісної та соціальної ідентичності: вітчизняний та зарубіжний досвід» (Київ, 2022); Всеукраїнська науково-практична конференція «Формування життєвої компетентності осіб з особливими освітніми потребами в системі позашкільної, спеціальної та інклюзивної освіти» (Харків, 2023); VIII Всеукраїнська науково-практична конференція молодих вчених, аспірантів та студентів «Соціально-психологічні технології розвитку особистості» (Херсон–Івано-Франківськ, 2023); I Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю «Мозок, культура, особистість» (Київ, 2023); XXVI Міжнародна конференція молодих науковців «Проблеми особистості в сучасній науці: результати та перспективи дослідження» (Київ - 2024).

Наукові публікації. Результати дисертаційного дослідження представлені в 16 публікаціях: 1 стаття в міжнародній колективній монографії; 1 стаття в колективній монографії; 7 статей у фахових наукових виданнях категорії Б (дві з них - в співавторстві); 1 стаття (у співавторстві), індексована в міжнародній наукометричній базі (Index Copernicus) та 6 опублікованих тез.

Структура та обсяг дисертації. Дисертаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів та загального висновку, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг роботи становить 283 сторінок. Основний зміст дисертації викладений на 187 сторінках. Дисертація містить 74 таблиці, 7 рисунків. Список використаних джерел містить 266 найменувань, з них 147 - іноземною мовою.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ СУБ'ЄКТИВНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ В ОСІБ З ПОРУШЕННЯМИ СЛУХУ

1.1. Суб'єктивне благополуччя: теоретичні підходи, зміст, чинники

Вивчення суб'єктивного благополуччя в осіб з порушеннями слуху є важливим напрямом сучасної психології та соціальної роботи, оскільки це актуально з погляду розширення нашого розуміння психологічних аспектів їхнього життя, чинників, що впливають на рівень благополуччя таких осіб та функціонування їх як повноцінної частини соціуму.

Крім того, дослідження суб'єктивного благополуччя в цій групі, на нашу думку, може розкрити унікальні стратегії адаптації та ресурси, які допомагають їм впоратися з труднощами та досягати життєвих цілей, що, в свою чергу, сприятиме відкриттю нових можливостей для розробки сучасних інноваційних програм та послуг, спрямованих на підтримку психосоціального розвитку осіб із втратою слуху незалежно від ступеня його втрати.

Психологічний зміст суб'єктивного благополуччя особистості є багатограним й активно досліджуваним феноменом у сучасній психологічній науці. Незважаючи на те, що дослідження проходять вже не одне десятиліття, але єдиного загальноприйнятого визначення так і не розроблено, як не існує й повного переліку чинників, що впливають на благополуччя особистості. У сучасній психологічній науці благополуччя продовжує досліджуватися у двох основних напрямках: як теоретична проблема та практична складова, коли йде опрацювання емпіричного матеріалу, де дослідники, у межах свого дослідження, формулюють власне визначення феномену і виділяють перелік

чинників, перевірених емпіричним шляхом (Миколук & Мілютіна, 2022, с. 63).

Благополуччя має різні синонімічні терміни, зокрема «щастя», «задоволеність життям», «якість життя» та ін. (Меленчук & Зозуля, 2023; Хоменко, 2023, с. 121-122; Семків, 2012, с. 235; Шишко, 2020, с. 23; Педоренко, 2023; с. 81; Помиткін, & Помиткіна, 2024, с. 117; Шевчук, 2024, с. 71) що, у свою чергу, призводить до концептуально-термінологічної плутанини.

На думку сучасних українських дослідників І. М. Омельченко, В.В.Кобильченко, класична психологія зосереджується головним чином на аспектах життя людини та її міжособистісних відносинах, які вважаються проблемними. Вона фокусується на людських слабкостях і здебільшого акцентує увагу на тому, чого бракує людині (Омельченко, & Кобильченко, 2020, с. 11). Вчені позитивної психології, зокрема М. Селігман, наголошують на тому, що на сучасному етапі відбувається відхід від клінічної проблематики порушень психіки до продуктивної, ресурсної психіки, що базується на сильних сторонах особистості (Seligman, 2002, с. 9-12). На думку Л. З. Сердюк, сучасні дослідження благополуччя ґрунтуються на підходах постнекласичної психології (Сердюк, Данилюк, Турбан, Пенькова & Володарська, 2021, с. 5; Сердюк, 2023), оскільки вони спрямовані на розкриття ключових механізмів самодетермінації та позитивного функціонування. Такі дослідження спрямовані на пошук чинників психологічного благополуччя та ресурсів, які сприяють підтримці суб'єктивного благополуччя, незалежно від здоров'я людини.

Важливо те, як зазначає Л. З. Сердюк, що у сучасній психологічній науці відбувається зміна паталогічної парадигми розгляду психіки до салютогенетичної парадигми. Таким чином, розвивається напрям позитивної психології, яка ставить мету активізації психологічних ресурсів, розвитку

психологічного благополуччя особистості (Сердюк & Отенко, 2021; Сердюк, 2023, с. 126).

Отже, у наш час відбувається переорієнтація класичної психології в галузі спеціальної психології, яка раніше фокусувалася на дослідженні «дефекту», «інвалідності», «розладу», «неповноцінності» на гуманістичну парадигму, яка акцентує увагу на дослідженні механізмів благополучного життя особистості незалежно від нозологій. У даній парадигмі будується і наше дослідження, основною метою якого є фокусування на сильних сторонах глухої особистості, виділення тих чинників суб'єктивного благополуччя цих осіб, які сприятимуть розвитку їх благополуччя.

Світова практика дослідження у галузі благополуччя виділяє найбільш відомі підходи: гедоністичний та евдемоністичний. Гедоністичний підхід до психологічного благополуччя полягає в тому, що основна мета людини полягає в досягненні задоволення й уникненні болю. Цей підхід акцентує увагу на тому, що основними цілями життя є насолода, задоволення і щастя. Людина, яка дотримується гедоністичного підходу, намагається максимізувати позитивні емоції і мінімізувати від'ємні відчуття (Бредбурн, 1969, с. 9-10, 12-13). Евдемоністичний підхід базується на ідеї, що справжнє щастя і задоволення виникають від досягнення внутрішнього розвитку, самореалізації, виконання життєвого покликання та гармонії з собою і світом. Отже, евдемоністичний підхід покладає акцент на внутрішній розвиток і самореалізацію, а не лише на миттєве задоволення (Ryff & Singer, 2008 с. 13-17; Ryff, 2017). Українські дослідники суттєво доповнили цей перелік новими підходами до визначення благополуччя, які, на нашу думку, підкреслюють важливість та багатоаспектність конструкту благополуччя.

Л. В. Джаббарова (2019) систематизує підходи до дослідження психологічного благополуччя, виділяючи 5 основних підходів: функціональний, системний, середовищний, аксіологічний, психофізіологічний (с. 2). На її думку, в аксіологічному підході, психологічне

благополуччя особистості розглядається як стан щастя, виражений у відчутті повноти буття, яке виникає внаслідок самореалізації (с. 21, 32). Функціональний підхід виявляється у позитивному функціонуванні особистості через наявність спрямованостей, цілей, потреб й аспектів самореалізації (с. 21). Психофізіологічний підхід зосереджується на психофізіологічному збереженні функцій організму людини, основним концептом цього підходу є «здоров'я» на всіх рівнях функціонування організму (с. 35). У системному підході психологічне благополуччя особистості представляє собою комплексне, системне явище психологічного благополуччя (с. 21). Науковці середовищного підходу досліджують чинники різних сфер діяльності людини, які впливають на комфортність знаходження у будь-якому середовищі (Джаббарова, 2019, с. 41).

В.Ф. Боснюк вважає, що дослідження психології суб'єктивного благополуччя в межах гедоністичного підходу визначається як найбільш адекватний показник позитивного функціонування особистості (Боснюк, 2023, с. 5, 8).

А. В. Курова виділяє інші підходи до розуміння суб'єктивного благополуччя. Когнітивний підхід розкриває роль пам'яті, мислення при переживанні суб'єктивного благополуччя. Ціннісний підхід – взаємозв'язок між стимулами й результатом діяльності. Соціально-психологічний підхід досліджує психологічні й соціальні детермінанти, які впливають на суб'єктивне благополуччя. Також існують ще ситуативний й особистісний підходи (Курова, 2014, с. 176-177).

Н. Левенець, доповнюючи дослідження І. С. Горбаль, виділяє такі підходи до суб'єктивного благополуччя, а саме: базові (гедоністичний та евдемоністичний), інтегрований (описується через теорії самодетермінації Р.Райана, Е. Дісі, «поток» М. Чіксентміхаї); аксіологічний (оцінка ступеня задоволення потреб відбувається шляхом порівняння власного життя з ідеалами хорошого життя, які формуються у соціумі); суб'єктно-вчинковий

(уявлення про людину як цілісну інтегровану самодіяльну істоту, здатну до виконання високоморальних та відповідальних вчинків, а також вільного та творчого діяння, що виступає способом її автентичного існування). Екзистенційний підхід визнає, що суб'єктивне благополуччя не можна обмежити лише задоволенням базових потреб. Екзистенційна наповненість служить мірою якості життя в індивідуальному світогляді, пов'язаному з поняттям щастя в евдемоністичному контексті, відзначаючись відмінністю від гедоністичного розуміння щастя (Левенець, 2021, с. 16, 20).

При визначенні сутності суб'єктивного благополуччя, його складників та чинників різні дослідники мають різне бачення цього конструкту. Аналіз почнемо з моделі суб'єктивного благополуччя Е. Дінера, методика якого ми використовуємо при дослідженні цього показника.

Так, Е. Diener (1984) стверджує, що суб'єктивне благополуччя має позитивні показники, «глобальну оцінку всіх аспектів життя людини». При визначенні суб'єктивного благополуччя дослідник акцентує увагу на приємному емоційному відчутті. Це може вказувати на те, що людина переживає в основному приємні емоції протягом конкретного періоду життя або, що вона має схильність до таких емоцій, незалежно від того, чи переживає вона їх в даний момент, чи ні (Diener, 1984, с. 544, 543).

У більш пізніх роботах Е. Diener пише, що суб'єктивне благополуччя має такі характеристики: полідетермінованість конструкту; особистість відображає власну загальну оцінку якості життя, тобто оцінка індивідумом ступеня того, наскільки життя є добрим; контраст між когнітивною оцінкою суб'єктивного благополуччя, що виражається у задоволеності життям й афективними оцінками, що свідчать про емоційний досвід людини; високий рівень суб'єктивного благополуччя позитивно впливає на особистість, яка більш схильна описувати себе позитивними прикметниками, частіше утворює позитивні асоціації зі словами (Diener, Lucas & Oishi, 2018, с. 22, 1,4,7).

Е. Diener & С. N. Scollon наголошують на визначенні терміну щастя як синоніму суб'єктивному благополуччю. Це відноситься до того, як людина оцінює своє життя - свої думки та відчуття. Ці оцінки можуть стосуватися того, що відбувається прямо зараз (наприклад, «Мені подобається»), або передбачати довгострокові перспективи (Diener & Scollon, 2014, с. 175; Tov & Diener, 2013, с.1).

W. Tov, Е. Diener зазначають, що суб'єктивне благополуччя складається з позитивного афекту, задоволеності життям (когнітивних оцінок власного життя) і негативного афекту. Отже, тристороння модель суб'єктивного благополуччя включає три компоненти: когнітивне благополуччя, яке виражається через задоволеність життям, а також емоційне благополуччя, яке охоплює як позитивні, так і негативні емоції (Tov & Diener, 2013, с. 3). Науковці зауважують, що навіть якщо благополуччя є особистим та суб'єктивним поняттям, прояви цього суб'єктивного благополуччя можна об'єктивно виміряти через вербальну та невербальну поведінку, дії, біологічні показники, увагу та пам'ять (Diener & Ryan, 2009, с. 391).

Таким чином, оцінка суб'єктивного благополуччя полягає в загальному підсумку, який люди роблять щодо свого життя та власних емоційних переживань. Отже, це включає широкий спектр оцінок, таких як власне судження про задоволеність життям та станом здоров'я, а також конкретні емоції, що відображають реакцію людей на події та обставини, які вони переживають (Diener, Heintzelman, Kushlev, Tay, Wirtz, Lutes & Oishi, 2017, с. 87).

Німецькі дослідники М. Luhmann, J. Krasko, S. Terwiel розглядають суб'єктивне благополуччя як багатогранний конструкт, який має когнітивні та емоційні складові. Вчені вважають, що суб'єктивне благополуччя варто досліджувати у короткостроковій та довгостроковій перспективах (Luhmann, Krasko & Terwiel, 2021).

Суб'єктивне благополуччя є однією із найдосліджуваних тем в українській психологічній науці. Ми проаналізуємо ряд визначень суб'єктивного благополуччя, що представлені дослідниками за останні роки. На основі сучасних досліджень будемо формулювати визначення суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху.

На думку І. С. Горбаль, суб'єктивне благополуччя означає когнітивно-емоційну оцінку якості власного життя загалом і його окремих аспектів, зокрема. Ця оцінка формується на основі задоволеності потребами, зокрема тими, що мають соціальний контекст, а також на основі еталонних уявлень, сформованих у процесі соціалізації та об'єктивних чинників, таких як умови життя, задоволеність базовими потребами, стан здоров'я тощо (Горбаль, 2012, с. 22-23). І. С. Горбаль виокремлює два психологічні кореляти суб'єктивного благополуччя. Перший - пов'язаний з почуттям щастя особи, який визначається розвитком конкретних особистісних якостей. Другий корелят тісно пов'язаний з екзистенційним аспектом життя особи: наявність сенсу в житті, розуміння власних цілей та особистісної спрямованості (Горбаль, 2013, с. 161).

І. С. Горбаль вважає, що суб'єктивне благополуччя представляє собою постійну оцінку емоційних і когнітивних складових свого життя, яка є ключовою для особистісного зростання та реалізації потенціалу. На її думку, психологічне здоров'я є наступним етапом після переживання суб'єктивного благополуччя (Горбаль, 2012, с. 293). Дослідники (І. С. Горбаль, Т.І.Гордовська & Л. Я. Малімон) вважають, що психологічне благополуччя – це суб'єктивна позиція людини стосовно можливостей та міри втілення її потенціалу, в той час, як психологічне здоров'я є реальним, об'єктивним виявом суб'єктивного благополуччя. Суб'єктивне благополуччя виступає як «наслідок» психологічного здоров'я, є одним із його вимірів (Горбаль, 2012, с. 303; Гордовська & Малімон, с. 24).

На думку О. І. Бондарчук (2018), «суб'єктивне благополуччя може виступати індикатором успішного життєвого шляху особистості» (с.39).

В. Ф. Боснюк, В. О. Олефір вважають, що суб'єктивне благополуччя має два аспекти: результат, до якого людина прагне, та функціональний процес, який сприяє досягненню інших цілей (Боснюк & Олефір, 2021, с. 60).

А. В. Курова вважає, що суб'єктивне благополуччя особистості є складним соціально-психологічним явищем, яке включає три компоненти: емоційні, когнітивні, конативні та формується на основі соціально-психологічних установок, цінностей і поведінкових стратегій. На нього впливають внутрішні чинники, такі як ціннісні орієнтації, смислові уявлення, соціально-психологічні установки та стратегії поведінки, а також зовнішні детермінанти, до яких належать умови соціалізації (Курова, 2014, с. 175).

У своїй більш пізній роботі А. В. Курова так визначає суб'єктивне благополуччя: це термін, що відображає ставлення людини до власної особистості, життя і ключових процесів, що мають велике значення з точки зору прийнятих норм і уявлень про зовнішнє та внутрішнє середовище, і яке визначається відчуттям задоволеності (Курова, 2015, с. 38).

Є. С. Лазеба вважає, що суб'єктивне благополуччя є особистою оцінкою людиною свого життя в цілому, а також його окремих складових, які відображають рівень задоволеності її потребами та нормами, що сформувалися в процесі соціалізації, і враховує об'єктивні чинники (Лазеба, 2021, с. 161).

На думку О. А. Лукасевич, суб'єктивне благополуччя є складним і динамічним соціально-психологічним процесом, який ґрунтується на взаємодії когнітивних й емоційних аспектів, та проявляється у суб'єктивних емоційно-оцінювальних ставленнях, має мотиваційну силу і сприяє взаємодії зовнішніх і внутрішніх чинників. Когнітивні та емоційні аспекти формують структуру суб'єктивного благополуччя (Лукасевич, 2017, с. 109).

С. О. Мащак & Х. Б. Кучвара розуміють суб'єктивне благополуччя як психологічне явище, що виражає особистісне ставлення людини до самої себе, її задоволеність життям та процесами, які мають для неї важливе значення, у відповідності до прийнятих нормативних уявлень про зовнішнє та внутрішнє середовище (Мащак & Кучвара, 2023, с. 5). Психологічне благополуччя представляє собою цілісне суб'єктивне переживання щастя та задоволеності власним життям, тісно пов'язане із базовими потребами людини та оцінюється суспільством. Суб'єктивне переживання благополуччя стає лише однією з складових психологічного благополуччя (Мащак & Кучвара, 2023, с. 6).

Д. Отич, І. Чабан стверджують, що рівень задоволення людиною власним суб'єктивним благополуччям може залежати від зовнішніх (оточуючого середовища та соціальних умов) та внутрішніх (психологічних) чинників (Отич & Чабан, 2022, с. 32). Рівень суб'єктивного благополуччя особистості в значній мірі визначається її самооцінкою (с. 38).

На думку Л. Михайленко, К. Івашко, суб'єктивне благополуччя особистості - це динаміка оцінки якості власного життя з точки зору когнітивних та емоційних аспектів. Ця оцінка формується на підставі різних детермінантів, таких як умови життя та діяльності, стану здоров'я, індивідуально-типологічних особливостей сприйняття оточуючого середовища (Михайленко & Івашко, 2020, с. 172).

На думку О. Савченко, О. Калюк, суб'єктивне благополуччя є важливим показником успішності та необхідною умовою соціально-психологічної адаптації особистості до ситуацій невизначеності (Савченко & Калюк, 2022, с. 89).

І. М. Коробка визначає суб'єктивне благополуччя як емоційно-оцінне ставлення особи до власного життя, самої себе та взаємин з іншими, виявляється в загальному задоволенні життям та окремими його аспектами, і є базою для самореалізації (Коробка, 2022, с. 85).

На думку Т. Кирпенко (2021), суб'єктивне благополуччя відображає психологічне здоров'я особистості як оптимальний стан внутрішнього середовища, забезпечуючи відносний комфорт, в якому індивід може реалізовувати себе, досягати своїх цілей і вирішувати повсякденні завдання. Т.Кирпенко (2021) наголошує на тому, що суб'єктивне благополуччя має в основі докладання особистісних зусиль, що спрямовані на підтримку власного здоров'я, бажання саморозвитку, активну життєву позицію та інші аспекти (Швалб, Вернік, Вовчик-Блакитна, Кирпенко, Павленко & Рудоміно-Дусятська, 2021, с.145, 147, 154).

А. Харитинський зазначає, що суб'єктивне благополуччя особистості відображає глибокі аспекти задоволення від самореалізації в різних сферах життя. Такий підхід сприяє усвідомленому формуванню унікальної самоідентичності особистості (Харитинський, 2022, с. 155).

На думку О. М. Шамича (2019), суб'єктивне благополуччя особистості визначається як стійке та загальне переживання, що виражається у відчутті задоволеності собою та власним життям (с. 376). На думку дослідника, особа із обмеженими можливостями може відчувати себе більш щасливою, ніж особа з нормальним здоров'ям, якщо вона успішно реалізовує свій потенціал (Шамич, 2019, с. 377).

К. О. Круглов, О. О. Блискун (2020) стверджують, що у підлітково-юнацькому віці суб'єктивне благополуччя охоплює позитивне ставлення особистості до власного життя, навколишнього світу, міжособистісних відносин та власної особистості, що виступає важливим елементом успішної соціальної адаптації в системі «особистість-суспільство» (с. 103).

Оцінка суб'єктивного благополуччя не завжди співпадає з об'єктивним благополуччям особистості, яке оцінюється за соціальними критеріями. Суб'єктивне благополуччя базується на соціально-психологічних установках, цінностях та стратегіях поведінки, і його когнітивний компонент виникає при усвідомленій, узгодженій картині світу суб'єкта (Скрипаченко, 2016, с.126).

Проаналізувавши сучасну фахову літературу щодо суб'єктивного благополуччя та його визначення як феномену, можна зробити наступний висновок: дослідники дають визначення суб'єктивного благополуччя як у вузькому розумінні цього конструкту, так і в його широкому розумінні. Отже, у вузькому розумінні суб'єктивне благополуччя – це особиста оцінка особою свого власного життя. Формулюючи суб'єктивне благополуччя у широкому розумінні, вчені додають значущі, на їх думку, уточнюючі складники. У нашому дослідженні представлено авторське бачення визначення суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху, на якому буде базуватися подальше дослідження.

У вузькому розумінні суб'єктивне благополуччя осіб з порушеннями слуху – це складне поняття, яке охоплює задоволеність власним життям, емоційний стан, адаптацію та самооцінку цих осіб (Миколюк, 2024а). У широкому розумінні суб'єктивне благополуччя осіб з порушеннями слуху – це складний конструкт, що охоплює емоційні (позитивні та негативні переживання) та когнітивні (задоволеність життям) аспекти. Це поняття включає здатність адаптуватися до соціальних, фізичних та психологічних викликів, пов'язаних із порушеннями слуху, а також рівень сприйняття підтримки від сім'ї, друзів та суспільства. Важливу роль відіграють такі показники: як автономія, самооцінка, наявність мети в житті та якість міжособистісних стосунків. Суб'єктивне благополуччя осіб з порушеннями слуху також можна розглядати як відчуття гармонії між своїми особистими очікуваннями та реальністю життя, здатністю приймати себе та свої особливості, вміння знайти своє місце у соціумі та можливість повної реалізації свого потенціалу в ньому (Миколюк, 2024b).

У психологічній літературі не існує єдиної думки дослідників щодо структури суб'єктивного благополуччя, його складників та функцій.

Так, Т. Кирпенко (2021) визначає функціональну структуру суб'єктивного благополуччя, зокрема: 1) регулятивна функція (полягає в

управлінні внутрішнім самостваленням, самопочуттям та взаємодією з навколишнім світом, сприяє поліпшенню адаптаційних можливостей особистості в суспільстві і в сприйнятті самої себе та свого життя); 2) функція управління когнітивними процесами (приспосовання й інтеграція особистості в соціумі); 3) функція розвитку (забезпечення саморозвитку); 4) поведінкова функція (вибір поведінкових стратегій) (Швалб, Вернік, Вовчик-Блакитна, Кирпенко, Павленко & Рудоміно-Дусятська, 2021, с. 143-144).

О. Павленко (2021) створила теоретичну модель еколого-психологічної детермінації суб'єктивного благополуччя особистості. На першому рівні, на думку дослідниці, знаходяться ціннісні і світоглядно-сміслові виміри образу світу. На другому - ставлення особистості до соціального, інформаційного та природного середовищ життя. Третій рівень містить установки для регуляції щоденної життєдіяльності (підтримка, комфорт та достаток) (Швалб, Вернік, Вовчик-Блакитна, Кирпенко, Павленко, & Рудоміно-Дусятська, 2021, с. 164).

К. V. Das, С. Jones-Harrell, Y. Fan, A. Ramaswami, B. Orlove & N. Botchwey поділили теорії суб'єктивного благополуччя на групи: теорії особистісної орієнтації, оцінювальні теорії, емоційні теорії, теорії задоволення та залученості. Дослідники також з'ясували, що детермінанти/кореляти суб'єктивного благополуччя можна згрупувати в сім категорій: основні демографічні показники, соціально-економічний статус, здоров'я та функціонування, особистість, соціальна підтримка, релігія та культура, а також географія та інфраструктура (Das, Jones-Harrell, Fan, Ramaswami, Orlove & Botchwey, 2020, с. 1, 2).

Суб'єктивне благополуччя легше передбачити за глибиною й широтою соціальних зв'язків, вивчивши кореляти суб'єктивного благополуччя (Helliwell & Putnam, 2004, с. 1437).

F. Martela & K. M. Sheldon стверджують, що суб'єктивне благополуччя, як категорія, включає почуття та позитивну й негативну оцінки життя. Суб'єктивне благополуччя відповідає на питання про те, як почувасться

суб'єкт, а не на питання, чому суб'єкт так себе почуває (Martela & Sheldon, 2019, с. 464).

Суб'єктивне благополуччя можна визначити самостійно через свої відчуття без допомоги інших (Veenhoven, 2008, с. 49).

О. О. Абрамюк, А. С. Липецька (2018) вважають, що концептуальною структурою суб'єктивного благополуччя є три компоненти: когнітивний, емоційний, та «евдемоністичний». Під когнітивним дослідниці розуміють оцінку особою свого життя. Емоційний розглядає інтенсивність позитивних переживань загалом та оцінку індивідом свого емоційного стану. До «евдемоністичного» належать, такі як автономія, управління навколишнім середовищем, особистісне зростання, позитивні стосунки з оточуючими, наявність життєвих цілей і самоприйняття (Абрамюк & Липецька, 2018, с.15).

М. Селігман вважав, що рівень суб'єктивного благополуччя залежить від ряду чинників, таких як: емоційної стійкості, любові до себе, позитивних емоцій, ентузіазму, переживання позитивних думок і позитивного ставлення до навколишнього світу, власного минулого, сьогодення та майбутнього (Seligman, 2006; Ларсен, Дінер & Еммонс, 1985). Ми припускаємо, що саме цих компонентів суб'єктивного благополуччя може не вистачати частині осіб із порушеннями слуху. С. Любомирські вважає, що щаслива людина більш соціальна, має кращі навички вирішення конфліктних ситуацій (Любомирські, 2005). Проведене нами пілотажне дослідження щодо визначення копінг-стратегій, які застосовують особи з порушеннями слуху, показало застосування більшістю досліджуваних дезадаптивних копінг-стратегій, серед яких переважає застосування стратегії втечі-уникання у вирішенні внутрішньоособистісних конфліктів (Миколюк & Мілютіна, 2021).

Суб'єктивне благополуччя, на думку А. В. Курової, містить три основні складові: когнітивну; емоційну та мотиваційно-поведінкову (Курова, 2014, с. 177).

С. О. Мащак, Х. Б. Кучвара виділяють такі складники суб'єктивного благополуччя: афективний, метапотребовий, світоглядний, інтрарефлексивний, інтеррефлексивний компоненти (Мащак & Кучвара, 2023, с. 6).

Теоретичним підґрунтям нашого дослідження осіб з порушеннями слуху є, насамперед, тристороння модель суб'єктивного благополуччя Е. Дінера (Тов, Diener, 2013) та дослідження інтрарефлексивного та інтеррефлексивного складників суб'єктивного благополуччя (Мащак, Кучвара, 2023, с. 6).

Для нашого дослідження дуже важливим є розмежування понять, які використовуються при дослідженні благополуччя, та їх сучасне трактування. Серед них є такі: «суб'єктивне благополуччя», «психологічне благополуччя» «якість життя». Найбільш повну сучасну характеристику цих термінів дає Н.В.Каргіна.

«Суб'єктивне благополуччя» і «психологічне благополуччя», на думку Н.В.Каргіної, розкриваються через позитивні аспекти особистісного функціонування. Суб'єктивне благополуччя об'єднує емоції та судження, які формують загальне уявлення людини про своє життя. Психологічне благополуччя охоплює наміри, потенційний розвиток особистості та майже співпадає із задоволеністю життям, але, водночас, частково перетинається з категорією «якість життя». Остання виявляється конкретними показниками реалізації саме суб'єктивного благополуччя, тоді як перше є особистісним виміром розкриття потенціалу людини (Каргіна, 2018, с. 41). Ми підтримуємо думку Н. В. Каргіної про те, що створення психологічного благополуччя базується на позитивних впливах соціалізації, оскільки саме вони формують переконання про себе, взаємодію з соціумом та загальне ставлення до життя (Каргіна, 2018, с. 57). Ці висновки дослідниці є дуже слушними для нашої вибірки осіб з порушеннями слуху. Не менш слушною є думка Н. В. Каргіної про те, що ресурси психологічного благополуччя є інструментами і дають змогу трансформувати стресову ситуацію, і відшукати оптимальні стратегії її

подолання (Каргіна, 2018, с. 84). На нашу думку, саме наявність ресурсів в осіб з порушеннями слуху сприятимуть поліпшенню їх суб'єктивного благополуччя.

Н. В. Каргіна стверджує, що психологічне благополуччя не існує без суб'єктивного, також психологічне благополуччя є комплексним переживанням щастя, яке виникає в результаті позитивного функціонування особистості та включає в себе сприятливий емоційний фон та осмисленість буття (Каргіна, 2015, с. 52).

Психологічне благополуччя, на думку Б. Пахоля, представляє собою оптимальний стан функціонування особистості, і є одним з його аспектів; це суб'єктивна оцінка різних аспектів життя особи, яку можна виміряти за рівнем суб'єктивного благополуччя. Отже, можна вважати суб'єктивне благополуччя однією із складових психологічного благополуччя (Пахоль, 2017, с. 95).

На думку Т. Л. Целюк (2015) поняття «психологічного благополуччя» охоплює більше, ніж просто «суб'єктивне благополуччя». Останнє визначається позитивними емоціями та переживаннями, пов'язаними з подіями та ситуаціями в житті особистості. Психологічне благополуччя характеризується задоволеністю особистості у всіх сферах життя, не обмежуючись лише позитивними емоціями (Целюк, 2015, с. 78).

Ми погоджуємося з думкою І. В. Данилюка про те, що «існує паралель між суб'єктивним і психологічним благополуччям, вказуючи на їхню взаємозалежність, оскільки одне не може існувати без іншого» (Сердюк, Данилюк, Турбан, Пенькова, & Володарська, 2021, с. 154). Такої ж думки дотримується Н. В. Каргіна (Каргіна, 2015, с. 52).

Психологічне благополуччя особистості є важливим внутрішнім ресурсом, що сприяє самопідтримці та збереженню психічного здоров'я, і виступає саногенним потенціалом, який допомагає успішно самореалізовуватися (Бондарчук & Казакова, 2022).

Н. С. Шишко (2020) визначає психологічне благополуччя як інтегративний показник міри спрямованості людини на реалізацію основних компонентів позитивного функціонування, а також міру реалізації потреби у благополуччі, що суб'єктивно виражається у відчутті щастя, задоволеності собою та власним життям (с. 34).

На думку Г. В. Іваннікової, психологічне благополуччя розглядається як комплексний показник, що відображає реалізацію особистістю власних орієнтацій і виражається суб'єктивним відчуттям щастя та задоволенням від власного життя (Іваннікова, 2021, с. 38). Цікавими для нашого дослідження є висновки Г. В. Іваннікової про те, що тенденція до автономії та розвитку особистості може бути пояснена впливом механізму компенсації [в осіб з інвалідністю], який визначає виразні потреби в самовираженні та прийнятті себе (Іваннікова, 2021, с. 3).

На думку Л. З. Сердюк (2023), психологічне благополуччя особистості виступає як необхідна умова для формування суб'єктності і стає невід'ємною частиною стимулювання мотивації самореалізації та самодетермінації особистості. Сприяння психологічному благополуччю особистості полягає в активізації внутрішніх резервів для повноцінної реалізації у теперішньому та розвитку самодетермінаційних здібностей у майбутньому (Сердюк, 2023, с. 122). Це відповідає сучасному розвитку постнекласичної психології, що особистість є самодетермінованим і саморозвиваючим суб'єктом життєдіяльності (Сердюк, 2023, с. 120). Л. З. Сердюк (2017) з'ясувала, що ціннісно-смысловими орієнтаціями психологічного благополуччя є життєві цілі, процес життя, результативність життя) і життєстійкість особистості (с. 124). Дослідниця стверджує, що існують два компоненти психологічного благополуччя (когнітивний та емоційний). Самодетермінація особистості є фундаментом і ключовою умовою для досягнення психологічного благополуччя та підвищення якості життя (Сердюк, Данилюк, Турбан, Пенькова & Володарська, 2021, с. 68). Для нашого дослідження важливим є

висновок, зроблений Л. З. Сердюк, яка, погоджуючись з Р. Райаном, Е. Дісі, наголошує на тому, що хвороба «часто викликає функціональні обмеження, які зменшують можливості для задоволеності життям. Тому суб'єктивна життєздатність співвідноситься не тільки з такими показниками психологічного благополуччя як автономія і позитивні взаємини із оточенням, але й з фізичними симптомами» (Сердюк, Данилюк, Турбан, Пенькова & Володарська, 2021: 8; Миколюк, Мілютіна 2022, с. 64-65).

На думку О. Винославської (2023), психологічне благополуччя є комплексним конструктом, який включає різні сторони емоційного й психічного здоров'я людини, містить позитивну самооцінку, особистісне зростання, особистісні відносини та відчуття контролю за своїм життям (с. 8).

О. В. Гуляєва вважає, що психологічне благополуччя представляє собою комплексний психічний стан, який відображає особистісну реальність, та вказує на успішне функціонування особи в соціальному оточенні (Гуляєва, 2018, с. 63-64). Цінними для нашого дослідження є висновки О. В. Гуляєвої про те, що психологічне благополуччя людей з інвалідністю залежить від особистого відчуття власної успішності та благополуччя, а також від використання власних ресурсів для позитивного функціонування (с. 63-64).

Є. С. Єрмолаєва (2017) вважає, що психологічне благополуччя представляє собою психологічний аспект, який відображає рівень розвитку психічних явищ, (таких як самоактуалізація, особистісна зрілість, гармонія особистості та інші), є характерним для кожної людини (Єрмолаєва, 2017, с. 38).

Психологічне благополуччя, на думку Т. М. Титаренко (2021), включає в себе вміння приймати своє минуле, отримувати задоволення від сьогодення і вірити у світле майбутнє. Ускладнені життєві ситуації значно впливають на конфігурацію цінностей і напрямок життя. Тривалість перебування в травматичних умовах впливають на способи збереження і підвищення психологічного благополуччя (Титаренко, 2021, с. 3).

Н. В. Каргіна (2019) розглядає психологічне благополуччя в екзистенційному підході, і вважає: щоб досягти справжнього психологічного благополуччя та здоров'я, особа повинна навчитися вчасно реагувати на життєві виклики, знаходячи у собі сили протистояти труднощам, нести відповідальність за свої життєві вибори та маючи віру у себе та власні можливості (Каргіна, 2019, с. 136).

Л. Ключко вважає, що психологічне благополуччя виявляється у суб'єктивному відчутті задоволеності життям та реалізації власного потенціалу (Ключко, 2019, с. 36).

На думку Є. Г. Хоменко (2023), психологічне благополуччя виступає як мотиваційний фактор особистості і тісно пов'язане з існуючими ціннісними утвореннями, особистісною задоволеністю, емоційною стійкістю та оптимальними умовами для психологічного розвитку (с. 122).

Н. І. Меленчук, Л. В. Зозуля (2022) вважають, що особи із високим рівнем самореалізації характеризуються більш високим рівнем психологічного благополуччя, що виявляється у відчутті щастя та задоволеності власним життям (с. 147).

О. В. Радько визначає психологічне благополуччя як стійку психологічну властивість, що включає домінування позитивних емоцій, наявність чесних взаємовідносин, суб'єктивне включення в життєдіяльність, осмисленість життя та позитивну самомотивацію (Радько, 2019, с. 151-152).

На думку О. Савченко, О. Калюк, показником психологічного здоров'я є рівень психологічного благополуччя. Цей рівень оцінюється через суб'єктивне відчуття комфорту та задоволення. Рівень суб'єктивного благополуччя виступає як показник успішності та чинник соціально-психологічної адаптації особистості до невизначених ситуацій та нестабільних соціальних відносин (Савченко & Калюк, 2022, с. 90).

Дослідники В. Кобильченко, І. Омельченко (2020) визначили психологічне благополуччя як злагодженість психічних процесів і функцій,

відчуття цілісності, внутрішньої рівноваги, гармонії особистості, що залежить від наявності ясних цілей, успішності реалізації планів діяльності та поведінки, наявності ресурсів й умов для досягнення цілей (с. 74).

N. M. Bradburn вважає, що психологічне благополуччя розглядається як результат взаємодії індивіда з двома незалежними аспектами - позитивним афектом та негативним афектом. Зазначається, що вищий рівень психологічного благополуччя є тоді, коли позитивний афект переважає негативний, і навпаки. Загальне відчуття благополуччя залежить від балансу цих двох афектів (Bradburn, 1969, с. 9).

Я. Ю. Каплуненко визначає психологічне благополуччя як сучасний термін, що описує комплексне явище, визначене позитивним ставленням людини до себе, свого життя, результативним функціонуванням та особистим відчуттям задоволеності від свого життя (Сердюк, Данилюк, Турбан, Пенькова & Володарська, 2021, с. 160).

На думку О. О. Киричук (2020), психологічне благополуччя особистості включає спрямованість на власне психологічне благополуччя та відносини з іншими та оточуючим середовищем (с. 9).

Л. В. Джаббарова (2019) визначає основні компоненти психологічного благополуччя, а саме: афективний, конативний, гносеологічний, мотиваційно-ціннісний.

На думку Н. В. Волинець, переживання психологічного благополуччя представляє собою суб'єктивний психічний феномен із власною внутрішньою структурою. Це можна усвідомити як репрезентаційну форму внутрішнього, успішного "Я", де особистість реалізує своє життя та виражається у вдалому втіленні задумів, вчинках, справах, взаємодії з іншими та загальному емоційному переживанні життя (Волинець, 2018, с. 39).

О. В. Гуляєва виділила основні складові психологічного благополуччя. На її думку, емоційний компонент психологічного благополуччя відображає, чи має особистість позитивне чи негативне ставлення під час досягнення своїх

цілей. Когнітивний аспект психологічного благополуччя охоплює оцінку особистістю свого життя та загальне задоволення ним. Поведінковий аспект психологічного благополуччя включає ресурси, що сприяють позитивному функціонуванню та самореалізації особистості. Позитивний емоційний стан, що стосується емоційного компонента психологічного благополуччя, у студентів з обмеженими можливостями здоров'я і практично здорових, пов'язаний із соціальними відносинами та емоційним комфортом (Гуляєва, 2018, с. 3).

К. О. Санько виділяє основні аспекти психологічного благополуччя: процесуальний (реалізація власних цінностей через активні зусилля); ресурсний (визначається особистісною зрілістю); структурний аспект благополуччя особистості включає гармонійну взаємодію різних сфер життя); результативний аспект (включає самоприйняття, розвинену сферу спілкування, контрольоване середовище, автономну позицію в житті, наявність життєвих сенсів, розвинену особистість та інші); оціночний аспект благополуччя особистості визначається через суб'єктивне благополуччя, яке виражається у рівні задоволеності життям (Санько, 2016, с. 43-44).

К. О. Круглов, О. О. Блискун вважають, що психологічне благополуччя - позитивний емоційний стан, пов'язаний із задоволеністю своїм життям, навколишнім світом і власною особистістю. Важливими його компонентами є наявність чітких цілей та можливостей їх досягнення, а також реалізація планів поведінки та діяльності (Круглов & Блискун, 2020, с. 105).

Дослідженню психологічного благополуччя, як в теоретичному плані, так і в емпіричному, не одне десятиліття присвятила група вчених на чолі з К.Ріфф.

К. Ріфф у 1989 році побудувала модель психологічного благополуччя (Ryff, 1989, с. 1069). У подальших дослідженнях С. Ryff, С. Keyes (1995) перевірили шестикомпонентну модель психологічного благополуччя на національній репрезентативній вибірці (всього 1108) віком від 25 й старше, які

брали участь у телефонних інтерв'ю. До теоретичної моделі увійшли шість шкал психологічного благополуччя, зокрема, автономія, управління середовищем, особистісне зростання, позитивні стосунки, мета в житті, самоприйняття. Модель виявилася більш вдалим варіантом порівняно з однофакторними та іншими артефактними моделями. Це було визначено за допомогою конфірматорного факторного аналізу (Ryff & Keyes, 1995, с. 719). Вказана модель буде використана при проведенні нашого емпіричного дослідження осіб з порушеннями слуху. Для нашого дослідження важливою є думка С. Ryff & В. Singer (1996) про те, що підхід до психічного здоров'я, здебільшого, є негативно упередженим; зазвичай, його визначають як відсутність хвороби, не приділяючи уваги наявності самого здоров'я. Такі формулювання не враховують людські здібності та потреби в особистому розвитку, а також захисні властивості, пов'язані з психічним благополуччям (Ryff & Singer, 1996, с. 14).

Ряд дослідників виділяють термін «благополуччя», не пов'язуючи його з означеннями: «суб'єктивне», «психологічне». Часто воно виступає як самостійний термін, іноді як синонім «психологічного благополуччя» та «суб'єктивного благополуччя».

Я. С. Андрушко розглядає переживання благополуччя як оцінку якості життя, є комплексним показником, що включає позитивне ставлення до себе та інших, позитивні переживання (Андрушко, 2018, с. 12).

Є. Л. Базика наголошує на тому, що чим вищий емоційний тонус у людини, тим краще благополуччя, що виявляється у задоволеності позитивними відносинами, у прийнятті себе та управління середовищем (Базика, 2022, с. 14).

На думку Н. Д. Володарської (2019), почуття благополуччя може виникати в рамках цінностей конкретної субкультури, що створює сприятливі умови для взаємодії та взаєморозуміння, сприяє об'єднанню з іншими (с. 152).

Г. В. Чайка вважає, що благополуччя полягає в повному розкритті потенціалу особистості в конкретних умовах життя, та можливості збалансувати вимоги соціального середовища і розвиток власної індивідуальності (Чайка, 2018, с. 295).

На думку Б. Є. Пахоля, різні аспекти благополуччя можна вимірювати як за допомогою суб'єктивних методів (самооцінка), так й об'єктивних (об'єктивні психодіагностичні вимірювання) (Пахоль, 2017, с. 81-82).

О. М. Харцій, А. О. Чередник стверджують, що благополуччя людини складається з різноманітних аспектів, таких як соціальне благополуччя; фізичне благополуччя; духовне благополуччя; матеріальне благополуччя; та психологічне благополуччя, яке включає відчуття гармонії та рівноваги в психічних процесах. Ці компоненти взаємодіють і визначають загальне задоволення життям (Харцій, Чередник, 2022, с. 144).

R. Dodge, A. Daly, J. Huyton & L. Sanders пропонують визначення благополуччя як точку рівноваги між ресурсами особи та проблемами, з якими стикається людина. Коли кількість проблем перевищує наявні ресурси, рівновага благополуччя руйнується, і навпаки (Dodge, Daly, Huyton & Sanders, 2012, с. 229-230).

M. Seligman вважає, що коли ми досягаємо благополуччя через виявлення та використання своїх сильних сторін й позитивних чеснот, наше життя стає більш автентичним (Seligman, 2002, с. 20).

Ю. М. Швалб (2021) вважає, що благополуччя виступає як важлива цінність та мета, яку людина прагне досягти у своєму житті. Людина стає активним суб'єктом у формуванні власного благополуччя. Це включає створення внутрішньої «програми дій» для досягнення і підтримки психологічного благополуччя, що виражає турботливе ставлення до себе і до навколишнього світу (Швалб, Вернік, Вовчик-Блакитна, Кирпенко, Павленко & Рудоміно-Дусятська, 2021, с. 17, 19).

G. Henriques, K. Kleinman & C. Asselin (2014) створили вбудовану, або вкладену, модель благополуччя (The Nested Model of Well-Being). Дана модель містить чотири домени (с.7, 8). Узгодження цих доменів сприяють благополуччю особистості. Отже, на думку дослідників, благополучною особою є та, яка відчуває щастя та задоволення від свого життя, функціонує психологічно і біологічно ефективно, має доступ до необхідних матеріальних ресурсів і соціальних зв'язків для задоволення своїх потреб; проживає життя у тому напрямку та з тією метою, які вона вважає благородними й морально правильними (Henriques, Kleinman & Asselin, 2014, с. 8).

Закордонні дослідники визначають благополуччя відповідно до трьох основних типів теорій: «вподобання», теорії «бажання» й «потреби». Згідно з теорією «бажання» благополуччя для людини настає, коли вона може реалізовувати свої бажання. Туди відносяться й теорії підкріплення (Jayawickreme, Forgeard, & Seligman, 2012, с. 330). Теорія «вподобання» включає гедоністичну складову суб'єктивного благополуччя, тобто позитивні емоції, задоволеність життям і щастя - це показники того, як індивіди сприймають якість свого життя (с.331). Теорії «потреби», до яких відносяться шестифакторна модель психологічного благополуччя К. Ріфф, теорія самодетермінації Р. Райана, Е. Дісі та теорія ієрархії потреб А. Маслоу та інші (Jayawickreme, Forgeard & Seligman, 2012, с. 332).

Ю. О. Назар переосмислює моделі позитивної психології у рідності психології посттравматичного зростання. Дослідник вважає, що людині важливо проживати різні емоції, афекти, а не придушувати їх; позитивні емоції мають сприяти розкриттю різних перспектив і можливостей людини, а також вміння відшукувати нові смисли в міжособистісній взаємодії (Назар, 2023, с. 126-128). Висновки, зроблені Ю. О. Назаром, можуть бути корисними при розробці психоедукаційного листа підтримки для військовослужбовців з порушеннями слуху у межах нашого дисертаційного дослідження.

Важливими є висновки, зроблені J. R. Raibley стосовно впливу цінностей на благополуччя особистості. Дослідник зауважує, що в разі, якщо особа протягом життя стикається з інвалідністю, є ймовірність того, що в момент виникнення цього стану, її бажання усвідомлювати власні цінності може втратити актуальність. Це може призвести до зниження рівня благополуччя порівняно із особою, яка не має інвалідності. У випадку успішного переосмислення нових цінностей та розвитку міцної психологічної настанови на них, та успішного використання раніше невикористаних психологічних ресурсів, така особа може досягти високого рівня задоволеності життям (Raibley, 2012, с. 118).

Суб'єктивне благополуччя тісно пов'язане з якістю життя особистості.

На думку Т. В. Скрипаченко, не існує універсальної структури благополуччя, оскільки оцінка суб'єктивного благополуччя визначається індивідуальними цінностями та цілями кожної людини. Поняття якості життя включає в себе різні аспекти, такі як ступінь комфортності у внутрішньому світі та в суспільстві (Скрипаченко, 2016, с. 128).

О. Савченко, О. Калюк розглядають якість життя як комплексне психічне явище, що враховує необхідні аспекти та умови життя людини, а також оцінку їхнього стану задоволеності. Це проявляється у бажанні нічого не змінювати в своєму житті (Савченко, & Калюк, 2022, с. 93).

Оцінку якості життя, на думку О. А. Чиханцової, можна розглядати як спосіб визначення того, наскільки основні параметри та умови життєдіяльності людини відповідають її життєвим потребам і власним уявленням про достойне і комфортне життя (Чиханцова, 2020, с. 12-13). На думку О. А. Чиханцової, якість життя, зазвичай, включає вимірювання щастя або психологічного благополуччя, і розглядається як рівновага між позитивними та негативними емоціями (Сердюк, Данилюк, Турбан, Пенькова & Володарська, 2021, с. 173).

О. О. Віговська у своєму дисертаційному дослідженні здійснила ґрунтовний теоретичний аналіз категорії позитивної психології – «якість життя». Дослідниця вважає, що психологічне або суб'єктивне благополуччя, зазвичай, аналізуються в контексті проблеми якості життя, що в сучасному світі має неоднозначне тлумачення. Це поняття визначається як особиста оцінка задоволення, яку особи відчувають у зв'язку із задоволенням матеріальних і духовних потреб (Віговська, 2016, с. 23).

Що стосується терміну «задоволеність життям», то маємо також наукові дискусії щодо його змісту та визначення, але його аналіз потрібен, оскільки є тісний зв'язок із суб'єктивним благополуччям.

О. А. Даценко вважає, що задоволеність життям є складним і багатоаспектним явищем, яке виступає як комплексне оцінювання якості життя індивіда. Ця оцінка відображає ефективність функціонування особистості і включає як емоційний, так і когнітивний компонент (Даценко, 2020, с. 34-35).

Задоволеність життям залежить від власних вимог, задоволення потреб, рівня очікувань і можливостей реалізації особистих прагнень. Оцінка якості життя поділяється на два основних підходи: об'єктивний і суб'єктивний. Об'єктивний підхід визначає якість життя через об'єктивні умови і процеси, які не залежать від особистого ставлення оцінювача. Суб'єктивний підхід включає соціологічні опитування та характеризує якість життя на основі особистих вражень й оцінок людей (Чиханцова, 2020, с. 14).

О. В. Гуляєва провела емпіричне дослідження щодо задоволеності життям в студентів з інвалідністю та дійшла висновку про те, що позитивна самооцінка виступає визначальною характеристикою когнітивного компоненту психологічного благополуччя в студентів із обмеженими можливостями здоров'я. Акцент на самоприйнятті є загальною основою для поведінкового компоненту психологічного благополуччя (Гуляєва, 2018, с. 4).

Дослідження О. В. Гуляєвої нашою вухнуло нас на думку про важливість дослідження самооцінки та самоприйняття як чинників суб'єктивного благополуччя в осіб з порушеннями слуху, враховуючи той аспект, що частина з них має інвалідність.

D. Kahneman, A. V. Krueger зазначають, що оцінка задоволеності життям є ретроспективним судженням, що формується лише у відповідь на конкретне питання, частково визначається поточним настроєм та пам'яттю респондента (Kahneman & Krueger, 2006, с. 6).

R. M. Ryan & E. L. Deci вважають, що існують три вродженні психологічні потреби (англ. innate psychological needs), зокрема, автономія, компетентність, пов'язаність (в даному випадку – це соціальні зв'язки) мають бути задоволеними, тому що це сприятиме підвищенню самомотивації та особистісному благополуччю, а їх незадоволення призводить до погіршення психічного здоров'я та розвитку поганого самопочуття (Ryan, & Deci, 2000, с. 68). Ці вроджені психологічні потреби складають третю евдомоністичну складову благополуччя (Martela & Ryan, 2023, с. 1121). На думку дослідників, «пов'язаність - потреба відчувати приналежність і зв'язок з іншими». Автономія, як визначають вчені, це вольова дія та вибір цих дій, а незалежність передбачає діяти самостійно і не залежати від інших (Ryan & Deci, 2008, с. 15-16). Автономія передбачає природну тенденцію людей регулювати себе самостійно. У цьому контексті «Я» розглядається як інтегрований комплекс процесів і структур, які продовжують розвиватися з часом, завдяки внутрішній мотивації, яка активізує функціонування організму. Цей процес інтеграції призводить до постійного розвитку людей, що проявляється в більш детальному, витонченому та цілісному відображенні їхнього «Я». Таким чином, вони стають більш автономними в саморегуляції, що сприяє відчуттю психологічного благополуччя (Deci & Ryan, 2005, с. 23). Компетентність – це відчуття ефективності та розуміння успішності у власних діях (Martela & Ryan, 2023, с. 1126).

Висновки зроблені R. M. Ryan & E. L. Deci нашо вхнули нас на думку про те, що саме задоволення вроджених психологічних потреб може бути важливим для нашого дослідження, оскільки сприяє підвищенню рівня суб'єктивного благополуччя.

Не можна уявити суб'єктивне благополуччя особи без соціальної складової її життя. На нашу думку, це один із провідних чинників суб'єктивного благополуччя.

На думку О. В. Гуляєвої, соціальне благополуччя - задоволеність особистості її соціальним статусом та поточним станом суспільства, до якого вона відноситься. Взаємодія дозволяє особі відчувати приналежність до конкретного соціуму, отримувати задоволення від дружби, а її соціальний статус служить індикатором ефективності виконання соціальних ролей (Гуляєва, 2018, с. 32).

К. О. Санько вважає, що соціальне благополуччя включає в себе ряд аспектів, серед яких є соціальна підтримка й управління середовищем та ін. (Санько, 2016, с. 43-44). Ці два аспекти, на нашу думку, можуть також розглядатися як психологічні чинники суб'єктивного благополуччя і будуть досліджуватися в межах теми дисертаційного дослідження.

M. J. Linton, P. Dieppe, A. Medina-Lara вважають, що соціальне благополуччя відображає те, наскільки успішно людина взаємодіє з іншими у своїй локальній та більш широкій соціальній спільноті. Це охоплює різноманітні соціальні взаємодії, глибину відносин і доступність соціальної підтримки (Linton, Dieppe & Medina-Lara, 2016, с. 11-12).

C. L. M. Keyes & A. D. Shapiro вважають, що «соціальне благополуччя операціоналізується як сприйняття індивіда своєї інтеграції в суспільство, його прийняття іншими людьми, узгодженості суспільства та соціальних подій, почуття внеску в суспільство, а також потенціалу та зростання суспільства» (Keyes & Shapiro, 2004, с. 350).

Т. В. Данильченко (2016) пропонує новий термін - «суб'єктивне соціальне благополуччя». Суб'єктивне соціальне благополуччя – комплексний соціально-психологічний конструкт, що містить суб'єктивну оцінку, або позитивне переживання, ефективності взаємодії індивіда з соціальним оточенням (Данильченко, 2016, с. 104). Дослідниця також називає його компоненти: соціальне прийняття, соціальна зв'язність, соціальний вклад, соціальна актуалізація та соціальна інтеграція (Данильченко, 2016, с. 93).

Соціальні зв'язки є важливими для осіб з порушеннями слуху як джерело підтримки, інформації та соціальної приналежності до певної культурної ідентичності.

А. І. Moro-Egido, М. Navarro & А. Sánchez оцінили чотири моделі прогнозованих змін загальної задоволеності життям в довгостроковій та короткостроковій перспективах за період з 1999-2014 рр. На основі досліджень вчені виявили, що ключовими чинниками для довгострокових змін у задоволеності життям є соціальний капітал, цінності та культурні виміри, а також деякі особистісні риси. У короткостроковій перспективі результати показали, що економічні ресурси мають найвищу прогностичну здатність. Зростання абсолютного доходу позитивно взаємодіє з поліпшенням задоволеності життям (Moro-Egido, Navarro & Sánchez, 2021, с. 2029, 2031).

Після теоретичного аналізу понять «суб'єктивне благополуччя», «психологічне благополуччя», «якість життя», «задоволеність життям», «соціальне благополуччя», встановивши їх співвідношення та розмежування, варто розглянути загальний перелік чинників суб'єктивного благополуччя та виділити основні психологічні детермінанти, що є предметом розгляду в даній роботі.

Дослідниця Г. В. Іваннікова класифікує чинники психологічного благополуччя на три групи. Перша група включає зовнішні (позаособистісні) детермінанти, такі як біологічні, соціальні та матеріальні чинники. У другу групу входять психологічні (особистісні) чинники, а в третю групу –

суб'єктивно-особистісні, які охоплюють елементи суб'єктивного благополуччя (Іваннікова, 2021, с. 39, 43, 47, 77). Дослідниця також виділяє чинники психологічного благополуччя студентів з інвалідністю. На її думку, благополуччя досягається завдяки створенню довірливих взаємин з оточенням, розвитку самостійності та незалежності, можливості контролювати власну поведінку, створенню умов для задоволення особистих потреб і досягнення поставлених цілей, прагненню до особистісного зростання і осмислення власних життєвих цілей та цінностей (Іваннікова, 2021, с. 106-107).

І. С. Горбаль розділяє чинники благополуччя на три категорії: перша – інтраперсональні чинники, до яких входять психологічні риси та короткочасні стани; друга – зовнішні (формальні) чинники, які охоплюють соціальні, професійні, демографічні та економічні аспекти; третя – соціально-психологічні чинники (Горбаль, 2016, с. 24-27, 29, 30).

Н. Д. Володарська, І. І. Карабаєва стверджують, що значним чинником психологічного благополуччя виступають емоційні стосунки у сім'ї (Володарська & Карабаєва, 2021, с. 30). Ми припускаємо, що сімейна соціалізація впливає на осіб з порушеннями слуху, особливо на тих, хто втратив слух у ранньому віці, а стосунки в сім'ї мають значний вплив переважно на осіб з пізньою втратою слуху. Отже, вплив сімейної соціалізації та стосунки в сім'ї будуть досліджуватися в нашій роботі на предмет їх впливу на суб'єктивне благополуччя.

О. В. Гуляєва виділила такі чинники психологічного благополуччя: соціально-економічні, біологічні, соціокультурні і психологічні (Гуляєва, 2016, с. 15-17).

О. В. Котух вважає, що значущим чинником психологічного благополуччя є психічне і фізичне здоров'я, що сприяє розкриттю адаптаційного потенціалу особистості до різних умов життя (Котух, 2023, с.56).

Н. В. Каргіна виокремлює такі чинники психологічного благополуччя: інтелект, довірливість, радикалізм, щастя, самоефективність, суб'єктивна вітальність, рефлексивність, задоволеність життям, фаталістичне теперішнє, свідомість, довірливість, саморозуміння, залученість, відповідальність, зрозумілість. Ресурсами психологічного благополуччя є: віра в справедливий світ, самодостатність, ідентичність, смисложиттєві орієнтації, екзистенційна сповненість, почуття зв'язності, цінність життя, оптимізм, осмисленість життям, життєстійкість, самоконтроль, незалежність, сміливість, довіра, часова перспектива (Каргіна, 2018, с. 3).

Ю. Швалб (2021) визначає чинники благополуччя на рівні мікро- та мезосередовищ. В мікросередовищі, важливими елементами є відчуття комфорту, благополуччя та стан здоров'я індивіда. На рівні мезосередовища змінюється якість та кількість чинників, які впливають на сприйняття благополуччя (Швалб, Вернік, Вовчик-Блакитна, Кирпенко & Павленко, 2021, с. 178).

О. Гуляєва виділила у студентів із обмеженими можливостями здоров'я основні чинники, які сприяють створенню позитивного емоційного фону, зокрема, спілкування з родиною, взаємодія з іншими людьми, яка надає соціальну підтримку через конкретну допомогу, емоційну підтримку та приємний час, проведений разом (Гуляєва, 2018, с. 102).

Е. Diener, S. Oishi, E. L. Richard вважають, що демографічні чинники (дохід, охорона здоров'я, сімейний стан, рівень освіти) дають незначне відхилення при вимірюванні благополуччя (Diener, Oishi & Richard, 2003).

При дослідженні осіб з порушеннями слуху ми припускаємо, що певні демографічні дані можуть значно впливати на рівень суб'єктивного благополуччя, зокрема: рівень освіти та тип навчального закладу, де особа здобуває (здобула) освіту (Миколук & Мілютіна, 2022, с. 64).

Л. З. Сердюк виокремлює такі чинники психологічного благополуччя: «...безпека і комфортність домашнього середовища; атмосфера

любові, що характеризується сімейними радощами, близькістю і гармонією; відкритість і довірливість міжособистісних взаємин; батьківський контроль і включеність в життя дітей; відчуття значущості в сім'ї; сімейна підтримка відносин з людьми і видів діяльності дітей за межами сім'ї» (Сердюк, Данилюк, Турбан, Пенькова & Володарська, 2021, с. 11).

Г. Халєєва вважає, що основні впливові чинники на здоров'я підлітків знаходяться в їхньому оточенні. Емоційне благополуччя служить індикатором психічного здоров'я (Халєєва, 2019, с. 103).

Дослідниця Н. В. Каргіна вважає, що, оскільки особистість постійно змінюється, тому і її чинники та ресурси також можуть зазнавати змін (Каргіна, 2018, с. 152). Детермінанти психологічного благополуччя відображають внутрішній світ людей, їхні бажання, інтереси та переконання, що вони розвивають для забезпечення власного добробуту та переживання психологічного благополуччя та щастя (Каргіна, 2018, с. 171).

В. І. Омелянська, С. І. Ісаєвич, Н. М. Заболотна вважають, що рівень благополуччя визначається наявністю ресурсів (Омелянська, Ісаєвич & Заболотна, 2023, с. 31).

На думку О. Вернік, наявність зовнішніх ресурсів не завжди забезпечує високий рівень внутрішніх ресурсів (с. 98). Соціальна підтримка, пов'язана з благополуччям особистості, є значущою соціальною цінністю (Швалб, Вернік, Вовчик-Блакитна, Кирпенко & Павленко, 2021, с. 114).

У сучасній психологічній науці є проблема підбору адекватного психодіагностичного інструментарію для проведення емпіричного дослідження суб'єктивного благополуччя як для осіб з типовим розвитком, так і для осіб з різною формою інвалідності. В українській психологічній практиці майже відсутні адаптовані під українську ментальність спеціальні методики для вимірювання благополуччя в осіб з порушеннями слуху.

На думку Н. В. Каргіної, підбір психодіагностичного інструментарію є ускладненим, перш за все, через багатоаспектність психологічного

благополуччя (Каргіна, 2015, с. 63) та наявності великої кількості методик. M.J. Linton, P. Dieppe & A. Medina-Lara (2016) підраховали, що у сучасному світі благополуччя особистості можна виміряти приблизно 99 методиками (с. 11-12).

Про складність вибору психодіагностичних інструментів пишуть також L.Lambert, L. Hotchkiss & H. A. Passmore (2019). На їх думку, важливо враховувати як рівень благополуччя людей, так і джерела, що впливають на їхній добробут. Оцінки повинні використовувати як оціночні, так і експериментальні методи збору даних про те, як досліджувані переживають своє життя, як вони оцінюють своє життя, а також як вони функціонують у різних сферах життя (с. 225). Дослідники рекомендують чергувати позитивні та негативні формулювання (позитив-негатив-позитив-негатив) (Lambert, Hotchkiss & Passmore, 2019, с. 225).

Ряд дослідників (P. J. Cooke, T. P. Melchert & K. Connor) вважають, що гедоністичні психодіагностичні інструменти більш конкретні, ніж евдемоністичні, оскільки в евдемоністичних діагностичних методиках немає єдиної концептуальної думки щодо складових евдомоністичного благополуччя (Cooke, Melchert & Connor, 2016, с. 746).

Сучасні дослідники благополуччя зауважують, що рекомендації стосовно оцінки благополуччя, ускладнюють проблему, використовуючи окремі елементи для оцінки різних конструктів (гедоністичне благополуччя, евдемоністичне благополуччя, оптимізм, тривожність). Також відсутні контрольні стандарти якості тесту з благополуччя (мають бути чіткі визначення, психометричні стандарти під час створення шкал) (Ryff, Boylan, & Kirsch, 2020).

Аналіз психологічної літератури показав, що існують різні групи чинників суб'єктивного благополуччя. У нашому дослідженні будуть розглянуті основні психологічні чинники суб'єктивного благополуччя в осіб з порушеннями слуху як найбільш значущі для такої категорії осіб. Для виміру

психологічних чинників суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху буде використаний відповідний психодіагностичний інструментарій, який дозволить їх дослідити.

1.2. Дослідження суб'єктивного благополуччя в осіб з порушеннями слуху

Перш, ніж дослідити благополуччя осіб з порушеннями слуху, потрібно визначити основні терміни: «порушення слуху», «класифікація порушення слуху» та ін.

На думку науковців (Голуб, 2015; Маслова & Гопей, 2016), порушення слуху - це група хвороб, які мають спільний симптом у вигляді глухоти або приглухуватості. Виділяють два типи порушень слухової функції: глухота та приглухуватість. Глухота представляє собою стійке, виражене зниження слуху, яке ускладнює мовне спілкування в будь-яких умовах, навіть при використанні звукопідсилюючих пристроїв. Приглухуватість - це зниження слуху, яке утруднює сприйняття та навчання мовленню, але залишає можливість володіння мовою за наявності певних умов, таких як наближення до вуха чи використання звукопідсилюючих пристроїв (Голуб, 2015, с. 37, 39, 41; Маслова & Гопей, 2016).

Порушення слуху поділяються на дві основні категорії: вроджені та набуті. Вроджені проблеми включають успадковані порушення слуху, які пов'язані з генетичними аномаліями. Неспадкові причини порушень слуху включають: вплив інфекцій на плід під час вагітності матері або вживання нею ототоксичних препаратів, зокрема антибіотиків групи аміноглікозидів та похідних хініну; вплив радіації та хімічних речовин; негативний вплив зловживання алкоголем та наркотичними речовинами матір'ю (Козачек & Райчук, 2018, с. 704).

Дослідники стверджують, що частота виникнення втрати слуху збільшується з віком та є вищою у чоловіків, ніж у жінок (Stevens, Flaxman, Brunskill, Mascarenhas, Mathers, Finucane, 2013, с. 4, 19).

Однією з найбільш відомих класифікацій порушення слуху є класифікація, запропонована J. G. Clark (1981). Нею користується Американська асоціація мовлення, мови та слуху (American Speech-Language-Hearing Association).

Таблиця 1.1.

Класифікація порушення слуху за J. G. Clark (1981)

Ступінь втрати слуху	Діапазон втрати слуху (дБ)
Нормальний	10 до 15
Легкий	16 до 25
Помірний	26 до 40
Середній	41 до 55
Помірно важкий	56 до 70
Важкий	71 до 90
Глибокий	91 і більше

У даному дисертаційному дослідженні ми використовуємо класифікацію J.G.Clark (1981) як найбільш зрозумілу для практичного використання психологами.

Крім того, порушення слуху класифікують ще за двома параметрами: а) локалізація дефекту слуху; б) час втрати слуху. Час втрати слуху дуже важливий, оскільки рання втрата слуху впливає на засвоєння слухомовленнєвих навичок. Післямовленнєва втрата слуху виникає після значного розвитку мовлення. Втрата слуху в ранньому дитинстві, коли мовні навички ще формуються (від 2 до 6 років), вважається передмовною (*Unit1: Introduction to hearing impairment*, 2020, с. 13, 20-22).

Знання про різні ступені втрати слуху допомагає психологам легше зрозуміти, як саме порушення слуху може впливати на сприйняття світу та мовленнєву комунікацію осіб з втратою слуху. Це розуміння сприяє

встановленню довірливих стосунків та адаптації консультативних методів роботи з клієнтами з порушеннями слуху.

Досліджень благополуччя осіб з порушеннями слуху у світовій психологічній літературі не так багато. Ці дослідження, зазвичай, проводяться на малих вибірках з використанням невеликої кількості психодіагностичних методик (від однієї до трьох) (Миколук & Мілютіна, 2022, с. 66).

Дослідниця К. Ріфф узагальнила дослідження інших науковців, присвячених психологічному благополуччю в осіб з порушеннями слуху, і виявила, що порушення слуху негативно впливає на психологічне благополуччя осіб похилого віку, а також на тих, в кого проблеми зі слухом виникли в дорослому віці (Ryff, 2014, с. 13, 17).

Результати емпіричних досліджень чинників суб'єктивного благополуччя в осіб із порушеннями слуху є важливим аспектом для розуміння їхнього життя та психосоціального функціонування. У таких дослідженнях вивчаються різноманітні чинники, що впливають на благополуччя осіб із втратою слуху. Одним з основних детермінантів, які аналізуються, є вплив самооцінки на благополуччя цих осіб. Дослідження визначають, наскільки особа з порушеннями слуху відчувається задоволеною власною особистістю; на рівень благополуччя має вплив також належність до певної культурної ідентичності осіб з порушеннями слуху. При дослідженні благополуччя цієї категорії осіб, вивчається роль соціальної підтримки та взаємодії зі значущими іншими, що сприяє психологічному комфорту та знижує відчуття самотності в осіб з порушеннями слуху. Можуть досліджуватися аспекти психологічної адаптації та використання різних стратегій подолання стресу. Це включає у себе аналіз того, як особи із порушеннями слуху долають труднощі, з метою поліпшення свого емоційного благополуччя.

Досліджувати благополуччя осіб з порушеннями слуху досить складно. Це пояснюється необхідністю дослідження одразу 4 типів культурної

ідентичності осіб з порушеннями слуху за Н. Глікманом (1993), необхідністю володіння національною жестовою мовою, або залучення перекладачів жестової мови, адаптації або перекладу методик жестовою мовою, психологічними особливостями даної категорії осіб, перш за все, їх швидкою втомлюваністю та незацікавленістю в заповнюванні психодіагностичного матеріалу та інші.

К. Muñoz, К. Vaughman, А. Meibos, С. W. Ong, М. Р. Twohig провели онлайн-опитування серед досліджуваних з глухотою й приглухуватістю за допомогою методу поперечного зрізу. Загальний обсяг вибірки – 200 осіб, матеріалів опитування, придатних для аналізу - 69. Результати опитування показали, що майже всі досліджувані з глухотою й приглухуватістю мали позитивні показники психосоціального благополуччя. Науковці зазначають, що своєчасний скринінг слуху у пацієнтів з порушеннями слуху, можна включити до стандартних практик лікування слуху, щоб допомогти клініцистам визначити осіб із значною втратою слуху, яким може бути корисна додаткова підтримка (Muñoz, Vaughman, Meibos, Ong, & Twohig, 2021).

Хорватські дослідники (Nemčić, Bradarić-Jončić, 2016) провели дослідження, аби з'ясувати, як культурна ідентичність людей із порушеннями слуху впливає на їхню самооцінку, задоволеність життям і психологічне здоров'я. Вибірка складалася з 443 осіб з глухотою та приглухуватістю віком від 18 до 87 років. Дослідження показало, що опитані, які асоціюють себе з глухою ідентичністю, мають вищу самооцінку, більшу задоволеність життям і краще психічне здоров'я. Учасники, які ідентифікують себе виключно з культурою чуючих або мають бікультурну ідентичність (одночасно з культурою чуючих і глухих), показали знижену самооцінку. Серед досліджуваних з бікультурною ідентичністю виявлено найвищий рівень задоволеності життям. Учасники з маргінальною ідентичністю, які не ототожнюють себе з жодною культурою, демонстрували найнижчі рівні

задоволеності життям, самооцінки та психологічного здоров'я (Nemčić, & Bradarić-Jončić, 2016; Миколюк & Мілютіна, 2022).

Дослідники (Mulderigg, & Rogers, 2019) з університету Мак Евана досліджували взаємозв'язок між культурною ідентичністю та рівнем задоволеності життям у досліджуваних з порушеннями слуху. Згідно з результатами дослідження, найвищий рівень задоволеності життям спостерігається в опитаних з бікультурною ідентичністю. Учасники дослідження з маргінальною ідентичністю показали середній рівень задоволеності життям, а найнижчий рівень задоволеності був зафіксований у тих, хто ідентифікує себе з культурою чуючих (Mulderigg, & Rogers, 2019; Миколюк, & Мілютіна, 2022, с.66-67).

Отже, науковці зазначають, що своєчасна психологічна підтримка та скринінг по слуху можуть поліпшити психосоціальне благополуччя осіб з порушеннями слуху. Культурна ідентичність осіб з порушеннями слуху є важливим чинником, який суттєво впливає на задоволеність життям, самооцінку таких осіб.

V. L. Mousley, S. R. Chaudoir досліджували зв'язок між стигматизацією та благополуччям серед студентів з порушеннями слуху в Галаудетському університеті (вищий навчальний заклад для людей з порушеннями слуху). В дослідженні взяли участь 171 досліджуваний віком 18-29 років, з яких 107 були жінки. Результати показали, що 65% учасників ідентифікують себе з культурою глухих і володіють жестовою мовою, 9,3% мають аудіологічний діагноз «глухота», а 18,1% - приглухуватість (Mousley, & Chaudoir, 2018). Серед опитаних 68,8% демонстрували середні або високі показники депресивних симптомів. Також були виявлені середні рівні якості життя, очікуваної та зовнішньої стигми, рівня тривожності та стійкості. Дослідники зазначають, що зовнішня стигма чинить негативний вплив на благополуччя осіб з порушеннями слуху, а очікувана та внутрішня стигма також негативно

впливають, хоч і меншою мірою (Mousley, & Chaudoir, 2018; Миколюк & Мілютіна, 2022, с.67- 68).

Датські дослідники (Chapman & Dammeyer, 2017) вивчали вплив культурної ідентичності на психологічне благополуччя осіб із порушеннями слуху. В дослідженні взяли участь 839 опитаних віком від 18 до 64 років із порушеннями слуху. Вчені розробили анкету для збору демографічної інформації та визначення культурної ідентичності учасників. Результати показали, що досліджувані з маргінальною ідентичністю мають низький рівень психологічного благополуччя, тоді як найвищі показники благополуччя спостерігаються у тих, хто має бікультурну ідентичність (Chapman & Dammeyer, 2017). Учасники з маргінальною ідентичністю також мали більше проблем зі здоров'ям порівняно з тими, хто ототожнює себе з культурою глухих. Опитані з чуючою ідентичністю продемонстрували найвищий рівень освіти. За результатами дослідження, вчені вказують, що досліджувані з маргінальною та глухою ідентичностями стикалися з дискримінацією через їхні слухові обмеження, тоді як учасники з чуючою ідентичністю зазнавали найменшої дискримінації. Дослідники також побудували регресійну модель, яка показала, що культурна ідентичність суттєво впливає на психологічне благополуччя осіб із порушеннями слуху (Chapman, & Dammeyer, 2017; Миколюк, & Мілютіна, 2022, с.68-69).

Отже, згідно із вищезгаданими дослідженнями різних науковців, бікультурна ідентичність осіб з порушеннями слуху сприяє розвитку психологічного благополуччя, підвищує рівень задоволеності життям, якості життя. Особи з чуючою ідентичністю мають кращий рівень освіти, однак мають гірші показники психологічного благополуччя порівняно з особами з бікультурною ідентичністю.

У дослідженні, проведеному в 2018 році, вчені дослідили 130 студентів з порушеннями слуху за допомогою 2 методик: Емоційний коефіцієнт Bar-On: короткий і психологічне благополуччя К. Ріфф (42 твердження). Дослідження

показало, що чим вищий рівень емоційного інтелекту у студентів з порушеннями слуху, тим краще їх психологічне благополуччя. Дослідники встановили, що психологічне благополуччя має значущий зв'язок із внутрішньоособистісним та міжособистісним вимірами. Студенти з порушеннями слуху, які володіють вищою емоційною самосвідомістю, самостійністю та адекватним почуттям впевненості, здатні досягти поліпшеного психологічного функціонування у своєму житті. Психологічне благополуччя також поліпшується в тих студентів з порушеннями слуху, які мають виражену соціальну відповідальність та успішно встановлюють позитивні взаємини з іншими. Дослідники наголошують, що вміння чітко розрізняти свої емоції та створювати позитивні почуття, що підтримують їхні власні переконання, є характеристиками тих, хто має високий рівень внутрішньоособистісних та міжособистісних якостей, і це призводить до більшого задоволення особистісним життям (Marzuki & Zubir, Azlizamani Ummi, 2018, с. 4).

R. Michael & E. Povzner (2021) вивчали зв'язки між когнітивною автономією (здатністю мислити незалежно) та соціальною підтримкою серед різних вибірок. У дослідженні взяли участь 116 осіб з нормальним слухом і 91 дорослий з порушеннями слуху, які заповнили такі методики: Інвентаризацію когнітивної автономії та самооцінки і Багатовимірну шкалу сприйнятої соціальної підтримки. Було виявлено значні кореляції між більшістю змінних когнітивної автономії та соціальної підтримки, причому не було виявлено значущих відмінностей у кореляціях між двома групами (Michael & Povzner, 2021, с. 554). Дослідники здійснили регресійний аналіз і виявили, що вік, коли виявлено втрату слуху, разом із соціальною підтримкою, пояснює 25% відмінностей у висловленні думок, 24% у прийнятті рішень і 28% у самооцінці. Виявлення втрати слуху у більш старшому віці є значущим предиктором, і це пов'язано з вищим рівнем висловлювання думок, ухвалення рішень і самооцінки. Підтримка родини та друзів важлива для висловлення думок, а

підтримка значущих інших є важливим предиктором рівня самооцінки (Michael, & Povzner, 2021, с. 557). Дослідження, проведене А. Kovalenko et al. (2020), виявило важливість підтримки «Значущого іншого» для студенток з порушеннями слуху.

Отже, дослідження розглядають вплив психологічних параметрів та соціальної підтримки на благополуччя осіб з порушеннями слуху. Соціальна підтримка є значущим чинником для підвищення суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху. Завдяки соціальній підтримці, поліпшується самооцінка таких осіб, особливо важливо це для осіб старшого віку.

С. Peñacoba, D. Garvi, L. Gómez & A. Álvarez дослідили дві вибірки: 146 глухих та 146 чуючих іспанців. Психологічне благополуччя вимірювали за допомогою 6-шкальної методики психологічного благополуччя К. Ріфф, яка включала 26 тверджень. Результати показали, що глухі учасники мали вищі рівні тривоги, депресії, проблеми з емоційною ідентифікацією та дефіцитом емоційної мови порівняно з чуючими учасниками. Дослідники підкреслюють, що глухі учасники демонстрували нижчі показники психологічного благополуччя (Peñacoba, Garvi, Gómez & Álvarez, 2020, с. 443).

Дослідження, проведене в 2020 році, Y. Niazi, B. Ejaz & A. Muazzam, показало, що психологічний дистрес є предиктором суб'єктивного благополуччя в осіб похилого віку з порушенням слуху. Особи із втратою слуху піддаються більшому ризику, пов'язаному з дезадаптацією в соціальних ситуаціях (Niazi, Ejaz & Muazzam, 2020, с. 1213).

У дослідженні А. S. Helvik, G. Jacobsen & L. R. Hallberg (2006) використовували кілька методик: шкалу психологічного благополуччя, шкалу порушення слуху та гандикапу, опитувальник почуття гумору та шкалу комунікаційних стратегій. У ньому взяли участь 343 дорослих з порушеннями слуху, які пройшли аудіологічне обстеження в амбулаторному відділенні аудіології Норвезького університетського шпиталю. Результати показали, що психологічний стан у жінок був гіршим, ніж у чоловіків. Дослідники виявили

значущий кореляційний зв'язок між психологічним благополуччям, високим почуттям гумору та комунікативними стратегіями. Аудіологічні фактори не мали кореляційного зв'язку з психологічним благополуччям (Helvik, Jacobsen & Hallberg, 2006). Сучасні дослідження емоційного благополуччя та психічного здоров'я, проведені на досліджуваних з типовим розвитком, також виявили гендерні відмінності: чоловіки мають краще психічне здоров'я та благополуччя порівняно з жінками (Danyliuk et al., 2024; Danyliuk et al., 2025).

Таким чином, згідно з висновками дослідників, аудіологічні характеристики не мають прямого впливу на психологічне благополуччя таких осіб. Жінки з порушеннями слуху мають гірші показники психологічного благополуччя, ніж чоловіки. Використання конструктивних стратегій, таких як почуття гумору, поліпшують благополуччя осіб з порушеннями слуху.

У 2013 році К. D. Rogers (2013) провів дослідження серед глухих осіб. Проведено чотири фокус-групи з метою вивчення поглядів учасників на своє психічне благополуччя, ключові моменти в їхньому житті, стосунки з іншими, успіхи, фактори стресу та стратегії підтримки від дитинства до дорослого віку. Мова фокус-груп учасників – британська жестова мова, а запис обговорень здійснювався англійською мовою. Результати показали, що учасники із втратою слуху, здебільшого, належать до спільноти глухих. Учасники всіх чотирьох фокус-груп зазначили, що труднощі у спілкуванні в дитинстві мали вплив на їхнє психічне благополуччя у подальшому житті. Дослідження показало, що існує прямий зв'язок між узурпацією усної мови в навчанні, навчання у загальноосвітній школі або відмова визнавати глухоту призводить до проблем із психічним здоров'ям. Окремі учасники з втратою слуху повідомили, що існує стигма серед осіб, щочують, стосовно можливостей глухих, їх досягнень у кар'єрі та життєвого успіху. Повідомляється також, що глухі не завжди отримують адекватну допомогу з боку осіб, щочують, через їх стигматизацію. Учасники зазначили, що неоціненну роль у формуванні їх ідентичності відіграє сім'я. Щодо стратегій допомоги – то учасники фокус-

груп відмітили найважливіші, зокрема, мислити позитивно, навчитися справлятися зі складною життєвою ситуацією. Корисною стратегією для глухих є доступна підтримка, що сприяє їх благополуччю (Rogers, 2013, с. 203, 205, 206, 207, 209, 212, 214, 216, 217, 220).

Результати дослідження М. Marinić показали, що глухі та слабкочуючі особи найчастіше стикаються з дискримінацією (66%) та зазнають насильства поза сім'єю (41%). На думку дослідника, причини цього явища складно однозначно визначити, можливо, причиною є інвалідність по слуху, яка є важко помітною, на відміну від інших видів інвалідності. Ставлення до глухих осіб може бути більш упереджене порівняно з особами з видимими формами інвалідності, відповідно й досвід дискримінації та насильства корелює з меншою задоволеністю життям у цілому та нижчим відчуттям щастя в житті (Marinić, 2020, с. 573).

Отже, обидва вищезгадані дослідження наголошують на тому, що особи із втратою слуху, часто зазнають дискримінації та стигматизації з боку чуючих. Саме труднощі порозуміння з чуючими, ймовірно, призводять до сегрегації та до проблем з психологічним здоров'ям. Дослідники наголошують також на важливості навчання стратегіям опанування стресовими ситуаціями та важливості доступу до соціальної підтримки.

Т. V. Crowe дослідив опитаних з порушеннями слуху і виявив, що існує значущий зв'язок між спілкуванням і задоволеністю життям у цієї категорії осіб. Науковець зазначив, що чим більше задоволення відчував учасник з порушеннями слуху при спілкуванні з рідними, тим щасливіше він почувався. Більшість досліджуваних повідомили, що вони щасливі бути частиною глухої спільноти (94,7% вибірки) (Crowe, 2018, с. 295-296).

J. A. Holman, B. W. Y. Hornsby, F. H. Bess & G. Naylor стверджують, що втрата слуху може суттєво впливати на самопочуття особи з порушеннями слуху через різноманітні чинники, і втота є лише однією зі складових цього впливу (Holman, Hornsby, Bess & Naylor, 2021, с. 555).

Німецький дослідник М. Hintermair зазначає, що досліджувані з важкою втратою слуху мають вищі показники особистісних ресурсів, ніж учасники дослідження з легкою або помірною втратою слуху. Згідно з висновками науковця учасники дослідження з порушеннями слуху, які відвідували школи для глухих або слабкочуючих мають вищі показники особистісних ресурсів. Результати дослідження показали, що глухі та слабкочуючі особи з маргінальною акультурацією мають найнижчу самооцінку та найменшу задоволеність життям, ніж глухі та слабкочуючі особи з інших акультурацій. Глухі та слабкочуючі досліджувані з бікультурною ідентичністю виявляють вищий рівень психосоціального благополуччя. Глухі та слабкочуючі учасники мають високі показники благополуччя, але трохи нижче, ніж опитані з бікультурною ідентичністю (Hintermair, 2008, с. 293-295).

Отже, у проаналізованих дослідженнях особлива увага приділялася питанням важливості спілкування та соціальних зв'язків для підтримки оптимального рівня благополуччя осіб з порушеннями слуху. Особи із глибокою втратою слуху, на думку дослідників, мають більше особистісних ресурсів, що, у свою чергу, поліпшує психосоціальне благополуччя таких осіб.

Інші дослідники (Schick, Skalicky, Edwards, Kushalnagar, Topolski & Patrick, 2013) з'ясували, що студенти з порушеннями слуху, які навчаються у загальних класах, мають нормальну якість життя; переважною мовою їх спілкування є усна мова. Більш позитивне сприйняття молоддю з втратою слуху власної здатності розуміти батьківське спілкування виявляє значущий зв'язок з якісним рівнем життя, що включає самоприйняття, а також менш виражену стигму та депресивну симптоматику (с. 57).

Варте уваги й дослідження, здійснене М. Mekonnen, S. Hannu, L. Elina & K.Matti (2016), що учні з порушеннями слуху мають іншу Я-концепцію у сферах загального Я та батьківських стосунків. Учні із втратою слуху, які навчаються у спеціальній школі, мають вищу самооцінку у порівнянні з

чуючими учнями та учнями з порушеннями слуху, що навчаються у спеціальному класі загальноосвітньої школи (с. 345).

S. Cheng, M. Deng & Y. Yang з'ясували, що учні, які мають вищий рівень соціальної підтримки, виявляють кращу здатність долати труднощі та розв'язувати проблеми порівняно з однолітками, які мають менший рівень соціальної підтримки (Cheng, Deng, & Yang, 2021, с. 18-20).

Усі три дослідження (Schick et al., 2013; Mekonnen et al., 2016; Cheng et al., 2021) наголошують на важливості соціальної підтримки та сімейних стосунків для учнів з порушеннями слуху. Це дозволяє їм розвивати навички копію, поліпшувати самооцінку й самоприйняття.

L. E. Humes створив опитувальник суб'єктивного благополуччя спеціально для осіб з порушеннями слуху похилого віку. У дослідженні брали участь 173 учасника з втратою слуху віком від 60 до 88 років. Остаточна версія опитувальника суб'єктивного благополуччя містить 10 пунктів. Ця методика показала високу надійність і валідність спеціально для осіб з порушеннями слуху похилого віку (Humes, 2021, с. 1, 10).

J. Littlejohn, A. Venneri, A. Marsden & C. J. Plack вивчили вплив пандемії на осіб з порушеннями слуху похилого віку. Результати показали, що особи такого віку із проблемами слуху можуть бути особливо вразливими до негативних наслідків пандемії (Littlejohn, Venneri, Marsden Plack, 2022, с. 8).

V. Lovretić, K. Pongrac, G. Vuletić & T. Benjak (2016) стверджують, що порушення слуху погіршує якість життя. Високий відсоток порушення слуху виявився значущим негативним чинником, що пояснював 7% дисперсії якості життя, тоді як соціальна підтримка виявилася найвагомішим значущим предиктором, який пояснював 22% дисперсії якості життя. У викладеній моделі було виявлено, що ці два предиктори показують 30% загальної дисперсії якості життя. Особи, які користуються слуховими апаратами, мали кращі показники загальної якості життя, близьких стосунків і безпеки та вищий рівень соціальної підтримки порівняно з тими, хто не використовує

апарати (Lovretić, Pongrac, Vuletić & Benjak, 2016, с. 5, 8). В Хорватії досліджувані з серйозними порушеннями слуху в середньому демонструють низьку якість життя (с. 9).

У даних дослідженнях особлива увага приділялася благополуччю осіб з порушеннями слуху похилого віку. Порушення слуху в таких осіб суттєво знижує якість життя, зокрема через обмеженість соціальних зв'язків. Тому, дослідники наголошують на важливості соціальної підтримки такої категорії осіб.

Е. R. McAbee, Е. Drasgow & К. А. Lowrey досліджували питання про те, що, на думку глухих учасників дослідження, є якість життя. Науковці здійснили аналіз висловлювань опитаних. Дослідники виявили, що для опитаних важливо було розглядати себе як глухих – це визначало їхню ідентичність і включало культуру, мову, історію та цінності. Крім того, для них важливо бути незалежними. Глухі учасники дослідження також зазначили, що наявність друзів і родини, є ключем до якості їх життя. Дослідження також виявило, що наявність кваліфікованих перекладачів у спільноті глухих, є необхідною умовою для якості життя людини з порушеннями слуху (McAbee, Drasgow & Lowrey, 2017, с. 340, 343-344, 347).

Р. Kushalnagar, Т. D. Topolski, В. Schick, Т. С. Edwards, А. М. Skalicky & D.L.Patrick провели дослідження серед молоді з порушеннями слуху і з'ясували, що молодь, яка використовувала усну мову як основний засіб спілкування, виявила значно менш позитивне сприйняття стигми, ніж їхні ровесники, які використовували комбінацію усної та жестової мов. Вивчені дані свідчать, що молодь, яка повністю розуміє те, про що говорять їхні батьки, також відзначає високу якість життя, яка пов'язана з їхнім особистим самопочуттям, оточенням і взаєминами (Kushalnagar, Topolski, Schick, Edwards, Skalicky & Patrick, 2011, с. 517).

Ø. Nordvik, Р. О. L. Heggdal, J. К. Brännström, М. J. Hjernstad, А.К. Aarstad & Н. J. Aarstad дослідили якість життя у дорослих опитаних з

порушеннями слуху. Якість життя чоловіків з порушеннями слуху виявилася кращою порівняно з жінками. Досліджувані з односторонньою втратою слуху повідомили про гіршу соціальну функцію та більшу втому, ніж досліджувані з двобічним порушенням слуху (Nordvik, Heggdal, Brännström, Hjernstad, Aarstad & Aarstad, 2019, с. 1, 5).

В даних дослідженнях виявлені гендерні відмінності у благополуччі осіб з порушеннями слуху: чоловіки мають кращу якість життя, ніж жінки. Також важливим є те, що молодь, яка має гарно розвинуті комунікативні навички, демонструє високу якість життя.

S. C. Theunissen, C. Rieffe, A. P. Netten, J. J. Briaire, W. Soede, M. Kouwenberg & J. H. Frijns (2014) провели порівняльне дослідження самооцінки серед дітей з порушеннями слуху і дітей з типовим розвитком. Було виявлено, що діти із втратою слуху, мали нижчу самооцінку, на відміну від контрольної групи з типовим розвитком. Не знайдено відмінностей у загальній самооцінці між дітьми зі слуховими апаратами й кохлеарними імплантами. Дослідники зазначають, що діти із втратою слуху відчують, що їх батьки та однолітки менше їх цінують і люблять (Theunissen, Rieffe, Netten, Briaire, Soede, Kouwenberg & Frijns, 2014, с. 5).

S. H. Rembar, O. Lind, P. Romundstad & A. S. Helvik встановили, що користувачі кохлеарних імплантів не відрізняються за рівнем психологічного благополуччя від людей із нормальним слухом (Rembar, Lind, Romundstad & Helvik, 2012, с. 47).

Y. Ban, J. Sun, B. Bai & J. Liu провели дослідження серед підлітків з порушеннями слуху і виявили, що для цих підлітків, позитивні відносини між ними та батьками є ключовими для їх благополуччя (Ban, Sun, Bai & Liu, 2023, с. 6, 9).

Дослідники C. M. Aanondsen, T. Jozefiak, S. Lydersen, K. Heiling & T. Rimehaug (2023) стверджують, що за результатами їх дослідження не

знайдено відмінностей між глухими дітьми та однолітками з приглухуватістю щодо якості життя (с. 6).

М. J. Scherer & D. R. Frisina зробили висновок із свого дослідження, що навіть легка втрата слуху в людей похилого віку може впливати на їх суб'єктивне благополуччя, що підкреслює важливість акценту на аудіологічній реабілітації для цієї групи населення (Scherer & Frisina, 1998, с. 420).

У вищезгаданих дослідженнях показано, що порушення слуху суттєво впливає на самооцінку та суб'єктивне благополуччя усіх вікових категорій. Сімейна підтримка є важливою для підвищення якості життя дітей й підлітків з порушеннями слуху. Засоби слухопротезування, ймовірно, можуть поліпшувати психоемоційний стан, однак відсутній однозначний зв'язок між ними. Аудіологічна реабілітація, згідно з результатами досліджень, є важливою для осіб з порушеннями слуху похилого віку.

Дослідження, проведене В. J. Karić, В. M. Kordić, G. Vuksanović & J. Mitrić (2023) у 2023 році на вибірці з 60 дорослих осіб з набутою втратою слуху та 60 осіб з нормальним слухом із застосуванням опитувальника гандикапу по слуху для дорослих (Hearing Handicap Inventory for Adults) та шкали самооцінки М.Розенберга показало, що учасники із втратою слуху мають помірну або середню самооцінку. Виявлено також взаємозв'язок між самооцінкою та психосоціальним функціонуванням у дорослих з порушеннями слуху. Дослідження також показує, що існує взаємозв'язок у формі негативної кореляції між рівнем самооцінки та психосоціальним функціонуванням. Слід зазначити, що самооцінка дорослих із втратою слуху не відрізняється від самооцінки осіб контрольної групи із нормальним слухом. При цьому стать і ступінь втрати слуху не є статистично значущими чинниками у зміні рівня самооцінки (Karić, Kordić, Vuksanović & Mitrić, 2023, с. 77, 82).

Спостереження за дітьми та підлітками з втратою слуху, які користуються кохлеарними імплантами та слуховими апаратами, свідчать про

те, що їхня самооцінка є вищою, порівняно з однолітками із нормальним слухом. Вищі показники самооцінки, на думку дослідників, пов'язані із кращою соціальною взаємодією дітей та підлітків з порушеннями слуху (Warner-Czyz, Loy, Evans, Wetsel & Tobey, 2015, с. 8).

Y. Ma, W. Xue, Q. Liu & Y. Xu провели дослідження на 246 студентах з порушеннями слуху віком 15-23 роки. Результати свідчать про те, що чим вищий рівень сприймання дискримінації глухими, тим більше знижується їх рівень суб'єктивного благополуччя (Ma, Xue, Liu & Xu, 2022, с. 401, 403, 399).

A. Young, F. Espinoza, C. Dodds, G. Squires, K. Rogers, H. Chilton & R.O'Neill (2023) вимірювали суб'єктивне благополуччя за допомогою 7-пунктової Короткої шкали психічного благополуччя Уорвіка та Единбурга (SWEMWBS) та опитувальника самодетермінації. Методики були адаптовані жестовою мовою. Дослідження показало, що 15% учасників з порушеннями слуху мають низький рівень благополуччя; 70% - середній рівень благополуччя; 15% має високий рівень благополуччя (Young, Espinoza, Dodds, Squires, Rogers, Chilton & O'Neill, 2023, с. 267, 269, 271-273).

Отже, вищезгадані дослідження показують, що самооцінка та суб'єктивне благополуччя осіб з порушеннями слуху суттєво залежать від соціальних та психологічних чинників. Наявність підтримки, рівень сприйманої дискримінації та якість соціальних зв'язків можуть впливати на ці показники.

N. Merten, A. A. Schultz, M. C. Walsh, S. W. van Landingham, P. E. Peppard, C.D.S. Ryff & K. C. Malecki опитали 1341 учасників з порушеннями слуху та зору, з них – 144 респонденти із втратою слуху. Вибірка переважно жіноча (64% жінок у віці 20–92 роки). Дослідники провели скринінг за допомогою методик: 1. Шкала генералізованого тривожного розладу за останні 2 тижні; 2. Оцінювали депресивний статус за допомогою опитувальника здоров'я пацієнта в учасників за останні 2 тижні. Учасники із втратою слуху рідше виявляли симптоми тривожного розладу або депресії, і менше зверталися за

професійною допомогою (Merten, Schultz, Walsh, van Landingham, Peppard, Ryff & Malecki, 2023, с.19-20).

R. S. Kumar, D. Mawman, D. Sankaran, C. Melling, M. O'Driscoll, S.M.Freeman & S. K. Lloyd (2016) провели дослідження. У дослідженні брали участь 26 досліджуваних з домовленнєвою глухотою і 30 учасників з постлінгвальною глухотою, всі вони кохлеарно імплантовані. Кращі показники якості життя були в учасників з постлінгвальною глухотою (с. 23, 24).

Дослідники (Hogan, Hawthorne, Kethel, Giles, White, Stewart, Plath & Code, 2001) провели дослідження впливу кохлеарних імплантів на покращення якості життя. Опитані, які користуються кохлеарними імплантами, мали вищий рівень якості життя та соціальної участі порівняно з тими, у кого імпланти не встановлені.

M. Hofmann, M. Meloche & T. A. Zwolan (2020) досліджували якість життя у підлітків з кохлеарною імплантацією. 43 підлітки заповнили анкету з 34 питань. Ця анкета включала питання, адаптовані з опитувальника якості життя глухої або слабочуючої молоді, а також із індексу Kidscreen-10. Результати показали, що кохлеарно імплантовані підлітки мають якість життя подібну до тієї, яку виявляють однолітки з нормальним слухом.

Науковці L. Percy-Smith, J. H. Jensen, P. Cayé-Thomasen, J. Thomsen, M.Gudman & A. G. Lopez (2008) провели дослідження, яке спрямоване на визначення чинників, що впливають на рівень соціального благополуччя дітей, які користуються кохлеарними імплантами та оцінку зв'язків між цими чинниками та загальним благополуччям. Вивчено дані 167 дітей із кохлеарними імплантами. Дослідники використовували структурні інтерв'ю, в яких батьки оцінювали соціальне благополуччя своїх дітей. Виявлено, що спосіб спілкування вдома виявився найбільш важливим чинником соціального благополуччя. Також виявлено статистично значущий зв'язок між рівнем соціального благополуччя та розумінням мовлення і словниковим запасом.

Висновок дослідників полягає в тому, що діти, які використовують розмовну мову, мають вищі шанси на високий рівень соціального благополуччя порівняно з тими, хто поєднує розмовну мову з жестовою підтримкою або спілкується тільки жестовою мовою.

Отже, теоретичний аналіз зарубіжної психологічної літератури показав, що на психологічне благополуччя осіб із порушеннями слуху впливають різні чинники як безпосередньо, так й опосередковано. Водночас існує загальна тенденція досліджувати їхнє благополуччя через призму культурної ідентичності, яка впливає на успішну соціалізацію та розвиток психологічної стійкості. У літературі також приділяється увага дослідженню дискримінації та стигматизації як важливих чинників, що впливають на благополуччя. Відчуття дискримінації через слух і стигма негативно позначаються на формуванні «Я-концепції», у найгірших випадках створюючи комплекс гандикапу, що значно ускладнює адаптацію до власного стану здоров'я та порушує суб'єктивне благополуччя таких осіб (Миколюк & Мілютіна, 2022, с. 69-70).

1.2.1. Культурна ідентичність осіб з порушеннями слуху як один із чинників благополуччя

Культурна ідентичність осіб з порушеннями слуху відіграє значну роль у суб'єктивному благополуччі і самовизначенні таких осіб.

І. В. Данилюк, С. О. Шиковець наголошують на важливості розвитку етнолінгвістичної ідентичності особистості як значного чинника психологічного благополуччя та самооцінки (Данилюк & Шиковець, 2019, с.26). Н. І. Рогаль та ін. (2021) встановили, що мова є чинником сформованості громадянської ідентичності.

С. Литовченко (2021) відповідно до соціокультурного підходу визначає важливі чинники належності до культури глухих. Такими детермінантами, на

її думку, є статус слуху батьків та мова, що використовується в родині (жестова чи усна). Глуха особа, яка користується жестовою мовою у своєму спілкуванні, відчуває себе частиною глухої культури, розглядає себе як члена глухої спільноти та лінгвокультурної меншини. Дослідниця зауважує, що глухота не розглядається як хворобливий стан («інвалідність»), а як можливість отримання доступу до унікальної культури глухих. Рівень слуху не визначається чітко (наприклад, особа з легким або помірним порушенням слуху, яка може розуміти мовлення в тихому оточенні, але втрачає цю можливість при збільшенні шуму, може використовувати жестову мову і тому вважається «глухою») (с. 23-24).

М. Husting, розглядаючи концепцію N. Glickman (1993), що була розроблена на основі теорії соціальної ідентичності Н. Tajfel (1981), зауважує, що результатом належності до соціальної групи є соціальна ідентичність, яка є складовою Я-концепції і заснована на значущості та цінностях, які існують у цій групі. Вплив членства в групі може залежати від різних чинників, таких як видимість членства, почуття приналежності до групи, сприйняття групи суспільством і взаємне оцінювання групи та індивіда (Husting, 2019, с. 11).

Отже, вищезгадані науковці у своїх дослідженнях наголошують на тому, що належність до культури глухих, визначається ототожненням особи з порушеннями слуху з цією соціальною групою, де перебувають глухі, що об'єднані певними цінностями, та сприймають глухоту як свою особливість, а не як інвалідність.

N. Glickman (1993) створив одну із найвідоміших класифікацій культурної ідентичності осіб з порушеннями слуху, а саме: культура глухих (ототожнення глухої особи себе із спільнотою глухих); культура чуючих (входження до спільноти, що чує); бікультурна ідентичність (відчуття належності до обох спільнот); маргінальна ідентичність (неприйняття жодних із вищезгаданих культурних груп). Науковець розробив психодіагностичний інструмент «Шкала розвитку глухої ідентичності» (DIDS) (с. 9-10).

У нашому дисертаційному дослідженні використовується тільки концепція Н. Глікмана щодо 4 типів культурної ідентичності осіб з порушеннями слуху. Типи культурної ідентичності в нашому дисертаційному дослідженні визначаються за допомогою авторської анкети, де належність до культурної ідентичності осіб з порушеннями слуху аналізувалися через мову спілкування та комфортність перебування цих осіб у спільноті тих, хто чує, в глухій спільноті, в обох спільнотах, або некомфортність перебування у жодній із спільнот (Миколюк, 2023а) (оскільки психодіагностичний інструментарій «Шкала розвитку глухої ідентичності» (DIDS) Н. Глікмана є об'ємним і перевантажив би дослідження).

За Н. Глікманом, культура чуючих (особи з легкою або помірною втратою слуху або ті, хто втратив слух в підлітковому віці, зазвичай, залишаються в «чуючому» оточенні, де вони взаємодіють переважно з людьми, якічують). Для людей, які втратили слух у пізньому віці, зазвичай, глухота стає трагедією, великою втратою та джерелом постійного болю й відчуження. Ті, хто «приймають» свою глухоту, можуть використовувати термін «глухий», але це поняття часто вживається з аудіологічною конотацією. Зазвичай вони не відчують потреби долучатися до глухої спільноти. Та й глуха спільнота не завжди бачить передумови для їхнього прийняття. Отже, для осіб з пізньою втратою слуху притаманна культура чуючих (Glickman, 1993, с. 67, 70, 71, 74, 75).

Н. Глікман зауважує, що глухоту часто трактують виключно як медичну проблему, і не враховують її культурний аспект. Медицина та технології спрямовані на розробку засобів, щоб допомогти глухим інтегруватися у суспільство людей, щочують. В існуючій концепції, люди, якічують, часто розглядаються як більш здорові та дієдатні, порівняно з глухими. Це може призводити до прагнення глухих людей відповідати стандартам «чуючого» життя в таких аспектах: у ставленні, поведінці, світогляді, способі спілкування і т. д. глухих осіб в чуючому середовищі часто сприймають як соціально

незграбних, ізольованих, самотніх або менш розумних. Глуха людина намагається подолати перешкоди, які виникають через глухоту. Згідно з медичною концепцією успішна глуха особа – це та, яка може повноцінно функціонувати в суспільстві, де переважає слухова комунікація, без використання підтримки та жестової мови. У такому випадку, особи з порушеннями слуху звертаються до фахівців, які допомагають працювати із залишковим слухом, навчають мовленню та інше, при цьому жестова мова не розглядається як засіб спілкування (Glickman, 1993, с. 67, 70, 71, 74, 75).

Маргінальна ідентичність за Н. Глікманом притаманна для осіб, які пізно втратили слух. Така ідентичність спочатку формується у більшості глухих дітей, народжених у сім'ях, що чуять. У таких дітей недостатні навички спілкування як усною, так і жестовою мовою. А їх соціальна поведінка є неприйнятною як для глухих, так і для чуючих. Існують труднощі у встановленні контактів як з глухими, так і з особами, що чуять. Такі особи відчують ізоляцію, сплутаність стосовно особистої ідентичності. Вони нібито перебувають «між двома світами» (Glickman, 1993, с. 92-93).

Культура глухих розглядає глухоту виключно як культурну особливість, а не інвалідність. Занурення у світ глухих виражається в ентузіазмі та безкритичному ставленні до всього, що стосується глухих. Це може включати ідеалізацію світу глухих та приниження світу чуючих. Також спостерігається «чорно-біле мислення», при якому вірять, що глухий не може зробити нічого поганого, а чуючий не може зробити нічого правильного. Відбувається переосмислення традиційних цінностей відносно слуху: жестова мова вважається більш цінною, ніж усна мова. Існує впевненість у тому, що глухі не повинні використовувати свій голос. А жестовий та усний спосіб вираження не повинні супроводжувати один одного. У спільноті глухих, на думку Н.Глікмана, існує переконання, що лише глухі люди повинні бути відповідальними за програми навчання або консультування глухих. Їм

притаманна готовність протистояти людям, які чують, через уявні відчуття несправедливості (Glickman, 1993, с. 99-100).

Бікультурна ідентичність визнає, що і глухі, і люди, які чують, мають свої сильні та слабкі сторони. У них є природне відчуття комфорту в обох світах. Повага до усної мови та жестової мови як різних, але однаково цінних мов, а також вміння спілкуватися обома мовами (Glickman, 1993, с.104).

Отже, узагальнюючи вищезгадану концепцію Н. Глікмана, можна зробити висновки про те, що дослідник розрізняє 4 типи культурної ідентичності осіб з порушеннями слуху. Ці ідентичності можуть варіюватися від ототожнення себе з чуючим світом, або поєднання двох культур (бікультурна ідентичність), або інтеграція в глуху спільноту, або маргінальна ідентичність. Саме від типу культурної ідентичності осіб з порушеннями слуху, на думку вченого, буде залежати його суб'єктивне благополуччя (Миколюк, 2023а).

Багато глухих людей, які вважають жестову мову своєю основною, вбачають себе частиною глухої спільноти і впевнені, що глухота - це просто інший спосіб життя. Глуха спільнота не розглядає глухоту як обмеження або медичний стан (Roberts, 2008, с.4).

На думку Н. Б. Адамюк, «глуха особа» - це представник лінгвістичної спільноти, який використовує свою рідну жестову мову у різних сферах життя, включаючи побут, соціокультурні заходи та професійне спілкування. Поняття «особа з порушеннями слуху» включає не лише глухих, які використовують жестову мову, але й тих глухих осіб, для яких жестова мова не є мовою спілкування (Адамюк, 2021, с. 12).

Н. Адамюк, О. Дробот, А. Замша, О. Федоренко (2018) та інші дослідники зазначають, що в США використовують два різних способи написання поняття «глуха особа». Якщо воно пишеться як «deaf» (глухий), це вказує на повну втрату слуху. З іншого боку, якщо використовується «Deaf» (Глухий), це стосується осіб із порушенням слуху, які користуються жестовою

мовою та ідентифікують себе із культурою глухих (с. 131; Cooper, 2007, с. 4-5; Ladd, 2003; Husting, 2019, с.2; Brice & Strauss, 2016).

Отже, на думку більшості дослідників культурної ідентичності осіб з порушеннями слуху саме застосування жестової мови є ключовим критерієм ідентифікації з культурою глухих, завдяки чому формується глуха культурна ідентичність.

D. Maxwell-McCaw & M. C. Zea (2011) розробили свій спеціальний опитувальник, зокрема, Шкалу акультурації глухих (DAS). DAS включає дві основні шкали акультурації: акультурації до культури глухих (DASd) й акультурації до культури чуючих (DASh). Результати проведеного дослідження досліджуваних з порушеннями слуху показали, що особи, які ідентифікували себе як глухих, використовують велику літеру «D». Таких осіб було 74,2%. Частина учасників вказали себе як глухих з маленької літери (18,6%). Невелика кількість досліджуваних описала себе, як осіб з порушеннями слуху чи двокультурних (с. 337).

На думку С. В. Кульбіди (2017), існують дві традиції до розгляду глухоти, зокрема, медико-біологічна та соціокультурна. Медико-біологічна концепція (глухота розглядається як патологічний стан), на відміну від тих, що чують. Основний акцент робиться на пошуку «засобу» проти глухоти, зосереджуючись на лікуванні «слухових вад». Перевага надається слуховим пристроям, що полегшують акустичне сприйняття, відбувається зосередження на усному мовленні та інших системах підтримки, при цьому ігнорується жестова мова. Встановлюється основна мета навчання - опанування усного мовлення. Акцентується увага на підтримці соціалізації глухих осіб у взаємодії з чуючими (Кульбіда, 2017, с. 479-480). Соціокультурна концепція розглядає глухоту як особливу характеристику; концепція визнає ідею, що глухі є лінгвістичною та культурною меншиною, зосереджується на розвитку можливостей та талантів глухих. Визнається необхідність доступу до комунікації для глухих за допомогою візуальних засобів і служб (таких як

телекомунікаційні пристрої, субтитрування, світлові сигналізатори, перекладачі жестової мови та інше). Жестова мова визнається як рідна мова глухих (Кульбіда, 2017, с. 486-487; Кульбіда, 2012).

Отже, згідно із вищезгаданими науковими дослідженнями, існують два підходи до розуміння глухоти: медико-біологічна (глухота сприймається як патологічний стан і потребує негайного слухопротезування; активний розвиток усного мовлення) та соціокультурна (глухота як особливість; активне поширення жестової мови як показника «свій-чужий» у спільноті глухих; не завжди схвалюється серйозне слухопротезування, таке як кохлеарна імплантація).

T. J. Wyatt, J. Duncan, K. Dally & L. de Beuzeville (2021) систематизують дослідження різних авторів щодо впливу культурної ідентичності на психологічні параметри особистості з порушеннями слуху. Наприклад, найбільш цитованою у галузі глухознавства є дослідження Y. Bat-Chava. Дослідниця виокремлює три групи, що представляють різні ідентичності: перша – особи з порушеннями слуху, що відносять себе до чуючої ідентичності, вони використовують усну мову та не сприймають жестову мову; друга - особи, що ідентифікують себе з культурою глухих. Вони застосовують жестову мову і знецінюють усну мову; третя - бікультурні особи, які вважають усну і жестову мови рівноцінними. Дослідження, проведене Y. Bat-Chava, показало, що ті, хто має культурну ідентичність глухих або бікультурну ідентичність, мають вищий рівень самооцінки, порівняно з тими, хто відносить себе до культури чуючих. Частина учасників дослідження підліткового віку намагалися приховати носіння засобів слухопротезування, з метою уникнення зайвої уваги та булінгу (Wyatt, Duncan, Dally, & de Beuzeville, 2021, с. 6-7, 13).

На думку M. Charman, J. Dammeyer (2017), ідентичність є важливим чинником психологічного благополуччя осіб із втратою слуху. Науковцями було здійснено анкетування, що містило три пункти, розроблені для вивчення

сприйняття глухоти: одне стосувалося відчуття дискримінації через втрату слуху, інше - відчуття обмеженості через порушення слуху, і третє - передбачувані труднощі у взаємодії з чуючими на роботі. Також було використано методикау індекса благополуччя Всесвітньої організації охорони здоров'я. Результати показали, що учасники із глухою ідентичністю повідомили про відчуття дискримінації на значно вищому рівні, порівняно із тими, хто має чуючу ідентичність або є представниками бікультурної ідентичності. Учасники старше 25 років із кохлеарними імплантами повідомили про відчуття обмеженості на значно вищому рівні, ніж ті, хто не використовує кохлеарні імпланти. Ті, хто мають чуючу та маргінальну ідентичності, повідомили про вищий рівень відчуття обмеженості, ніж ті, хто ідентифікують себе як глухих або бікультурних. Люди, які мають маргінальну ідентичність, повідомили про більше соціальних проблем, ніж ті, хто ідентифікують себе чуючими або бікультурними. Ті, хто використовують кохлеарні імпланти, значно частіше взаємодіють з чуючими друзями, ніж ті, хто не користується ними. Особи із глухою ідентичністю набагато частіше, ніж представники інших груп, взаємодіють з глухими друзями. Ті, хто ідентифікують себе бікультурними, значно частіше, ніж люди із чуючою та маргінальною ідентичністю, спілкуються з глухими друзями. Учасники із чуючою ідентичністю мають значно більше можливостей, ніж представники інших груп, спілкуватися з чуючими друзями. Ті, хто ідентифікують себе чуючими, повідомили про відчуття обмеженості значно частіше, ніж ті, хто ідентифікують себе глухими або бікультурними. Дослідження виявило високий рівень благополуччя у представників глухої ідентичності (Charman & Dammeyer, 2017, с. 320, 322, 323, 327, 328, 329, 330).

Узагальнюючи результати різних дослідників, можна зробити висновки, що культурна ідентичність суттєво впливає на самооцінку та психологічне благополуччя осіб з порушеннями слуху. Особи з глухою та бікультурною ідентичностями демонструють більш високі показники самооцінки та

психологічного благополуччя, на відміну від осіб з чуючою ідентичністю. Однак, учасники з глухою ідентичністю більш схильні до впливу дискримінації з боку чуючих. Жінки частіше за чоловіків намагаються приховати свої слухові апарати від оточуючих.

М. Husting зазначає, що культурна соціалізація глухих включає передачу від батьків до дітей інформації про важливість та цінність культури глухих, а також про членство в глухій спільноті. Дослідник наголошує на тому, що батьки відіграють суттєву роль у формуванні соціального розвитку своєї дитини. Батьки можуть служити моделлю, показуючи, до яких соціальних груп вони належать, як сім'я (Husting, 2019, с. 2, 12).

Р. J. Brice & G. Strauss (2016) стверджують, що рішення, що ухвалюються батьками на початковому етапі життя глухої дитини, неминуче відіграють роль у її житті, особливо коли вона входить у підлітковий вік. Тому, батьки глухих дітей повинні вирішити, чи відправляти своїх дітей до звичайної школи разом з чуючими дітьми чи обирати для них програму для глухих. Ті, хто обирає навчання в звичайних школах, стикаються з додатковим завданням самоідентифікації серед однолітків, які чують (с. 67-68).

К. А. Diego & S. C. Hardonk (2023) провели опитування глухих жестомовних досліджуваних. У дослідженні взяли участь три чоловіки й три жінки. Всі вони спілкувалися ісландською жестовою мовою та вважали її рідною. Результати інтерв'ю показали, що учасники приділяють значну увагу соціальній взаємодії з іншими глухими та використанню жестової мови у своєму житті. Вони відчували труднощі у встановленні зв'язків із чуючою спільнотою та розповідали про те, що здатність до глибоких та значущих розмов з чуючими виявлялася складною. Використання жестової мови у соціальній комунікації виявилось ключовим для опитаних і вплинуло на їхню культурну ідентичність. Деякі учасники зазначили, що поширення чуючою спільнотою кохлеарної імплантації для глухих розглядається ними як відмова від власної глухої ідентичності (с. 235, 237, 242, 243).

Отже, на думку більшості вищезгаданих дослідників, саме від батьків залежить культурна соціалізація дітей з порушеннями слуху, оскільки батьки слугують моделями для наслідування й засвоєння певних соціокультурних норм їх дітьми. Це також впливає на подальший життєвий шлях такої дитини та формування її ідентичності. Науковці зауважують, що кохлеарна імплантація, на думку більшості осіб з глухою ідентичністю, є загрозою для існування спільноти глухих.

Дослідження 2009 року, проведене групою науковців I. W. Leigh, D. Maxwell-McCaw, Y. Vat-Chava & J. B. Christiansen, за участю 57 старшокласників з порушенням слуху у віці від 13 до 18 років. З них 28 осіб були користувачами кохлеарних імплантів, а 29 ніколи не користувалися імплантами. Більшість осіб, які використовують імпланти, надають перевагу усному спілкуванню, тоді як лише 15% тих, хто не користуються імплантами, надають перевагу усному спілкуванню. Ті, хто не використовують імпланти, надають перевагу американській жестовій мові. Ті, що відвідують звичайні навчальні заклади, мають більш високий рівень акультурації до чуючих і вищі показники самооцінки (с. 247-248, 251, 252).

P. C. Hauser, A. O'Hearn, M. McKee, A. Steider & D. Thew (2010) стверджують, що глухота заохочує людину активніше використовувати зорове сприйняття. Цей ефект може бути викликаний внутрішньою потребою глухих пристосовуватися та виживати, що призводить до більш інтенсивного використання візуальної модальності у порівнянні з людьми, які чують. Дослідники також приділяють увагу аудизму (намаганню нав'язати глухим ідеологію слухового сприйняття) (с. 486, 490).

M. Nikolaraizi & M. Makri (2004) провели інтерв'ю на тему: «Думки про глухих людей» серед учасників з порушеннями слуху, для тих, хто володіє грецькою жестовою мовою й усною мовою. Учасники дослідження, які не відвідували курси жестової мови, не змогли відмовитися від вже засвоєних

цінностей, пов'язаних із важливістю культури чуючих та усної мови, і неспроможні легко прийняти культуру глухих і жестову мову (с. 407, 411, 412).

Дослідження К. J. Weldon (2017) показало, що ті, хто навчалися в школах для глухих, зазвичай сильно відчували глуху ідентичність або двомовну ідентичність. Ті, хто навчалися в загальноосвітніх школах разом із чуючими однолітками, націлювалися на ідентифікацію себе з людьми, щочують. Ці висновки взаємопов'язані зі статусом слуху батьків, оскільки ті, чії батьки - глухі, майже завжди віддавали їх до шкіл для глухих (с.2462).

Отже, згідно з опрацьованими в цій підрозділі дисертації результатами досліджень, особи з порушеннями слуху мають більш розвинуту зорову домінанту, оскільки це допомагає їм адаптуватися в чуючому середовищі. Дослідження підкреслюють також важливість розуміння різноманітності культурного досвіду осіб з порушеннями слуху та необхідність створення інклюзивного середовища, яке б враховувало мовні та культурні особливості осіб з порушеннями слуху.

1.2.2. Гандикап як один із антагоністів задоволеності життям в осіб з порушеннями слуху

Дослідження суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху в Україні виникає від соціальної необхідності, оскільки під час війни спостерігається зростання кількості таких осіб. Аналіз чинників, що призводять до відчуття неповноцінності в людей із фізичними обмеженнями та їх тенденції до соціальної ізоляції та дезадаптації, стає актуальним у контексті сучасних викликів нашого суспільства. Феномен гандикапу набуває особливого наукового значення через свій деструктивний вплив на соціально-психологічний стан людей із обмеженнями здоров'я, які стикаються з його негативним впливом.

Протягом історії людства, особи з обмеженими можливостями здоров'я не розглядалися з точки зору їхніх сильних сторін і здібностей. Інвалідність завжди асоціювалася з «інакшістю», і, таким чином, ставлення до таких людей залишалось у більшості випадків доброзичливе чи варіативне (Wehmeier, 2013, с. 3-4).

W. H. E. Buntinx (2013) зазначає, що сучасне розуміння інвалідності відійшло від патологічного підходу, оскільки він не забезпечує повного розуміння та ефективного втручання. Позитивне особистісне функціонування не є протилежністю інвалідності, а деякі обмеження залишаються, незважаючи на підтримку. Важливо враховувати суб'єктивний досвід і життєві цілі осіб з інвалідністю. Конструкт якості життя пропонує підхід до позитивної підтримки, пов'язуючи нормативне функціонування з потребами в підтримці. Об'єктивні потреби визначаються професійною оцінкою, а суб'єктивні — життєвими цілями та рівнем задоволеності. Отже, інвалідність слід розглядати комплексно, з урахуванням індивідуальних потреб (Wehmeier, 2013, с. 7,8, 11, 14).

K. A. Shogren (2013) зазначає, що в галузі інвалідності настали значущі трансформації у нашому сприйнятті її структури, зокрема перехід від дефіцитарної або медичної парадигми до соціально-екологічної моделі функціонування людини. Модель інвалідності, яка базується на соціально-екологічному підході, висвітлює взаємодію між різноманітними особистими здібностями та вимогами оточуючого середовища. Цей підхід спрямований на визначення необхідної підтримки для оптимізації функціонування та досягнення особистих суб'єктивних результатів, включаючи якість життя. Якість життя стала ключовим показником особистих результатів у сфері інвалідності (Wehmeier, 2013, с. 19, 22-24).

Отже, як зауважують дослідники, у наш час відбувся перехід від патологічного підходу до розуміння інвалідності до позитивного особистісного функціонування людини з обмеженими можливостями

здоров'я. Також сучасні моделі інвалідності (зокрема, соціально-екологічна модель інвалідності) звертають особливу увагу на якість життя особи з інвалідністю, де адекватно узгоджуються здібності такої особи з вимогами оточення.

В українській психологічній науці виділяють три моделі інвалідності: медична, соціальна і культурна. Згідно з медичною моделлю, інвалідність розглядається як хвороба, яка передбачає переважно медичні заходи реабілітації. Важливим аспектом соціальної моделі є уявлення про те, що особи з інвалідністю повинні активно взаємодіяти з суспільством, де враховуються їхні особливі потреби, а не загальноприйняті стандарти «здорових» людей. Культурна модель інвалідності передбачає ціннісне різноманіття, розвинуті культурні рухи та інше (Чуйко, Кунцевська, Тохтамиш et al., 2021, с. 66-70, 132).

Отже, існують три моделі інвалідності — медична, соціальна та культурна. Вони представляють різні підходи до розуміння інвалідності. Медична модель зосереджується на лікуванні та реабілітації, але не вирішує проблеми соціальної інтеграції. Соціальна модель акцентує увагу на усуненні бар'єрів та забезпеченні рівних можливостей для осіб з інвалідністю, вимагаючи змін у суспільстві. Культурна модель визнає різноманіття інвалідності як важливу частину культурного спектру.

На думку О. В. Арц, наявність фізичного дефекту впливає на особистість, спричиняючи виникнення негативних емоційних станів та зміну рис характеру й особливостей особи з інвалідністю. Особи, які із раннього дитинства живуть з інвалідністю, менш схильні до формування гандикапу порівняно із тими, у кого інвалідність виникла у пізньому віці. На думку дослідниці, це може бути пов'язано з тим, що особи, які набули інвалідність у пізньому віці, глибше переживають невідповідність своєї «Я-концепції» до і після інвалідності, що призводить до формування більш вираженого комплексу гандикапу (Арц, 2021, с. 10).

О. О. Ставицький, О. Г. Ставицька визначають комплекс гандикапу як «властивість, новоутворення психіки, що проявляється у зменшенні соціальної активності, обмеженні кола спілкування неповносправного, зміні самооцінки та самоставлення, яке набуває негативного характеру». Науковцями створено опитувальник визначення комплексу гандикапу, що містить п'ять шкал: рівень самооцінки, емоційна нестійкість, комунікабельність, рівень самоконтролю, вразливість. Показники мають три рівні вираженості: низький, середній та високий (Ставицький & Ставицька, 2020, с. 63). Дослідники провели дослідження за допомогою свого ж опитувальника і виявили, що показники за шкалою «Вразливості» переважають серед студентів, пенсіонерів, колишніх військовослужбовців, безробітних і домогосподарок. Ці групи виявляють особливу чутливість до оцінок оточуючих, особливо до негативних відгуків, спрямованих на них. Такі досліджувані важко сприймають факт і наслідки інвалідизації, втрату працездатності та зниження соціального статусу. Щодо шкали «Комунікабельність», низький рівень притаманний, перш за все, колишнім військовослужбовцям, безробітним. Ці досліджувані мають нереалізовану потребу в спілкуванні через наявність комплексів, пов'язаних із стигматизацією інвалідів. Показники за шкалою «Рівень самооцінки» вказали на її низький рівень, перш за все, у колишніх військовослужбовців, безробітних і домогосподарок. Цій категорії осіб притаманна недостатня самоповага та самооцінка, невміння визначити свої сильні сторони та позитивні якості (с. 68-69).

Отже, враховуючи попередні дослідження, можна зробити висновки про те, що обмеження, спричинені інвалідністю, зумовлюють формування комплексу гандикапу, який, у свою чергу, впливає на адаптацію до свого стану такими особами та їх самооцінку. Дослідники зауважують, що особи, які набули інвалідність у пізньому віці, більш схильні до розвитку комплексу гандикапу, через що виникає розрив між минулою й теперішньою «Я-концепцією».

О. О. Ставицький розмежує такі поняття як «гандикапізм», «гандикапність», «гандифобність» та комплекс гандикапу. Гандикапність, на його думку, це індивідуально-психологічна властивість, яка виявляється в поведінці, емоційних станах та експресивних реакціях щодо людей з порушеннями фізичного або психічного розвитку. Гандифобність – особистісна форма прояву гандикапізму – фобія, що проявляється у виникненні в здоровій людини відчуття дискомфорту, тривоги та страху у разі взаємодії з особою з інвалідністю. Гандикапізм – сукупність негативних уявлень про інвалідизованих. Ці погляди притаманні в суспільній свідомості, зокрема, на несвідомому рівні як колективне несвідоме (архаїчні стереотипи). А симптомокомплекс гандикапу – це властивість особистості, яка формується через усвідомлення інвалідності, що призводить до руйнування життя та відчуття його порожнечі. Цей комплекс супроводжується негативними емоціями, деструктивними оцінками самої себе та взаєминами з оточуючим соціумом (Ставицький & Ставицька, 2020, с. 65; Ставицький, 2012; Ставицький, 2014).

Більш розгорнуте тлумачення поняття «гандикапізм» дають Д.Гошовська & О. Фінів. Дослідники вважають, що гандикапізм об'єднує в собі висловлення нетерпимості, ворожості, гордисті та ксенофобію щодо осіб із фізичними обмеженнями, часто проявляючи себе у формі байдужості, цинізму та інших аморальних установок. Зазначається, що гандикапізм може виступати прямою причиною розвитку невротичних розладів, зокрема, підвищеної тривоги, різновидової тривожності, фрустрації та підвищеної нервово-психічної напруженості. Крім того, він може призводити до пасивних реакцій на соціальні взаємодії, вияву боязкості, ухилення від спілкування та ізоляції від оточуючого світу. Це стає особливо актуальним в умовах загального усвідомлення проблеми ставлення до людей з інвалідністю, які брали участь у бойових діях (Гошовська & Фінів, 2020, с. 53-54).

У вищезгаданих дослідженнях науковці здійснили розмежування понять «гандикапізм», «гандикапність», «гандифобність» та комплекс гандикапу. Узагальнюючи ці поняття, можна стверджувати, що гандикапізм і пов'язані з ним поняття (гандифобність, гандикапність) відображають різний ступінь упередженого ставлення до осіб з інвалідністю як на індивідуальному, так і на суспільному рівні. Такі прояви гандикапізму можуть погіршувати психоемоційний стан, провокуючи ізоляцію таких осіб, особливо серед військовослужбовців та ветеранів війни.

Для досліджуваних підлітків з інвалідністю характерним є високий рівень тривожності у власній оцінці та взаємодії з іншими, а також самовпевнена самотність, яка виконує як самозахисну, так і самостверджувальну роль. Важливим є також прийняття своєї зовнішності для підлітків із психофізичними порушеннями здоров'я, що свідчить про їх бажання взяти участь у загальних процесах розвитку та конструювати власний образ Я та Я-концепцію (Гошовська, 2019, с. 91).

О. О. Ставицький, О. Г. Ставицька створили опитувальник комплексу гандикапу, що складається зі 151 питання та семи шкал, спрямованих на визначення гандикапу як психологічного комплексу особистості для осіб з інвалідністю (Ставицький, Ставицька, 2023, с. 171).

У нашому дисертаційному дослідженні, ми спираємося на теоретичну базу гандикапу та його проявів, створену О. О. Ставицьким & О.Г.Ставицькою та іншими вченими. Опитувальник гандикапу, розроблений дослідниками, не використовуємо, оскільки є спеціальний опитувальник гандикапу по слуху (Hearing Handicap Inventory for Adults), який значно компактніший. Саме його заповнювали наші досліджувані.

О. О. Ставицький аналізує концепцію А. Адлера про комплекс неповноцінності, що це патологічне усвідомлення своїх фізичних та психічних вад, відчуття меншовартості. А. Адлер вважає, що причинами формування цього комплексу в особистості можуть бути фізична депривація, надмірна

опіка або гіпоопіка з боку батьків. Комплекс неповноцінності може перейти у комплекс гандикапу. Дослідник виділяє критерії комплексу гандикапу: патологічно завищена чи занижена самооцінка, що порушує саморегуляцію та самоконтроль; неприйняття себе й інших; нерозуміння себе й інших; безвідповідальність; соціальна дезадаптованість; втрата сенсу життя та ін. (Ставицький, 2012, с. 394).

Отже, поняття «комплекс неповноцінності» за А. Адлером та комплекс гандикапу за О. О. Ставицьким мають нерозривні концептуальні зв'язки, оскільки обидва негативно впливають на адаптацію, самооцінку, задоволеність життям та самореалізацію, ймовірно, послаблювати соціальні зв'язки осіб з інвалідністю.

L. E. Humes дослідив зв'язок між класифікацією порушення слуху за ВООЗ й гандикапом за станом слуху. Результати показали, що чим більша втрата слуху, тим більш виражений гандикап за станом слуху, починаючи з помірної втрати слуху (Humes, 2019, с. 7, 9, 11).

M. A. Eckert, L. J. Matthews & J. R. Dubno з'ясували, що в осіб похилого віку, у яких спостерігається відносно легка втрата слуху, проявляється гандикап за станом слуху. Деякі учасники із відносно кращим слухом повідомили про значущий гандикап по слуху (Eckert, Matthews & Dubno, 2017, с. 255, 256).

M. Metselaar, B. Maat, P. Krijnen, H. Verschuure, W. A. Dreschler & L. Feenstra (2009) виявили, що встановлення слухового апарату має помітний позитивний вплив на інвалідність та гандикап, пов'язані із втратою слуху (с.907).

Учасники дослідження з втратою слуху виявили помітне зниження якості життя, пов'язаної із здоров'ям, у порівнянні із здоровими досліджуваними (Chia, Wang, Rochtchina, Cumming, Newall & Mitchell, 2007).

Таким чином, згідно з результатами попередніх досліджень, проведених у різних країнах світу, гандикап може з'явитися у будь-якому віці, незалежно

від ступеня втрати слуху, внаслідок чого знижується якість життя осіб з порушеннями слуху. Окремі дослідження показали, що використання слухових апаратів зменшує прояви гандикапу таких осіб.

Дослідження, проведене в 2021 році, показало, що неготовність використовувати слухові апарати, пов'язана з пересторогою в осіб з порушеннями слуху стикнутися з соціальною стигматизацією. Отже, як стверджують дослідники, при консультуванні таких осіб потрібно починати з розв'язання проблем та подолання страху перед соціальною стигмою. Стигматизація, на думку дослідників, - це соціальний процес, що впливає на осіб із проблемами слуху в їхньому соціальному оточенні. Фахівці з проблем слуху повинні залучати близьких родичів або партнерів людей із порушеннями слуху до обговорення початку використання слухових апаратів (Ruusuvoori, Aaltonen, Koskela, Ranta, Lonka, Salmenlinna, & Laakso, 2021).

Одним із ключових висновків дослідження, проведеного в 2012 році, є висновок про те, що стигматизація інвалідності виявляється у відсутності можливостей для осіб з інвалідністю ухвалювати власні рішення, у сприйнятті інвалідності як головної характеристики особистості, відсутності критеріїв під час навчання, розгляді інвалідності як чинника у виборі партнера та батьківських можливостей, а також впливу батьківських рішень на життя дітей, переважаючої опіки та стигматизації в освіті та працевлаштуванні. Ця стигматизація призводить до соціальної ізоляції та впливає на якість життя осіб з інвалідністю (Buljevac, Majdak, & Leutar, 2012).

Особи можуть прийняти та навчитися жити зі своєю інвалідністю, але при цьому важливо, як вони підтримують свою участь у суспільстві та соціальні відносини, які мають важливий вплив на якість їхнього життя. Отже, фахівці, які працюють з особами з інвалідністю, повинні надавати пріоритет аналізу впливу соціальних відносин. При втручанні слід розглядати спробу встановлення та підтримання соціальних зв'язків, поєднуючи це з

психологічною допомогою (Jespersen, Michelsen, Tjørnhøj-Thomsen, Svensson, Holstein & Due, 2019).

Отже, дослідники фокусують свою увагу на соціальній стигматизації, яка теж, певною мірою, спричиняє гандикап в осіб з інвалідністю. Соціальна стигматизація може провокувати в осіб з порушеннями слуху відмову від носіння слухових апаратів; спричиняти «вивчену безпорадність», зокрема, несамостійність ухвалення рішень такими особами; погіршує якість їх життя. Вчені зауважують, що особи з інвалідністю зможуть адаптуватися до свого стану здоров'я, у разі значної підтримки їх соціального оточення. Що стосується консультативної допомоги, то вона, на думку науковців, має базуватися, перш за все, на усуненні страху перед соціальною стигмою у таких осіб.

Крім того, дослідження вчених дають можливість розмежувати такі поняття, як гандикапізм та соціальна стигматизація. Отже, під поняттям гандикапізм розуміємо упереджене ставлення виключно до осіб з інвалідністю. Соціальна стигматизація є значно ширшим поняттям й охоплює інші групи (наприклад, соціальні, етнічні), які значно відхиляються від норм, прийнятих у суспільстві.

P. G. Araújo, M. F. Mondelli, J. R. Lauris, A. Richiéri-Costa & M. R. Feniman у 2010 році виявили, що стать впливає на рівень самосприйняття при втраті слуху, де жінки краще усвідомлюють свій стан, ніж чоловіки (Araújo, Mondelli, Lauris, Richiéri-Costa & Feniman, 2010, с. 382).

M. Voola, & D. Távora-Viera у 2020 році провели дослідження оцінки якості життя з використанням опитувальника гандикапу по слуху для дорослих серед 96 учасників з порушеннями слуху. Результати дослідження показали, що 71% учасників дослідження стверджували, що втрата слуху суттєво впливає на їхню якість життя, проте цей вплив був менш помітний у групі з односторонньою глухотою. Опитані, які страждають від двобічної глухоти, відзначали високий рівень гандикапу, що суттєво ускладнює їхню

здатність до спілкування та соціальної активності. Зауважено також, що 86% учасників відчують, що втрата слуху має значущий вплив на їхню якість життя (с. 52, 53, 54).

N. A. Ysasi, R. K. Chen & M. E. Jones зазначають, що, попри спроби зменшити стигматизацію інвалідності, дискримінація залишається. Ветерани, зокрема, стикаються з труднощами через стигму військової служби. Суб'єктивне благополуччя, теорія надії, стійкість та оптимізм допомагають у подоланні стигми. Психосвіта, яка інформує про інвалідність та її поширеність, є ефективним методом у реабілітаційному консультуванні, навіть за межами клінічного середовища (Ysasi, Chen & Jones, 2018, с. 3, 4, 7).

Отже, згідно з результатами сучасних досліджень: в осіб з двобічною глухотою спостерігаються вищий рівень гандикапу й наявні труднощі в соціальній активності; жінки з порушеннями слуху краще усвідомлюють втрату слуху, ніж чоловіки. Дослідники також зазначають, що психосвіта (психоедукація) допомагає знизити стигматизацію та поліпшити суб'єктивне благополуччя осіб з різними формами інвалідності.

L. R. M. Hallberg, U. Hallberg & S. E. Kramer зазначають, що психосоціальні наслідки втрати слуху, такі як зниження якості життя, не можна точно передбачити лише на основі аудіометричних даних. Проведене ними дослідження учасників з порушеннями слуху показало, що у чоловіків - покращене суб'єктивне благополуччя та якість життя у порівнянні з жінками. Чоловіки також істотно менше, ніж жінки, застосовували невербальні стратегії комунікації, такі як читання з губ та знаходження близько до співрозмовника. Дослідники стверджують, що серед опитаних поширене використання таких стратегій, як намагання здогадатися про сказане та уникання активної взаємодії, що значно погіршує якість життя таких людей (Hallberg, Hallberg & Kramer, 2007, с. 2, 3-9).

P. Kushalnagar, M. McKee, S. R. Smith, M. Hopper, D. Kavin & S.R. Atcherson наголошують на необхідності слухової абілітації, що

здійснюється на конкретних методах лікування для полегшення проблем слуху, таких як навчання мовленню чи встановлення кохлеарного імпланта. Концептуальна модель, яку пропонують дослідники, визначає взаємозв'язок між станом здоров'я, внутрішніми чинниками (функціональні навички спілкування, подолання бар'єрів, наполегливість/стійкість) і зовнішніми детермінантами (прийняття іншими, доступ до інформації, участь у суспільстві, навчання інших). Всі ці елементи ґрунтуються на самосприйнятті глухих дорослих щодо проблем, які впливають як на загальні, так і на специфічні для глухих аспекти якості життя (Kushalnagar, McKee, Smith, Nopper, Kavin & Atcherson, 2014, с. 5-6).

Отже, для нашого дослідження важливими є думки науковців, які зауважують, що якість життя осіб з порушеннями слуху не завжди визначається аудіометричними показниками. Не менш важлива й гендерна складова: чоловіки з порушеннями слуху мають краще суб'єктивне благополуччя, порівняно з жінками. Окремі дослідники особливо наголошують на важливості слухової абілітації, що включає в себе розвиток навичок усного мовлення та слухопротезування.

Важливо зазначити, що існує адаптація до інвалідності. Принцип дії адаптації розкривають дослідники J. Stöckel, J. van Exel, W.B.F. Brouwer (2023). Початок інвалідності суттєво знижує ймовірність високого рівня задоволеності життям, але з плином часу (через три роки) особи з інвалідністю повертаються до того рівня, який у них був до інвалідності, що свідчить про їхню адаптацію до постійного погіршення здоров'я. Науковці стверджують, що чоловіки адаптуються швидше, ніж жінки. Адаптація осіб до 55 років триває довше, ніж для людей похилого віку (с.11).

R. Pagán-Rodríguez (2010) розкриває своє бачення щодо адаптації до інвалідності. На його думку, повне відновлення задоволеності життям спостерігається після шести років після набуття інвалідності (с.479).

Отже, згідно з вищезгаданими дослідженнями, адаптація до інвалідності відбувається поступово. Повне відновлення відбувається, як правило, через 6 років. Дослідники наголошують на гендерній відмінності у процесі адаптації до інвалідності: чоловіки краще та швидше адаптуються до інвалідності, ніж жінки. Науковці знайшли вікову відмінність в адаптації до інвалідності: особи з інвалідністю похилого віку швидше адаптовуються порівняно з молоддю.

Негативним чинником, що впливає на суб'єктивне благополуччя осіб з порушеннями слуху, є аудизм.

Аудизм проявляється в осіб, які постійно оцінюють інтелект і успіх глухих людей за їхніми можливостями у культурі чуючих. Він проявляється також, коли робиться припущення, що щастя глухої людини залежить від володіння усною мовою. Він з'являється і тоді, коли глухі люди активно беруть участь у пригніченні інших глухих, вимагаючи від них тих самих стандартів, поведінки і цінностей, що й від чуючих (Dirksen, 2004, с.240; Humphries, 1975).

R. J. Bennett, L. Saulsman, R. H. Eikelboom & M. Olaithe (2022) провели напівструктуроване інтерв'ю серед учасників з порушеннями слуху на предмет соціальних та емоційних труднощів, внаслідок порушення слуху. Результати показали, що учасники описували свій соціальний та емоційний досвід втрати слуху, зосереджуючись на негативних наслідках, таких як втома, відчуття втрати та відчуження. Вони також висвітлювали вплив на свою ідентичність, описуючи, як вони сприймають себе та як їх сприймають інші, а також емоційний стрес, що включає розчарування, тривогу, самотність. Багато учасників визнали відсутність ефективних стратегій подолання, тоді як інші ділилися своєю практикою використання різних стратегій, таких як уникнення (як корисне, так і некорисне), контроль навколишнього середовища, використання гумору, прийняття себе, стратегії прийняття підтримки від соціально значущих людей та відновлення спілкування.

B. Gopinath, J. Schneider, L. Hickson, C. M. McMahon, G. Burlutsky, S.R.Leeder & P. Mitchell (2012) оцінювали якість життя осіб із порушеннями

слуху у лонгітюдному дослідженні (1997–1999, 2007–2009). Вони виявили, що люди похилого віку з труднощами у сприйнятті звуків, належать до групи ризику погіршення якості життя, тоді як використання слухових апаратів значно покращує їх самопочуття.

Отже, опрацьовані у цьому розділі дослідження, підкреслюють значний вплив втрати слуху на соціальні та психологічні аспекти життя осіб з порушеннями слуху. Негативні емоції та труднощі у спілкуванні можуть погіршувати якість життя, особливо у старшої вікової групи. Водночас, використання слухових апаратів може суттєво поліпшити самопочуття та якість життя таких осіб.

1.3. Дослідження благополуччя військовослужбовців з порушеннями слуху

В Україні внаслідок бойових дій, що продовжуються з 2014 року, значно зросла кількість осіб (як цивільних, так і військових), що мають набуте порушення слуху, спричинене акустичною травмою та акубаротравмою.

Акустична травма, на думку Н. П. Голуб, може статися через довготривалий вплив надмірно гучних звуків на слухову систему (Голуб, 2015, с. 36). Акубаротравма - сенсоневральне ушкодження органів слуху, внаслідок впливу тиску вибухової хвилі. Згідно з більшістю стандартних класифікацій бойових травм, акубаротравма вважається частиною категорії «бойова травма черепа та головного мозку», зокрема, мінно-вибухових поранень. Дослідники зазначають, що у 21% військових, які мали акубаротравму, виявлені порушення психіки та поведінки, тоді як у 16,5% були виявлені неврологічні ускладнення (Галушка, Подолян, Швець & Горшков, 2019). Науковці з'ясували також, що у 83,7% випадків у військовослужбовців виявлено сенсоневральну приглухуватість внаслідок акубаротравми. Основні ознаки акубаротравми включають: суб'єктивний шум у вухах, погіршення слуху,

закладення у вухах, головний біль, відчуття оглушення та розлади сну (Галушка, Подолян, Швець & Горшков, 2019, с. 62-63).

Французькі дослідники (J. Lachaux, P. A. Giéré, Q. Vuillemin, T. Colléony, A. Crambert, S. Siegrist, C. Parietti-Winkler, P. É. Schwartzbrod & G. Andéol) (2024) зазначають, що втрата слуху, спричинена гострою акустичною травмою, може серйозно впливати на якість життя та працездатність.

М. В. Тарасенко, О. М. Науменко & Ю. В. Деєва (2022) на основі проведеного ними дослідження, стверджують, що у 70% випадків пацієнтів, які постраждали внаслідок акубаротравми, що сталася під час українсько-російської війни, спостерігається ушкодження слухової системи (с. 22).

D. A. Lowe & B. C. J. Moore (2021) наголошують, що якщо втрата слуху наприкінці військової служби є мінімальною або легкою на певних частотах, існує ймовірність прискореного прогресування втрати слуху на цих частотах у майбутньому (с. 1039).

A. V. Shvets, A. Kikh, Y. Parkhomenko & I. A. Lukianchuk (2020) зазначають акубаротравму як проблему, що виходить за межі простого ураження системи слуху. У всіх військовослужбовців під час медичного огляду виявлено помірний ступінь нейросенсорної втрати слуху (с. 41).

Вплив шуму призводить до прискорення загального зниження слуху на тих частотах, де втрата слуху на момент закінчення впливу є мінімальною або відсутньою. Однак на тих частотах, де втрата слуху на кінець впливу вже є помітною або серйозною, шум може уповільнювати процес прогресування втрати слуху (Moore, 2021, с. 4).

T. E. Abrams, M. J. Barnett, A. Hoth, S. Schultz & P. J. Kaboli (2006) стверджують, що існує сильний зв'язок між втратою слуху та депресією у ветеранів похилого віку (с. 1476).

Отже, акустична та акубаротравма спричиняють порушення слуху у військовослужбовців, які потім потребують тривалої реабілітації по слуху та

психологічної підтримки із застосуванням адекватних психологічних технік із врахуванням обмеженого функціонування слухової системи.

На сьогоднішній день благополуччя військовослужбовців з порушеннями слуху є недостатньо вивченим і потребує ґрунтовних досліджень.

Т. В. Данильченко визначає особистісне благополуччя як інтегральне утворення, що сприяє позитивним вчинкам і взаєминам. Її дослідження показало, що військовослужбовці, які брали участь у бойових діях, мають вищі рівні емоційного, соціального та психологічного благополуччя, ніж цивільні чоловіки. Задоволеність життям у військовослужбовців більше залежить від їх власних досягнень, тоді як у цивільних — від соціального оточення. Військові орієнтовані на соціальну цінність своєї діяльності, що надає їм більше сенсу в житті (Данильченко, 2020, с. 64).

Суб'єктивне благополуччя в учасників бойових дій має статистично значущу залежність від таких чинників, як самоприйняття, життєві цілі, відчуття власної компетентності, особистісний розвиток та позитивні міжособистісні відносини, а також сприйняття оточуючими. Для професійних військовослужбовців особливо важливою є підтримка з боку побратимів та командирів під час бойових дій, а також підтримка з боку родини в інші періоди. Цей чинник стає ключовим для відчуття безпеки та загального благополуччя (Данильченко, 2020, с. 69, 70, 71, 72, 73, 74).

С. D. Mulrow, M. R. Tuley & C. Aguilar (1992) провели дослідження на групі ветеранів, які мали проблеми зі слухом. Вони були оцінені на початку дослідження та через 4, 8 і 12 місяців після початку використання слухових апаратів. Оцінка включала кілька шкал якості життя: гандикапу по слуху для осіб похилого віку, кількісну Денверську шкалу комунікаційних функцій, геріатричну шкалу депресії і короткий портативний опитувальник психічного стану. Висновок полягає в тому, що використання слухових апаратів

приносить стійкі позитивні результати протягом, принаймні, року серед військових похилого віку з проблемами слуху.

S. V. Bowles, P. T. Bartone, D. Ross, M. Berman, Y. G. Rabinowitz, S. Hawley, D.M. Zona, M. Talbot & M.J. Bates (2017) вважають, що життєві аспекти благополуччя включають такі важливі елементи, як підтримка друзів, задоволення від медичних послуг, особистий розвиток, міцність взаємин у подружжі та підтримка сім'ї, фінансова стабільність та задоволення від взаємодії в суспільстві. Крім того, існують п'ять ресурсів, які можуть допомогти зменшити стрес та запобігти загрозам для військовослужбовців: сам військовослужбовець, сім'я, різні постачальники послуг (наприклад, психологи), інструктори та керівники, які навчають та тренують військовослужбовців (с.214).

Отже, згідно з результатами досліджень, можна виділити ключові тези: використання слухових апаратів ветеранами війни з порушеннями слуху похилого віку поліпшує якість їх життя. Для підтримки оптимального благополуччя військових необхідні такі елементи, як підтримка друзів, сімейна підтримка, особистий розвиток, фінансова стабільність та інше.

E. Hernández-Varas, F. J. Labrador Encinas & M. Méndez Suárez (2019) шляхом використання множинного регресійного аналізу на групі з 492 іспанських солдат встановили, що психологічний капітал, задоволеність роботою та самосприйняття здоров'я можуть передбачати рівень психологічного благополуччя цієї категорії осіб. Дослідники виявили позитивний та статистично значущий зв'язок між цими чинниками та психологічним благополуччям, який пояснює до 53% варіації у психологічному благополуччі (с.277).

K. A. Sudom & J. E. C. Lee (2022) провели дослідження серед членів збройних сил Канади. З'ясовано, що приблизно третина учасників повідомила про погіршення психічного здоров'я з початку пандемії, майже половина

вказала погіршення фізичного здоров'я і більшість - вищий рівень стресу (с.113, 115).

Узагальнюючи вищезгадані дослідження, можна зробити висновки, що психологічний капітал, задоволеність роботою та самосприйняття здоров'я є важливими передикторами психологічного благополуччя військовослужбовців.

Н. Волинець провела дослідження серед військовослужбовців. Результати показали, що у військових різних рангів, як офіцерів, так і старшин та сержантів, переважають середні рівні суб'єктивного благополуччя (Волинець, 2018, с.65).

М. Дворник вивчала психологічне благополуччя у військових. 83% військовослужбовців мали високі результати психологічного благополуччя. Найбільш важливими компонентами благополуччя виявилися компетентність та здатність виконувати важливу діяльність, оптимістичний погляд на майбутнє. Однак найменш вираженим було відчуття підтримки та задоволення від соціальних стосунків (Дворник, 2020, с. 65).

А. Б. Коваленко, Н. І. Рогаль et al. (2022; 2020) дослідили чинники благополуччя курсантів і визначили, що більшість курсантів (64%) мають середній рівень психологічного благополуччя за шкалами: позитивні стосунки, самоприйняття, автономія, особистісне зростання та ін.

А. Б. Коваленко, А. О. Яценко (2022) при дослідженні психологічного благополуччя українців на початку повномасштабного вторгнення визначили гендерні відмінності щодо рівня психологічного благополуччя: чоловіки мають переважно високий й середній рівні, жінки – переважно низький.

Отже, як зазначають дослідники, психологічне благополуччя військових залежить від оптимістичного погляду на життя, компетентності. Офіцери мають вищий рівень задоволеності життям, ніж інші військовослужбовці. Науковці також зауважують, що соціальна підтримка й задоволеність

стосунками є менш вираженими чинниками, що впливають на психологічне благополуччя таких осіб.

Згідно з отриманими результатами досліджень, здорові військовослужбовці мають найвищий рівень психологічного благополуччя, у той час, як у соматично хворих він найнижчий. Отримані результати показують, що важливий вплив на психологічне благополуччя в цих групах мають такі чинники, як: «контроль» і «життєстійкість» (Коваленко & Вишнягова, 2017, с. 126, 130). У групі людей з соматичними захворюваннями виявлено, що показники, пов'язані з їх оточенням, також мають вплив на їх психологічне благополуччя (с. 131). В групі поранених осіб виявлено значний вплив їх суб'єктивного відчуття власного здоров'я на їх психологічне благополуччя. Психологічне благополуччя розглядається як особисте ставлення до себе, життя та процесів, що мають значення для них, з точки зору їхніх уявлень про бажаний стан (с. 132-133).

М. Е. Ylikoski & J. S. Ylikoski (1994) провели дослідження гандикапу через порушення слуху серед військових. Більшість із 475 опитаних - у старшій віковій категорії, 26% офіцерів віком до 30 років. Загалом 220 чоловіків відчували шум у вухах, з них 118 постійно. Звичайний дзвін у вухах був найпоширенішим серед чоловіків із глибокою втратою слуху. Більшість офіцерів, які зазначили труднощі зі слухом та мали проблеми з комунікацією, особливо стикалися з цим у шумних ситуаціях. На думку дослідників, це важливо враховувати при розробці програм реабілітації для осіб з порушеннями слуху (с. 93, 98, 99).

Таким чином, гандикап через втрату слуху серед військових є значною проблемою, що впливає на їхню здатність виконувати обов'язки, особливо в шумних ситуаціях, що підкреслює необхідність створення продуманих програм реабілітації. Важливо розробляти стратегії підтримки, щоб допомогти військовослужбовцям з порушеннями слуху впоратися зі своїми труднощами та покращити їхню комунікацію і впевненість у власних здібностях.

1.4. Теоретична модель психологічних чинників суб'єктивного благополуччя в осіб з порушеннями слуху

Теоретична модель дослідження психологічних чинників суб'єктивного благополуччя в осіб з порушеннями слуху охоплює основні психологічні чинники, які можуть як сприяти підвищенню суб'єктивного благополуччя, так і негативно впливати на нього. Психологічні чинники, що розглядаються в дисертації, умовно можна поділити на особистісні та соціально-психологічні чинники. Під особистісними в нашому дослідженні розуміємо індивідуальні характеристики досліджуваних, які визначають їх емоційні реакції та поведінку. До соціально-психологічних відносимо ті психологічні чинники, що формуються під впливом соціального середовища та взаємодії з іншими. Особистісні та соціально-психологічні чинники тісно пов'язані між собою і мають взаємний вплив. Наприклад, низький рівень соціальної підтримки (соціально-психологічний чинник) може негативно вплинути на самооцінку (особистісний чинник).

У нашу модель дослідження ми включили такі соціально-психологічні чинники суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху:

Соціальна підтримка, на нашу думку, є одним із найважливіших чинників для осіб з порушеннями слуху, оскільки вони часто стикаються із труднощами у спілкуванні, що може призвести до ізоляції та самоізоляції. Соціальна підтримка з боку друзів, сім'ї, спільноти Глухих, асоціації носіїв слухових апаратів та кохлеарних імплантів допомагають їм зменшити відчуття самотності та сприяють інтеграції в суспільство.

Підтримка значущого іншого є також важливою для осіб з порушеннями слуху, тому що ця особа надає, перш за все, емоційну підтримку, що допомагає відчувати себе більш впевнено та захищено, особливо під час різних стресових ситуацій. Позитивні взаємини зі значущим іншим сприяють, насамперед, формуванню адекватної самооцінки та зменшують соціальну ізоляцію.

Значущий інший часто допомагає у вирішенні повсякденних справ та виступає потужним ресурсом, який сприяє підвищенню якості життя осіб з порушеннями слуху.

Крім чинників, які є важливими для всіх осіб, включаючи й тих, у кого є порушення слуху, є ще специфічні чинники, які притаманні виключно особам із втратою слуху.

Таким важливим чинником є, на нашу думку, вплив типу культурної ідентичності на суб'єктивне благополуччя осіб з порушеннями слуху. Саме він визначає, як особа сприймає себе у стосунках з іншими людьми. Кожен тип ідентичності (глуха, бікультурна, чуюча, маргінальна) по-різному впливає на самовідчуття, соціальну адаптацію та благополуччя особи. Глуха ідентичність – це, коли особа з порушеннями слуху (необов'язково з діагнозом «глухота», а з будь-яким порушенням слуху) ідентифікує себе як частину глухої спільноти, вона використовує жестову мову і розглядає глухоту, не як інвалідність, а як особливість своєї соціальної групи. Така особа часто має високу самооцінку, оскільки відчуває приналежність до спільноти глухих, яка підтримує та розуміє її, а також допомагає долати життєві виклики.

Особи з бікультурною ідентичністю комфортно почуваються як у глухій спільноті, так і серед чуючих. Вони можуть спілкуватися як жестовою, так й усною мовами, розуміють обидві культури та зберігають баланс між ними. Вони комфортно почуваються в обох культурах, що сприяє їхній соціальній інтеграції та позитивно впливає на їхнє суб'єктивне благополуччя.

Особи з порушеннями слуху з чуючою ідентичністю намагаються інтегруватися в чуюче суспільство, часто уникають спілкування зі спільнотою глухих. Вони, як правило, використовують слухові апарати, кохлеарні імпланти і спілкуються виключно усним та письмовим мовленням. Належність до цієї ідентичності може супроводжуватися в осіб з порушеннями слуху значним стресом, оскільки такі особи постійно намагаються відповідати стандартам чуючого суспільства, але, водночас, мають проблеми з

комунікацією. Вони створюють свої спільноти, як правило, в соціальних мережах і дотримуються думки про те, що всі, хто має порушення слуху, повинні обов'язово слухопротезуватися.

Особи з порушеннями слуху з маргінальною ідентичністю не відчують себе ні частиною глухої спільноти, ні чуючого суспільства. Такі особи, як правило, відчують глибоку соціальну ізоляцію, мають низьку самооцінку, почуваються самотньо та не мають підтримки.

Отже, тип культурної ідентичності для осіб з порушеннями слуху має глибокий вплив (як позитивний, так і негативний на суб'єктивне благополуччя цих осіб) і є унікальним чинником суб'єктивного благополуччя, притаманим виключно особам з порушеннями слуху.

Тип сімейної соціалізації суттєво впливає на розвиток особи з порушеннями слуху в сім'ї. Сімейне середовище визначає не лише рівень підтримки, яку отримує особа з порушеннями слуху, а й впливає на його культурну ідентичність, соціалізацію та емоційний стан. Тип сімейної соціалізації аналізується в цій роботі тільки для осіб з порушеннями слуху, які мають таке порушення з дитинства.

Отже, в ситуації, коли обоє батьків – глухі, дитина з порушеннями слуху, зазвичай, зростає в середовищі, де жестова мова є основним засобом спілкування, а глухота сприймається як норма. У таких дітей найчастіше формується глуха ідентичність, яка позитивно впливає на їх самооцінку. Діти у сім'ї вільно спілкуються жестовою мовою, відчують себе комфортно при такій комунікації, не відчують фрустрацію та ізоляцію.

У ситуації, коли один з батьків – глухий, а інший – чуючий. Дитина з порушеннями слуху має можливість взаємодіяти як з глухою, так і з чуючою спільнотами, залежно від рівня підтримки і залученості у виховання дитини кожного з батьків. Такі особи, як правило, розвивають бікультурну ідентичність, комфортно почуваються як серед глухих, так і серед чуючих. Спілкування, як правило, відбувається двома мовами: жестовою та усною.

У тому разі, коли дитина з порушеннями слуху виховується у родині, де обоє батьків чують, у неї виникають, як правило, проблеми з адаптацією, оскільки такі батьки не завжди розуміють специфічні потреби своїх дітей. У таких сім'ях діти намагаються, як правило, адаптуватися до світу чуючих і розвивати чуючу ідентичність. Але психологічно для дитини – це складно. Така адаптація супроводжується стресом й фрустрацією. Іноді в таких сім'ях діти з порушеннями слуху відчують себе маргіналізованими. У таких дітей, як правило, низька самооцінка та підвищена тривожність. Батьки, що чують, активно звертаються до професіоналів з метою «виправлення» проблем зі слухом, замість того, щоб прийняти особливості своєї дитини (Glickman, 1993).

Отже, тип сімейної соціалізації особи з порушеннями слуху суттєво впливає на те, як в подальшому ця особа розвиває свою ідентичність, здійснює самооцінку та соціалізується.

Для осіб з порушеннями слуху позитивні стосунки мають більшу значущість через їхні специфічні виклики. Позитивні взаємини з іншими людьми сприяють підвищенню самооцінки. Позитивні стосунки створюють відчуття приналежності до групи чи спільноти. Відчуття включеності може знизити ризик соціальної ізоляції та підвищити якість життя.

У теоретичній моделі психологічних чинників суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху ми виділили цілий ряд важливих особистісних чинників.

Вплив адекватної самооцінки на суб'єктивне благополуччя осіб з порушеннями слуху є значним, оскільки вона допомагає таким людям сприймати свої особливості, як частину власної ідентичності, а не як обмеження. Адекватна самооцінка, на нашу думку, допомагає знизити рівень тривожності та фрустрації, краще взаємодіяти з іншими, зменшується відчуття ізоляції. Особи з адекватною самооцінкою здатні до самостійного ухвалення рішень, що підвищує їх автономію.

Самоприйняття має суттєвий вплив на суб'єктивне благополуччя осіб з порушеннями слуху. Самоприйняття передбачає повне прийняття себе, включаючи свої сильні сторони та обмеження здоров'я. Коли особа з порушеннями слуху повністю приймає себе, вона менше схильна до внутрішнього конфлікту і самокритики. Це знижує рівень стресу та тривожності, оскільки особа не намагається відповідати зовнішнім очікуванням або «приховувати» свої особливості. Самоприйняття безпосередньо пов'язане з адекватною самооцінкою. Людина, яка приймає своє порушення слуху як частину себе, має вищий рівень самооцінки, що сприяє загальному відчуттю благополуччя. Особи, які приймають свою глухоту, менш схильні до негативних емоційних станів, оскільки вони більше зосереджуються на позитивних аспектах свого життя.

Мета в житті є важливим чинником суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху, оскільки вона надає сенс існуванню, допомагає подолати труднощі та стимулює особистісний розвиток. Для людей з порушеннями слуху наявність мети в житті може стати особливим джерелом мотивації та емоційної стійкості, сприяючи задоволеності життям. Особи з порушеннями слуху, які мають мету в житті, можуть активніше взаємодіяти з іншими, знаходячи соціальну підтримку та нові можливості.

Управління середовищем є важливим чинником суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху, оскільки це допомагає їм адаптуватися до зовнішніх обставин, забезпечити власний комфорт і контролювати вплив середовища на своє життя. Управління середовищем дає можливість особам з порушеннями слуху забезпечувати умови для комфортної комунікації, з використанням допоміжних технологій (слухових апаратів, субтитрів, перекладу жестовою мовою). Ефективне управління середовищем дозволяє особам з порушеннями слуху активніше брати участь в соціальному житті, за умови, якщо здійснити адаптацію суспільних заходів, з

використанням сучасних технологій для поліпшення комунікації, наприклад, відеозв'язок із функцією субтитрів або переклад жестовою мовою.

Автономія є значущим чинником суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху, оскільки вона сприяє почуттю незалежності, самоконтролю та можливості ухвалювати власні рішення. Важливим аспектом автономії є зменшення залежності від допомоги інших людей. Для осіб з порушеннями слуху - це може бути особливо актуальним, оскільки в деяких випадках вони можуть бути змушені покладатися на перекладачів жестової мови, супровід чи допоміжні технології. Автономія надає можливість особам з порушеннями слуху розвиватися як особистість, здійснювати власний вибір у життєвих ситуаціях, навчанні чи кар'єрі.

Особистісне зростання передбачає розвиток нових навичок, самоусвідомлення, самовираження та здатність адаптуватися до змін в житті, що є важливим для поліпшення суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху. Процес особистісного зростання, зазвичай, включає освоєння нових навичок і досягнення нових цілей. Це сприяє підвищенню впевненості в собі та своїх здібностях, що важливо для осіб з порушеннями слуху, які стикаються з додатковими викликами, пов'язаними зі слухом.

Розглянемо чинники, які мають негативний вплив на суб'єктивне благополуччя осіб з порушеннями слуху. Серед них – соціальний гандикап, що визначається як обмеження, з якими особи стикаються через соціальні бар'єри, пов'язані з порушеннями слуху. Соціальний гандикап може призвести до відчуття соціальної ізоляції, коли особа з порушеннями слуху відчуває, що не може брати участь в соціальних взаємодіях. Постійні труднощі у спілкуванні й відчуття відчуженості можуть призвести до зниження самооцінки та викликати почуття неповноцінності.

Гандикапізм має негативний вплив на суб'єктивне благополуччя осіб з порушеннями слуху. Цей соціальний феномен пов'язаний з упередженим сприйняттям суспільством осіб з обмеженнями здоров'я, що може

проявлятися у формі дискримінації, відчуження й нехтування. Гандикапізм спричиняє стигматизацію осіб з порушеннями слуху, змушуючи їх відчувати себе неповноцінними або нездатними. Особи з порушеннями слуху можуть відчувати постійний страх перед дискримінацією в різних сферах життя – на роботі, в навчанні, під час соціальних заходів. Отже, для того, щоб зменшити прояви гандикапізму, необхідно підвищувати обізнаність суспільства щодо порушення слуху та сприяти розвитку інклюзивного середовища.

Аудизм, або упереджене ставлення до осіб з порушеннями слуху, має серйозний вплив на суб'єктивне благополуччя осіб з такими порушеннями. Це поняття охоплює не тільки негативні стереотипи та дискримінацію, а й установки, які ставлять чуючих людей в привілейоване становище в порівнянні з тими, хто має порушення слуху. Аудизм може призвести до дискримінації в освіті, працевлаштуванні та інших сферах життя. Аудизм сприяє формуванню соціальних бар'єрів, які ускладнюють інтеграцію осіб з порушеннями слуху в суспільство.

Емоційний гандикап. Цей термін описує емоційні труднощі, з якими стикаються особи через їхні слухові обмеження, і може проявлятися в різних формах, таких як тривожність, депресія та відчуття безпорадності. Особи з порушеннями слуху можуть відчувати постійну тривогу щодо своєї здатності спілкуватися з іншими. Емоційний гандикап може призвести до зниження самооцінки, оскільки особа може відчувати, що її обмеження роблять її менш цінною чи неповноцінною в очах інших.

Вираженість самооцінки психічних станів (тривожність, фрустрація, агресивність і ригідність) можуть суттєво негативно впливати на суб'єктивне благополуччя осіб з порушеннями слуху. Тривожність може сприяти розвитку інших психологічних проблем. Фрустрація може виникати через труднощі в спілкуванні або обмеження в доступі до інформації. Агресивність може призвести до конфліктів з оточуючими, особливо в ситуаціях, де спілкування є складним. Ригідність у мисленні може ускладнити адаптацію до нових

ситуацій. Отже, теоретична модель дослідження психологічних чинників суб'єктивного благополуччя в осіб з порушеннями слуху має таке схематичне зображення (Рис. 1.1).



Рис.1.1. Теоретична модель психологічних чинників суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху

Таким чином, у дослідженні психологічних чинників важливо враховувати як особистісні, так і соціально-психологічні чинники, адже вони разом визначають суб'єктивне благополуччя осіб з порушеннями слуху.

У нашій теоретичній моделі перелік психологічних чинників суб'єктивного благополуччя не є вичерпним. До нього увійшли, на нашу думку, найбільш впливові із них.

Висновки до розділу 1

У першому розділі відображено результати теоретичного аналізу наукових джерел з питань суб'єктивного благополуччя, його змісту та вивчено відмінності в дослідженні благополуччя в осіб з порушеннями слуху. На цій підставі сформульовано авторські визначення суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху. У вузькому розумінні суб'єктивне благополуччя осіб з порушеннями слуху – це складне поняття, яке охоплює задоволеність власним життям, емоційний стан, адаптацію та самооцінку цих осіб. Отже, у широкому розумінні суб'єктивне благополуччя осіб з порушеннями слуху – це складний конструкт, що охоплює емоційні (позитивні та негативні переживання) та когнітивні (задоволеність життям) аспекти. Це поняття включає здатність адаптуватися до соціальних, фізичних та психологічних викликів, пов'язаних із порушеннями слуху, а також рівень сприйняття підтримки від сім'ї, друзів та суспільства. Важливу роль відіграють такі показники: як автономія, самооцінка, наявність мети в житті та якість міжособистісних стосунків. Суб'єктивне благополуччя осіб з порушеннями слуху також можна розглядати як відчуття гармонії між своїми особистими очікуваннями та реальністю життя, здатністю приймати себе та свої особливості, вміння знайти своє місце у соціумі та можливість повної реалізації свого потенціалу в ньому.

Теоретично виділено психологічні чинники, які впливають на суб'єктивне благополуччя осіб з порушеннями слуху. Умовно ці психологічні чинники поділено на соціально-психологічні та особистісні. Соціально-психологічними чинниками є: соціальна підтримка: підтримка друзів; сімейна підтримка, значущий інший; позитивні стосунки, тип сімейної соціалізації; типи культурної ідентичності. Особистісними чинниками є: самооцінка; самоприйняття; мета в житті; управління середовищем; автономія; особистісне зростання. Виділено також ряд чинників, які негативно впливають на суб'єктивне благополуччя таких осіб: гандикапізм, аудизм, гандикап

(соціальний та емоційний), вираженість самооцінки психічних станів (тривожність, фрустрація, агресивність, ригідність). На основі виділених психологічних чинників суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху побудовано теоретичну модель їх дослідження.

Обґрунтовано застосування типології культурної ідентичності Н.Глікмана при дослідженні суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху.

У цьому розділі дисертаційного дослідження розглянуто поняття акустичної травми та акубаротравми, спричинених внаслідок бойових дій, які уражають слухову систему. Дано розмежування цих понять. З'ясовано, що обидві травми, пов'язані з впливом надмірно гучного звуку. Акубаротравма спричиняється раптовою зміною тиску, внаслідок вибухової хвилі, тоді як акустична травма є наслідком інтенсивного або тривалого впливу гучного шуму. Ці травми спричиняють порушення слуху у військовослужбовців та цивільних.

Теоретичні напрацювання цього розділу стали основою для підбору психодіагностичного інструментарію емпіричного дослідження психологічних чинників суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху, які є предметом розгляду наступного розділу нашого дисертаційного дослідження.

Результати наукового дослідження, представлені в даному розділі, висвітлено в наступних роботах авторки:

1. Mykoliuk, D., & Miliutina, K. (2022). Theoretical excursion to research on the problem of subjective well-being of persons with hearing impairments. *Socialization & Human Development: International Scientific Journal*, 4(1), 60-75. DOI: <https://doi.org/10.37096/SHDISJ-22-1.1-0005>
2. Миколіук, Д.О., & Мілютіна, К.Л. (2021). Перспективи дослідження суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху. *Габітус*, 31, 123-128. DOI: <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2021.31.22>
3. Миколіук, Д. О. (2022). Проблеми соціалізації осіб з порушеннями слуху. У *Об'єднані наукою: перспективи міждисциплінарних*

досліджень: *Матеріали ІХ Всеукраїнської науково-практичної конференції студентів, аспірантів та молодих вчених* (с. 136-138). Київський національний університет імені Тараса Шевченка.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ СУБ'ЄКТИВНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ ОСІБ З ПОРУШЕННЯМИ СЛУХУ

2.1. Обґрунтування вибору психодіагностичного інструментарію та процедура дослідження

Суб'єктивне благополуччя – це досить складний конструкт. У ньому перебувають у взаємозв'язку різноманітні чинники, серед них є культурні, духовні, соціальні, економічні, фізичні, психологічні та інші. У нашому дослідженні будуть розглянуті тільки основні психологічні чинники суб'єктивного благополуччя в осіб з порушеннями слуху.

Наше теоретико-емпіричне дослідження містило декілька етапів:

1. На теоретичному етапі досліджувалося суб'єктивне благополуччя як теоретичний конструкт, виокремлено зміст суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху, визначено основні психологічні чинники, які більшою мірою впливають на суб'єктивне благополуччя осіб з порушеннями слуху; обрано найоптимальнішу класифікацію порушення слуху, яка в подальшому застосовуватиметься в емпіричному дослідженні; з'ясовано причини виникнення порушення слуху; вивчено питання культурної ідентичності осіб з порушеннями слуху (чотири типи культурної ідентичності за Н. Глікманом), як одного з найбільш важливого чинника суб'єктивного благополуччя таких осіб; досліджено роль гандикапу у двох його формах: соціального та емоційного; вплив аудизму та гандикапізму на суб'єктивне благополуччя осіб з порушеннями слуху; вивчався вплив акустичної травми на стан слухової системи військовослужбовців.

На основі ґрунтовного вивчення психологічної й медичної літератури побудована теоретична модель дослідження психологічних чинників суб'єктивного благополуччя в осіб з порушеннями слуху.

2. На етапі емпіричного дослідження здійснювалося обґрунтування психодіагностичного інструментарію, описувалися основні етапи емпіричного дослідження. Надано характеристику вибірці та її кількісний розподіл за віком, статтю, рівнем освіти, часом втрати слуху (ранньої чи пізньої); розподіл досліджуваних на дві групи: цивільні/військові; типом сімейної соціалізації у цивільних (глухі, чуючі батьки або один із них має порушення слуху). Тип культурної ідентичності в цивільних осіб з порушеннями слуху визначався за двома основними критеріями: застосування мови (українська жестова чи українська усна, чи обидва варіанти) та визначення групи осіб найбільш комфортного спілкування (з глухими, з чуючими, чи обома групами, або не комфортно ні в якій із груп). Проаналізовано емпіричні показники суб'єктивного благополуччя за описовими статистиками та здійснено нормальний розподіл за критерієм Шапіро-Уїлка, проведено аналіз надійності (за α Кронбахом та ω МакДональдом) тих методик, яких немає в адаптованій українськомовній версії; здійснено кореляційний аналіз з метою визначення зв'язку між змінними. Проведено факторний, регресійний та кластерний аналізи з метою досягнення завдань дисертаційного дослідження.

При проведенні факторного аналізу ми ставили за мету скоротити кількість змінних, створюючи латентні фактори, які пояснюють більшу частину варіації в даних.

Множинний регресійний аналіз проводився з метою виокремлення значущих психологічних чинників суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху.

Кластерний аналіз дав змогу розподілити досліджуваних за рівнем вираженості суб'єктивного благополуччя.

Ми розробили три авторських анкети для школярів-старшокласників, які навчаються у спеціальній школі; для дорослих з ранньою втратою слуху й для військових з порушеннями слуху. Питання цих трьох анкет незначно різняться.

В авторській анкеті для школярів з порушеннями слуху міститься інформація про стать, вік, про батьків (глухі батьки, чуючі батьки, або один з батьків має порушення слуху); застосування або незастосування засобів слухопротезування (слухові апарати, кохлеарна імплантація), мову(-и), якими користується учень з порушеннями слуху (варіанти відповідей – українська жестова, українська усна, українська жестова й письмова українська); коло спілкування (спілкування, переважно, з глухими, спілкування з тими, щочують, комфортність спілкування як з глухими, так і чуючими, або некомфортність при спілкуванні з жодною зі спільнот).

Авторська анкета для дорослих з порушеннями слуху включає інформацію про стать, вік, засоби слухопротезування, батьків, час втрати слуху; освіти.

В авторській анкеті для військових міститься інформація про вік, стать, рівень освіти, час втрати слуху, користування чи некористування засобами слухопротезування.

У дослідженні нами використовувалася шкала «Задоволеність життям» (суб'єктивне благополуччя) Е.Дінера. Ця шкала, розроблена для вимірювання загальних когнітивних оцінок задоволеності життям (не є мірою позитивного або негативного афекту) (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985). Оцінювання за шкалою проводиться підрахунком суми балів за кожен пункт. У шкалі Е.Дінера наводяться деякі порогові значення, які можна використовувати як орієнтири при дослідженні (Pavot, Diener, Colvin & Sandvik, 1991).

Психологічне благополуччя у межах нашого дослідження вимірювалося за допомогою «Шкал психологічного благополуччя» авторства К. Ріфф, яка була створена у 1989 році (Ryff, 1989). В методиці психологічного благополуччя існує 6 шкал: автономія, управління середовищем, особистісне зростання, позитивні стосунки, мета в житті та самоприйняття (Ryff & Keyes, 1995).

За шкалами методики К. Ріфф:

Автономія: *високий бал*: самодетермінація і незалежність; здатність протистояти соціальному тиску. *Низький бал*: залежність від очікувань та оцінок інших (Ryff, 2014).

Управління середовищем: *високий бал*: відчуття майстерності та компетентності у керуванні середовищем. *Низький бал*: труднощі в управлінні повсякденними справами; незнання можливостей, які існують навколо людини (Ryff, 2014).

Особистісне зростання: *високий бал*: відчуття безперервного розвитку; сприйняття себе як особистості, яка постійно зростає та розширює свій кругозір. *Низький бал*: відсутність відчуття вдосконалення себе як особистості або розширення власного кругозору (Ryff, 2014).

Позитивні стосунки: *високий бал*: теплі, довірливі стосунки з іншими людьми; турбота про благополуччя інших; спроможність до сильної емпатії. *Низький бал*: мало близьких, довірливих стосунків з іншими; ізоляція та розчарування у міжособистісних стосунках (Ryff, 2014).

Мета в житті: *високий бал*: наявність цілей у житті та життєвого напрямку. *Низький бал*: відсутність відчуття сенсу власного життя (Ryff, 2014).

Самоприйняття: *високий бал*: позитивне ставлення до себе; визнання та прийняття різних аспектів свого власного «Я». *Низький бал*: незадоволення собою; розчарування тим, як склалося життя (Ryff, 2014).

Рівень самооцінки в осіб з порушеннями слуху вимірювали за допомогою шкали самооцінки М. Розенберга (в перекладі Інституту когнітивно-поведінкової терапії). Шкала призначена для вимірювання рівня самооцінки, включаючи як негативні, так і позитивні аспекти свого власного Я (Rosenberg, 1965). Інтерпретація результатів здійснюється шляхом підрахунку позитивних й негативних тверджень.

Соціальна підтримка в осіб з порушеннями слуху вимірювалася за допомогою «Багатовимірної шкали сприйнятої соціальної підтримки (MSPSS)» авторства Г. Зімета (Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, 1988). Дана

шкала містить три субшкали: субшкала значущого іншого, субшкала сімейної підтримки та субшкала підтримки друзів. За багатовимірною шкалою сприйнятої соціальної підтримки можна визначити рівень підтримки за субшкалами: від низького до високого (Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, 1988).

У дослідженні вивчалися стани осіб з порушеннями слуху за допомогою методики «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності» Г. Айзенка (в адаптації С. Д. Максименка, Л. М. Карамушки, Т.В.Зайчикової). Методика спрямована на визначення рівня вираженості тривожності, агресивності, ригідності та фрустрації. Інтерпретація здійснюється шляхом підрахунку балів та визначення низького, середнього та високого рівня вираженості тривожності, агресивності, ригідності та фрустрації (Карамушка, Креденцер, Терещенко, Лагодзінська, Івкін & Ковальчук, 2023, с.12-15).

У дослідженні рівень гандикапу в осіб з порушеннями слуху вимірювався за допомогою Hearing Handicap Inventory for Adults (ННІА) авторства С. W. Newman, В. E. Weinstein, G. P. Jacobson & G. A. Hug, або опитувальник гандикапу по слуху для дорослих. За допомогою опитувальника можна виявити соціальні та емоційні проблеми, які спричиняє втрата слуху. Містить 2 шкали – емоційну та соціальну, які визначають наявність гандикапу через порушення слуху (Newman, Weinstein, Jacobson, & Hug, 1990; Newman, Weinstein, Jacobson & Hug, 1991).

У нашому дослідженні був також застосований проєктивний тест «Хто Я» М.Куна, Т. МакПартленда (1954), що досліджує самоставлення та можливість визначення ідентичностей на основі контент-аналізу. Оригінальна версія тесту вимагає написання 20 тверджень, відповідаючи на питання «Хто Я» у довільній формі за обмежений час. У нашому дослідженні кількість тверджень не обмежувалась та виділялось достатньо часу на виконання цього тесту, оскільки особи з порушеннями слуху (рання втрата слуху) мають певні

труднощі у написанні розгорнутого твору «Хто Я» за обмежений час. Обробка результатів здійснювалася за допомогою контент-аналізу.

Емпіричне дослідження проводилося в паперовому та онлайн форматах. Проведення опитування учнів спеціальних шкіл проводилося тільки у паперовому варіанті. У зв'язку з тим, що було запропоновано для заповнення досить значну кількість цих методик опитування проводилося з перервою протягом двох днів, враховуючи швидку втомлюваність здобувачів спеціальних закладів освіти.

Військовослужбовці з порушеннями слуху заповнювали методики у паперовому варіанті групами по 7-12 осіб за один день з перервою у дві години.

2.2. Характеристика вибірки досліджуваних

Пошук вибірки й здійснення емпіричного дослідження проводилося упродовж 2023-2024 років.

Загальний обсяг вибірки склав 270 осіб. Вибірка складається з цивільних та військових з порушеннями слуху. Цивільна вибірка осіб з порушеннями слуху склала 51 особу із втратою слуху, що складає 19%. До цивільної вибірки увійшли старшокласники, які здобувають освіту в спеціальних школах, призначених для навчання школярів з різним ступенем втрати слуху. Глухі здобувачі освіти, мовою спілкування яких є українська жестова мова, заповнювали методики за допомогою їх штатних перекладачів жестової мови. Ми збирали дану вибірку школярів з порушеннями слуху у спеціальних школах міста Києва, Житомира та Львова. Вік школярів від 15 до 19 років. До даної вибірки також увійшли педагоги з порушеннями слуху із вищезгаданих закладів спеціальної освіти. Було зібрано вибірку дорослих з порушеннями слуху в Гугл-формах. Ця вибірка є незначною за обсягом – всього 10 осіб, які повністю заповнили всі методики. Досліджувані, що заповнили по 2-3

методики – не враховувалися. Вибірка військових з порушеннями слуху складає 219 осіб різного віку; це складає 81% контингенту учасників дослідження. Військову вибірку було набрано в центрах ментального здоров'я Києва та Київської області. Всі військовослужбовці мали діагноз порушення слуху різного ступеня: від легкого до глибокого.

У даному дослідженні враховувалися такі соціальні та демографічні дані: вік, стать, час втрати слуху (рання, пізня), рівень освіти, наявність чи відсутність слухопротезування, контингент учасників (цивільні, військові), тип сімейної соціалізації у цивільної вибірки (чуючі, глухі батьки, один з батьків має порушення слуху), використання мови (українська жестова мова, українська усна, українська письмова та жестова й усна разом). Тип культурної ідентичності за Н. Глікманом (чуюча, Глуха, бікультурна та маргінальна) (Миколюк, 2023а) визначався також тільки у цивільних. Для визначення культурної ідентичності враховувалася мова повсякденного спілкування та комфортність перебування у спільноті чуючих, глухих, в обох цих спільнотах разом, або некомфортності перебування у жодній із спільнот.

Щодо розподілу учасників за соціальними й демографічними даними, то ми маємо такий розподіл у відсотках:

1. За параметром статі – 241 чоловік та 29 жінок, а у відсотках 89% та 11% відповідно.

2. За віковим розподілом: юнацький вік (36 осіб, або 13%); ранній дорослий вік (173 учасників, або 64%); середній дорослий (61, або 23 %).

Класифікація віку подана за Г. Крайгом: юнацький вік (від 15-20 років), ранній дорослий (від 20 до 40 років), середній дорослий вік (від 40 до 60 років) (Сергеєнкова, Столярчук, Коханова & Пасека, 2012, с.60).

3. За часом втрати слуху – рання (втрачено слух у домовленнєвий період), пізня втрата (втрата слуху у військових після акустичної травми та акубаротравми, внаслідок бойових дій; у цивільних втрата слуху – у

дорослому віці). Рання втрата слуху – 48 опитаних, або 18%; пізня втрата слуху – 222 учасника, або 82%.

4. За типом сімейної соціалізації – чуючі батьки у 31 досліджуваного цивільної вибірки, або 61%; один з батьків має порушення слуху у 9 опитаних, або 18 %; глухі батьки у 11 досліджуваних, або 21 %.

5. За наявністю/відсутністю слухопротезування: носять слухові апарати (17 осіб, або 6%); носять слухові апарати на обидва вуха (14 осіб, або 5%); кохлеарно імплантовані на одне вухо (12 осіб, або 4%); кохлеарно імплантовані на обидва вуха (5 осіб, 2%); іноді носять слухові апарати (32 особи, або 12 %); не носять жоден із слухових пристроїв (190 осіб, або 70%).

6. За рівнем освіти: навчаються у спеціальній школі для глухих (32 школяра, або 12%); вищу освіту мають 98 осіб, або 36%; повна загальна середня освіта у 40 опитаних, або 15% учасників; професійну освіту мають 100 досліджуваних з порушеннями слуху, або 37%.

7. Використання мови у цивільній вибірці: українською жестовою мовою спілкуються 27 опитаних, або 53%; спілкуються українською 11 досліджуваних, або 22%; українською письмовою користується 2% опитаних; використовують українську жестову й українську письмову (12 осіб, 23%).

8. За типом культурної ідентичності у цивільній вибірці: чуюча (10 осіб, або 20%); глуха (27 осіб, або 53%); бікультурна (11 осіб, або 21%); маргінальна (3, або 6%).

Висновки до розділу 2

У розділі 2 здійснено обґрунтування вибору психодіагностичного інструментарію для проведення емпіричного дослідження психологічних чинників суб'єктивного благополуччя в осіб з порушеннями слуху. Для дослідження особистісних та соціально-психологічних чинників нами обрано наступні методики:

1. Шкала задоволеності життям Е. Дінера.
2. 6-шкальна методика «Шкали психологічного благополуччя» К.Ріфф.
3. Шкала самооцінки М. Розенберга.
4. Багатовимірна шкала сприйнятої соціальної підтримки (Г. Зімет).
5. Методика «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенка, в адаптації С.Д. Максименка, Л. М. Карамушки, Т.В.Зайчикової).
6. Опитувальник гандикапу в дорослих з порушеннями слуху С.W.Newman, В. Е. Weinstein, G. P. Jacobson & G. A. Hug.

Для з'ясування самоствавлення та типів ідентичностей обрано проєктивний тест «Хто Я» М. Куна, Т. Макпартленда.

У даному розділі надано опис процедури дослідження та представлено також опис вибірки досліджуваних з порушеннями слуху.

Результати наукового дослідження, представлені в даному розділі, висвітлено в наступних роботах авторки:

1. Миколюк, Д.О. & Мілютіна, К.Л. (2021). Перспективи дослідження суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху. *Габітус*, 31, 123-128. DOI: <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2021.31.22>
2. Mykoliuk, D., & Miliutina, K. (2022). Theoretical excursion to research on the problem of subjective well-being of persons with hearing impairments. *Socialization & Human Development: International Scientific Journal*, 4(1), 60-75. DOI: <https://doi.org/10.37096/SHDISJ-22-1.1-0005>
3. Миколюк, Д. О. (2023). Культурна ідентичність як соціальний чинник благополуччя осіб з порушеннями слуху. У І. Р. Крупник, І. С. Попович, Н. І. Тавровецька, & О. М. Танасійчук (Ред.), *Соціально-психологічні технології розвитку особистості: Збірник наукових праць за матеріалами VIII Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих вчених, аспірантів та студентів «Соціально-психологічні технології розвитку особистості»* (с. 73–77). ХДУ.

РОЗДІЛ 3
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ
СУБ'ЄКТИВНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ ОСІБ
З ПОРУШЕННЯМИ СЛУХУ

3.1. Психологічний аналіз емпіричних показників суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху (описові статистики) та дослідження типів ідентичностей за результатами проєктивного тесту

Перший підрозділ емпіричної частини дослідження, присвячений аналізу суб'єктивного благополуччя в осіб з порушеннями слуху та психологічних чинників.

1. Шкала задоволеності життям Е. Дінера (1985).

Для аналізу задоволеності життям (суб'єктивного благополуччя) була використана шкала задоволеності життям Е. Дінера (1985). Надійність «Шкали задоволеності життям» Е. Дінера була визначена за допомогою критеріїв α Кронбаха 0.852 та ω МакДональда 0.858 (див. додаток М). Отримані результати свідчать про достатню надійність шкали і про можливість застосування шкали на даній вибірці.

Здійснено оцінку нормальності розподілу за критерієм Шапіро-Уїлка. Оцінка розподілу показала, що дані відрізняються від нормального розподілу ($p < 0,001$), що свідчить про прийняття альтернативної гіпотези. У таблиці 3.2, наведено описові параметри даної шкали:

Таблиця 3.2

Описові показники шкали Е.Дінера

M	Mo	Md	St	Se	Kr	Sk	Min	Max
19,6	15	19,5	6,81	0,414	- 0,979	- 0,135	5	34

З отриманих даних можна зробити висновок, що є незначна лівостороння асиметрія, тобто схильність вибірки тяжіти до понижених

відповідей. Дослідження показало, що існує негативний ексцес; це свідчить про лептокуртичний розподіл (високий пік й наявні «хвости»).

Були оцінені рівні прояву задоволеності життям за статтю за середніми показниками. Дані представлені в таблиці 3.3.

Таблиця 3.3

Середні показники за статтю за шкалою задоволеності життям

Стать	Задоволеність життям
Чоловіки	19,3
Жінки	22,2

Жінки з порушеннями слуху мають більш високий рівень задоволеності життям, ніж чоловіки. За референтними значеннями даної шкали згідно з отриманими результатами: діапазон значень від 15 до 19 балів – «трохи незадоволений», від 21 до 25 балів – «трохи задоволений». Отже, жінки з порушеннями слуху виявляють більшу задоволеність життям, ніж чоловіки (Миколюк, 2024а).

За незалежною змінною «Вік» з'ясувалося, що більш виражена задоволеність життям в осіб юнацького віку. Спостерігається також зниження задоволеності життям з віком (Миколюк, 2024а). За параметром «Вік» дані не відповідають нормальному розподілу ($p < 0,05$), тому був здійснений статистичний непараметричний критерій ANOVA Крускала-Уолліса. Відповідні дані представлені в таблиці 3.4.

Таблиця 3.4

Показники задоволеності життям за параметром «Вік»

Вік	Задоволеність життям	Критерій Крускала-Уолліса (рівень значущості)
Юнацький	24	p<0,001
Ранній дорослий	19	
Середній дорослий	18,9	

Виявлено статистично значущі відмінності між групами за віком ($p < 0,001$) за шкалою задоволеності життям. Аналогічні результати були отримані групою дослідників, які встановили, що показники суб'єктивного

благополуччя освітнього персоналу також знижуються з віком (Карамушка, Креденцер & Терещенко, 2023). Щоб з'ясувати, які саме групи відрізняються, проведено парне порівняння за критерієм Двасса Стіл Крічлоу Флігнера (таблиця 3.5).

Таблиця 3.5

Попарне порівняння за показником «Агресивність»

	Вік	W	Рівень значущості
Задоволеність життям	юнацький-ранній дорослий	-5,6738	p<0,001

Виявлено статистично значущу пару: юнацький-ранній дорослий вік (W= -5,6738, p<0,001) (Миколюк, 2024а). Виявлена статистично значуща різниця між групами юнацького та раннього дорослого віку за критерієм Двасса Стіла Крічлоу свідчить про те, що між цими віковими групами є суттєва відмінність за досліджуваною змінною.

Були оцінені рівні прояву задоволеності життям за змінною «час втрати слуху». За U-критерієм Манна-Уїтні знайдено статистично значущу відмінність між групами за часом втрати слуху (p<0,001). Чим раніше особа втратила слух (в домовленнєвому чи ранньому віці), тим більш виражене переживання задоволеності життям такої людини (Миколюк, 2024b). Відповідні результати надані в таблиці 3.6.

Таблиця 3.6

Відмінності за змінною «Час втрати слуху» за шкалою задоволеності життям

Час втрати слуху	Задоволеність життям	U-критерій	Рівень значущості	Cohen`s d
Рання	24,1	2835	p<0,001	0,468
Пізня	18,6			

Розмір ефекту за допомогою Cohen`s d=0,468 вказує на те, що ці відмінності є помірними.

Згідно з U-критерієм незалежних вибірок Манна-Уїтні, знайдено статистично значущу відмінність у переживанні задоволеності життям між

цивільними й військовими на рівні значущості ($p < 0,001$). Відповідні дані представлені в таблиці 3.7. Відповідно до результатів дослідження цивільні з порушеннями слуху виявляють більшу задоволеність життям, ніж військові. Стандартне відхилення у військових з порушеннями слуху свідчить про більшу варіативність задоволеності життям, на відміну від цивільних.

Таблиця 3.7

Відмінності за змінною «Досліджувані» за шкалою задоволеності життям

Досліджувані	M	Md	SD	Se	Рівень значущості	Cohen`s d
Військові	18,6	18	6,64	0,449	p<0,001	0,478
Цивільні	24,2	25	5,55	0,777		

Розмір ефекту за допомогою Cohen`s $d=0,478$ вказує на помірний ефект впливу (Миколук, 2024а).

Нами досліджено середні показники задоволеності життям за змінною «Слухопротезування». Результати дослідження за цією змінною представлені в таблиці 3.8. Результати показали, що переживання задоволеності життям різняться залежно від типу слухопротезування.

Таблиця 3.8

Середні показники задоволеності життям за змінною «Слухопротезування»

Слухопротезування	Ношу слух. апарат	Ношу 2 слух. апарати	Кохлеарно імплантовані	Імплант ація на обидва вуха	Іноді ношу слух. апарати	Не ношу пристрої
Задоволен. життям M (Sd)	21,6 (6,78)	20,2 (8,14)	20,3 (7,10)	17 (7,14)	18,9 (6,29)	19,5 (6,80)

Ті, хто носять один слуховий апарат, мають найвищий рівень задоволеності життям (за референтними значеннями шкали Е.Дінера «нейтральне переживання задоволеності життям» (1991)), несуттєво нижче ці показники у досліджуваних, які носять слухові апарати на обидва вуха та на одне вухо кохлеарно імплантовані, а найнижчий показник задоволеності

життям мають ті, хто кохлеарно імплантований на два вуха (за методикою можна інтерпретувати, як «трохи незадоволений» (1991)).

Дані ненормально розподілені за критерієм Шапіро-Уїлка, за критерієм Крускала-Уолліса не виявлено розбіжностей між групами, бо $p > 0,05$ (Миколюк, 2024b).

За номінативним параметром «Рівень освіти», виявлено наступні показники задоволеності життям. Результати представлені у таблиці 3.9.

Таблиця 3.9

Відмінності задоволеності життям за рівнем освіти

Рівень освіти	Задоволеність життям M (SD)	Однофакторний дисперсійний (Фішер)	Рівень значущості
Повна загальна середня освіта	18,4 (6,55)	F = 7,52	p < 0,001
Вища	19,6 (6,86)		
Професійна	18,6 (6,60)		
Спеціальна	24,6 (5,51)		

З'ясовано, що найвищий показник переживання задоволеності життям мають учні спеціальної школи (за шкалою задоволеності життям – «трохи задоволений» (1991) згідно з референтними значеннями шкали Е.Дінера). Ті, хто мають вищу освіту, та інші рівні освіти, виявляють «трохи незадоволеність» своїм життям за шкалою Е. Дінера (Миколюк, 2024b). За однофакторним дисперсійним аналізом (Фішера) було визначено нормальність розподілу за критерієм Шапіро-Уїлка ($p = 0,002$; $p > 0,001$) за рівнем освіти, що вказує на нормальність розподілу, також визначено гомогенність дисперсії за допомогою критерію Левеня ($p = 0,080$, $p > 0,001$), що свідчить про рівність дисперсії у групах. За цим аналізом виявлено статистично значущі відмінності за рівнем освіти. Здійснений апостеріорний тест Тьюкі, який виявив такі статистично значущі групи, висвітлені в таблиці 3.10. В таблиці 3.10 видно, що досліджувані, які навчаються в спеціальній

школі, суттєво відрізняються від трьох інших груп за рівнем переживання задоволеності життям.

Таблиця 3.10

Попарні порівняння за показником «Задоволеність життям»

Задоволеність життям	Освіта	t	Рівень значущості
	спеціальна школа-вища освіта	5,04	p<0,01
	спеціальна школа-повна загальна середня освіта	6,25	p<0,001
	спеціальна школа й професійна освіта	6,055	p<0,001

Щодо номінативної змінної «Батьки», то маємо такі середні показники задоволеності життям, представлені в таблиці 3.11. Опитані, у яких батьки – глухі, незначно випереджають інших за показником задоволеності життям, потім йдуть досліджувані з чуючими батьками. Референтні значення шкали задоволеності життям Е. Дінера для даної вибірки визначається як «трохи задоволений».

Таблиця 3.11

Середні значення за змінною «Батьки» за шкалою задоволеності життям

Батьки	Задоволеність життям M (SD)
Батьки, що чуять	24,3 (4,63)
Один з батьків з порушеннями слуху	23,1 (6,11)
Глухі	24,7 (7,64)

Досліджено задоволеність життям за типом культурної ідентичності у цивільних досліджуваних з порушеннями слуху. Результати надано в таблиці 3.12. Найвищі показники задоволеності життям показали досліджувані з глухою культурною ідентичністю. Найнижчі показники задоволеності життям виявлено в досліджуваних чуючої культурної ідентичності. Отже, тип культурної ідентичності осіб з порушеннями слуху має вплив на переживання ними суб'єктивного благополуччя. Аналогічні результати, отримані іншими дослідниками (Nemčić, Bradarić-Jončić, 2016; Hintermair, 2008).

Таблиця 3.12

**Середні показники задоволеності життям за типом
культурної ідентичності**

Тип культурної ідентичності	Задоволеність життям М (SD)
Чуюча	22,1 (7,58)
Глуха	25 (5,36)
Бікультурна	24,2 (4)
Маргінальна	24 (5,29)

2. Шкала психологічного благополуччя авторства К. Ріфф (1989).

Сферу психологічного благополуччя досліджували за допомогою 6-шкальної методики психологічного благополуччя авторства К. Ріфф. Надійність методики була перевірена на досліджуваних з порушеннями слуху за допомогою критеріїв α Кронбаха 0.864 та ω МакДональда 0.870 (див. додаток М). Результати свідчать про достатню надійність для використання даної методики для досліджуваної категорії осіб.

Здійснено аналіз описових статистик за критерієм Шапіро-Уїлка й підтверджено, що не всі шкали відповідають нормальному розподілу ($p < 0,05$). Описові результати даного опитувальника представлено в таблиці 3.13.

Таблиця 3.13

Дескриптивні властивості шкал психологічного благополуччя

	М	Mo	Md	SD	Se	Kr	Sk	Min	Max
Автономія	27,9	27	27	5,58	0,34	-0,0338	0,311	12	42
Управління середовищем	26,5	26	26	4,27	0,26	-0,00448	0,0100	12	39
Особистісне зростання	27,9	29	28	5,03	0,306	0,151	0,0847	12	41
Позитивні стосунки	27,1	23	27	5,72	0,348	-0,304	0,243	13	42
Мета в житті	28	27	28	5,74	0,350	0,0762	-0,330	7	41
Самоприйняття	25	26	25	5,8	0,353	0,0709	-0,309	7	38

З отриманих даних видно, що присутня правостороння асиметрія у 5 шкалах (вказує на надання опитаними переваги показникам підвищених значень психологічного благополуччя), окрім шкали самоприйняття. За шкалами автономії, управління середовищем та позитивні стосунки мають

негативний ескцес, що свідчить про пласкість розподілу значень. Максимально низькі значення за цією вибіркою наявні в шкалах мети в житті та самоприйняття, що свідчить про присутність низьких значень у відповідях опитаних, які знижують рівень їх психологічного благополуччя.

В роботі досліджено також вплив статі на психологічне благополуччя за 6 шкалами. При дослідженні застосовано U-критерій Манна-Уїтні (таблиця 3.14).

Таблиця 3.14

Відмінності за статтю за шкалами психологічного благополуччя

	Автоном.	Упр. серед	Ос.зрост.	Позит. стос.	Мета в житті	Самопр.	Критерій Манна-Уїтні
Чол.	27,9	26,3	27,8	26,9	28	24,9	p>0,001
Жін.	28,1	27,7	28,9	28,9	28,2	26,2	

Отже, результати показали, що жінки демонструють трохи вищі середні бали за всіма показниками, особливо за показниками «позитивні стосунки», «особистісне зростання» й «управління середовищем». Отримані результати за U-критерієм Манна-Уїтні не виявили статистично значущих відмінностей за статтю, оскільки p>0,001 (Миколюк, 2024а).

Здійснено аналіз вікових відмінностей у досліджуваних у шкалах психологічного благополуччя (таблиця 3.15).

Таблиця 3.15

Вікові відмінності за шкалами психологічного благополуччя

	Юнацький	Ранній дорослий	Середній дорослий	Критерій Крускала-Уолліса
Автономія	28,3	27,8	27,9	p>0,001
Упр.середов.	26,7	26,4	26,7	p>0,001
Особист.зростання	29,2	28,1	26,5	p=0,031, p<0,05
Поз. стосунки	27,4	27,3	26,6	p>0,001
Мета в житті	28,3	28,3	27	p>0,001
Самоприйняття	27,4	24,6	25	p=0,029, p<0,05

З таблиці 3.15 видно, що існують статистично значущі відмінності у шкалах психологічного благополуччя за змінною «Вік» за критерієм

Крускала-Уолліса, зокрема між шкалами особистісного зростання ($p=0,031$, $p<0,05$) й самоприйняття ($p=0,029$, $p<0,05$). Результати середніх показників показали, що найвищі показники за шкалами автономії, особистісного зростання, позитивних стосунків та самоприйняття виявлено у досліджуваних юнацького віку. За показниками шкали «Мета в житті» опитані юнацького віку та раннього дорослого віку мають однакові показники. За шкалою «Управління середовищем» досліджувані юнацького віку та середнього віку теж мають однакові показники за середніми показниками (Миколюк, 2024а).

Досліджувалися також змінні часу втрати слуху в досліджуваних з порушеннями слуху за шкалами психологічного благополуччя (таблиця 3.16). Після застосування U-критерію Манна-Уїтні встановлено статистично значущу відмінність у шкалі самоприйняття ($p<0,001$). Величина ефекту Коена $d=0,3164$ (у шкалі самоприйняття) свідчить про наявність помірного ефекту. Застосовано описові статистики для порівняння середніх значень шкал психологічного благополуччя за часом втрати слуху. Виявлено, що досліджувані з ранньою втратою мають краще психологічне благополуччя за 6 шкалами: автономія, управління середовищем, особистісне зростання, позитивні стосунки, мета в житті, самоприйняття порівняно з особами з пізньою втратою слуху (Миколюк, 2024б).

Таблиця 3.16

Відмінності за часом втрати слуху за шкалами психологічного благополуччя

	Рання	Пізня	U-критерій	Рівень значущості	Розмір ефекту Коена d
Автоном.	28,1	27,9	5240	0,857	0,0166
Упр.серед.	27,1	26,3	4751	0,239	0,1083
Ос.зрост.	28,8	27,7	4722	0,216	0,1138
Поз. стос.	27,3	27,1	5156	0,726	0,0323
Мета в жит.	28,6	27,9	4998	0,501	0,0619
Самопр.	27,7	24,5	3642	$p<0,001$	0,3164

Нами проведено порівняння відмінностей між цивільними й військовими опитаними за шкалами психологічного благополуччя (таблиця 3.17).

Таблиця 3.17

**Міжгрупові відмінності між цивільними й військовими за
шкалами психологічного благополуччя**

	Цивільні	Військові	U-критерій	Рівень значущості	Величина ефекту Коена d
Автономія	28,4	27,8	5305	p>0,001	
Упр.середов.	27,4	26,3	4730	p>0,001	
Ос. зростання	29	27,6	4753	p>0,001	
Позит. стосунки	27,6	27	5138	p>0,001	
Мета в житті	28,8	27,8	5048	p>0,001	
Самоприйняття	27,9	24,4	3652	p<0,001	0,3460

Після застосування U-критерію Манна-Уїтні виявлено міжгрупові відмінності між цивільними й військовими (статистична значущість у шкалі самоприйняття ($p<0,001$); величина ефекту Коена $d = 0,3460$ свідчить про помірний ефект. За всіма шкалами показники психологічного благополуччя переважають у цивільних досліджуваних (Миколюк, 2024а).

Нами виявлено рівні вираженості психологічного благополуччя за змінною «Слухопротезування» (таблиця 3.18).

Таблиця.3.18

**Середні значення шкал психологічного благополуччя
за типом слухопротезування**

Тип слухопр.	Автоном.	Упр. серед.	Особ. зрост.	Поз.стосун.	Мета в житті	Самопр
Ношу слух.апарат	28,3	25,6	27,6	25,6	25,9	24,8
2 слух. апарати	28,3	27,1	28,2	27	27,8	26,1
1 кохл. імплант.	26,8	26	28	27,1	26,5	25,3
2 кохл. імплант.	26	25	26,4	23,4	26,2	23,4
Слух. апар.(іноді)	28,1	25,8	26,8	26	27,1	24,8
Жоден пристроїв	27,9	26,7	28,1	27,6	28,5	25,1

В таблиці 3.18 зафіксовано рівні вираженості психологічного благополуччя: за шкалою автономії найвищі показники мають опитані, які носять слуховий апарат й ті, що носять постійно 2 слухових апарати. За шкалою управління середовищем найвищий показник - у досліджуваних, які носять 2 слухові апарати. Найвище значення за шкалою «Особистісне зростання» має група опитаних, яка носить 2 слухових апарати. За шкалою «Позитивні стосунки» найвищий показник мають учасники дослідження, які не носять слухових пристроїв. За шкалою «Мета в житті» найвищий показник мають опитані, які не носять слухові апарати. Найкращий рівень самоприйняття виявляють ті учасники, які користуються 2 слуховими апаратами (Миколюк, 2024b).

За рівнем освіти у досліджуваних наявні такі показники за шкалами психологічного благополуччя (таблиця 3.19). З отриманих результатів видно, що учні спеціальної школи, мають найвищі показники за всіма шкалами психологічного благополуччя (Миколюк, 2024b).

Таблиця 3.19

**Середні значення шкал психологічного благополуччя
за рівнем освіти**

Рівень освіти	Автон.	Упр. серед.	Особ. зрост.	Поз.стос.	Мета в жит.	Самопр.
Спец. школа	28,5	27,3	29,8	27,8	28,8	28,2
Проф.осв.	27	25,8	27,8	27,3	28,1	24,4
Повна заг. серед. освіта	28,3	26,5	27,3	26,3	27,5	24,9
Вища освіта	28,4	26,9	27,6	27,1	27,9	24,7

Використання критерію Крускала-Уолліса виявило статистично значущу відмінність між шкалою самоприйняття й рівнем освіти ($p=0,009$; $p<0,05$). Величина ефекту Коена $d=0,04310$ показує помірність ефекту (рівень освіти має вплив, однак, цей вплив не є суттєвим).

У цивільній підгрупі за номінативною змінною «Батьки» виявлено нормальний розподіл за критерієм Шапіро-Уїлка ($p>0,05$) (таблиця 3.20).

Рівність дисперсій між групами не дотримано ($p < 0,05$), тому обрано критерій однофакторного дисперсійного аналізу за Уелчем.

Таблиця 3.20

Відмінності у змінній «Батьки» за шкалами психологічного благополуччя (методика К.Ріфф)

	Чуючі	Один з порушен. слуху	Глухі	Однофакторн. дисперс.аналіз (Уелч)	Рівень значущ.
Автономія	27,5	30,2	29,3	0,362	$p > 0,05$
Упр.середов.	26,7	28,6	28,3	0,388	$p > 0,05$
Особист. зростання	27,7	30,6	31,4	0,086	$p > 0,05$
Позит. стосунки	25,8	30,7	30,4	$p = 0,005$;	$p < 0,05$
Мета в житті	28,6	29,6	28,7	0,856	$p > 0,05$
Самоприйняття	27,4	28,9	28,5	0,601	$p > 0,05$

З таблиці 3.20 видно, що у досліджуваних, у яких один з батьків з порушеннями слуху, наявні вищі показники за такими шкалами, як автономія, управління середовищем, позитивні стосунки, наявність мети в житті та самоприйняття.

Здійснено порівняння середніх значень за описовими статистиками між номінативною змінною «Тип культурної ідентичності» й шкалами психологічного благополуччя. Дані аналізувалися тільки у цивільній підгрупі. Згідно із даними таблиці 3.21, за шкалами «Автономія», «Управління середовищем», «Особистісне зростання» та «Мета в житті» переважають вищі значення у досліджуваних з чуючою ідентичністю.

Таблиця 3.21

Середні показники за шкалами психологічного благополуччя й типом культурної ідентичності

Тип культурної ідентичн.	Автоном.	Упр. середов.	Особист. зростання	Позит. стосунки	Мета в житті	Самопр.
Чуюча	29,3	28,1	29,9	26,9	29,6	26,6
Глуха	28,5	27,4	29,5	28,6	28,7	28,5
Бікультурна	28,5	27,6	27,8	27,3	29,5	29,2
Маргінал.	24	24	25,7	23	24,7	22,3

За шкалою «Позитивні стосунки» наявний вищий показник в учасників дослідження із глухою ідентичністю. У досліджуваних з бікультурною ідентичністю переважають показники за шкалою «Самоприйняття».

Дані аналізувалися за допомогою тесту Крускала-Уолліса між змінною «культурна ідентичність» й змінними 6 шкал психологічного благополуччя; не всі змінні відповідають нормальному розподілу за критерієм Шапіро-Уїлка, оскільки $p > 0,001$. Результати показали, що відсутні статистично значущі відмінності ($p > 0,05$) між типом культурної ідентичності й шкалами психологічного благополуччя.

3. Шкала самооцінки М. Розенберга (1965).

Спочатку було здійснено перевірку на нормальність розподілу за критерієм Шапіро-Уїлка й з'ясовано, що дані не відповідають нормальному розподілу ($p < 0,001$) й було прийнято альтернативну гіпотезу. Дескриптивні властивості даної шкали, представлені в таблиці 3.22.

Таблиця 3.22

Описові властивості шкали самооцінки

M	Mo	Md	SD	Se	Kr	Sk	Min	Max
18,1	17	19	5,22	0,318	0,0431	- 0,490	1	28

У групі спостерігається певна різноманітність в рівнях самооцінки, з деяким ухилом в бік високих значень, але в цілому рівень самооцінки в групі є середнім або помірним.

Дані інтегрального розподілу представлено у вигляді гістограми на Рис.3.2.

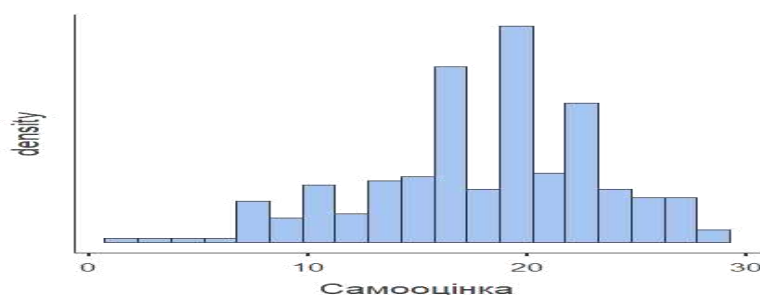


Рис.3.2. Інтегральний розподіл значень самооцінки

На Рис.3.2 бачимо лівосторонню асиметрію (у бік зменшення значень), що вказує на схильність вибірки балансувати у діапазоні знижених значень. На графіку чітко видно три моди, що свідчить про мультимодальність розподілу. Більшість значень відповідей досліджуваних зосереджені в діапазоні від 15 до 25, що вказує на самооцінку у межах норми. Згідно з референтними значеннями, які надані автором оригінальної шкали, : нижче 15 балів вказує на низьку самооцінку, від 15 до 25 – у межах норми; вище 25 – висока самооцінка.

Не виявлено статистично значущих відмінностей між самооцінкою та статтю ($p > 0,001$) за U-критерієм Манна-Уїтні.

Визначено середні показники й стандартне відхилення між віком та рівнем самооцінки. У таблиці 3.23 подано результати відмінностей за віком за шкалою самооцінки.

Таблиця 3.23

Відмінності за змінною «Вік» за шкалою самооцінки

Вік	Самооцінка M (SD)	Критерій Уолліса	Крускала- Уолліса	Розмір ефекту Коена d
Юнацький	20 (4,74)	p = 0,038; p<0,05		0,0243
Ранній дорослий	17,6 (5,28)			
Середній дорослий	18,5 (5,08)			

Виявлено, що найвищий рівень самооцінки в осіб з порушеннями слуху юнацького віку. Найнижчий рівень самооцінки – у досліджуваних раннього дорослого віку, однак ці показники знаходяться у межах психологічної норми (Миколюк, 2024а). У дослідженні застосовано критерій Крускала-Уолліса і з'ясовано статистичну значущість між віковими групами й самооцінкою, розмір ефекту Коена є малим. Щоб визначити, які групи відрізняються, здійснено паралельне порівняння за критерієм Двасса Стіл Крічлоу Флігнера. Результати надані в таблиці 3.24. Виявлено статистичну значущу відмінність за показником «самооцінка» у групах між юнацьким і раннім дорослим віком (Миколюк, 2024а).

Таблиця 3.24

Попарне порівняння за показником «Самооцінка» за віком

	вік	W	Рівень значущості
Самооцінка	юнацький-ранній дорослий	-3, 53	p=0,034; p<0,05

Визначення рівня самооцінки за часом втрати слуху подано в таблиці 3.25. З таблиці 3.25 видно, що опитані з ранньою втратою слуху мають незначно вищу самооцінку, ніж особи з пізньою втратою слуху.

Таблиця 3.25

Показники за часом втрати слуху за шкалою самооцінки

Втрата слуху	Самооцінка M (SD)	U-критерій	Рівень значущості
Рання	19,3 (4,33)	4531	p=0,104; p>0,05
Пізня	17,9 (5,36)		

Отримані результати можна обґрунтувати тим, що особи, які з раннього віку втратили слух, часто не сприймають це як втрату здоров'я, а радше як свою культурну особливість (ототожнення себе, наприклад, зі спільнотою глухих), що сприяє збереженню самооцінки. Особи з пізньою втратою слуху сприймають порушення слуху як ваду здоров'я та обмеження своїх можливостей, що знижує їхню впевненість у собі.

Не виявлено статистично значущих відмінностей між порівнювальними групами (за U-критерієм Манна-Уїтні) (Миколук, 2024b).

У таблиці 3.26 подані показники шкали самооцінки цивільних й військових досліджуваних.

Таблиця 3.26

Відмінності за шкалою самооцінки за змінною «Досліджувані»

Досліджувані	Самооцінка M (SD)	U-критерій	Рівень значущості
Цивільні	19,4 (4,22)	4713	p=0,082; p>0,05
Військові	17,8 (5,39)		

Виявлено, що у цивільних з порушеннями слуху вища самооцінка, ніж у військових. Не виявлено статистично значущих відмінностей у підгрупах досліджуваних (за U-критерієм Манна-Уїтні, $p > 0,05$) (Миколюк, 2024а).

Проаналізовані також середні показники самооцінки за слухопротезуванням; найвищі показники самооцінки має та група досліджуваних, яка носить слуховий апарат (середнє $M=18,8$); інші групи опитаних (на одне вухо кохлеарно імплантовані, досліджувані, які не носять слухові апарати) мають однакове середнє значення (середнє $M=18,4$). Такі групи згідно з референтними значеннями шкали мають самооцінку у межах норми. Найменший рівень самооцінки виявляє та група, яка має кохлеарні імпланти на 2 вуха (середнє $M=12,6$), що свідчить про низьку самооцінку. За міжгруповими відмінностями між самооцінкою та типом слухопротезування відмінностей не виявлено (за Крускалом-Уоллісом, бо $p > 0,001$) (Миколюк, 2024б).

При порівнянні учасників за рівнем освіти та самооцінкою отримано такі результати (таблиця 3.27).

Таблиця 3.27

Показники самооцінки за змінною «Рівень освіти»

Рівень освіти	Самооцінка M (SD)	Критерій Крускала-Уолліса
Спеціальна школа	19,9 (4,56)	p=0,195; p>0,001
Вища освіта	18 (5,45)	
Професійна освіта	17,7 (4,97)	
Повна загальна середня освіта	18,1 (5,62)	

З таблиці 3.27 видно, що опитані, які навчаються у спеціальній школі, мають більш високу самооцінку, ніж досліджувані з професійною освітою. Всі показники самооцінки – у межах психологічної норми. Не виявлено статистично значущих відмінностей між рівнем освіти й самооцінкою (за критерієм Крускала-Уолліса) (Миколюк, 2024б).

Досліджено показники самооцінки за змінною «Батьки». Результати висвітлені в таблиці 3.28. За середніми показниками найвищий рівень має та

група досліджуваних, у яких глухі батьки; найменший показник самооцінки має група досліджуваних, що виховувалися у чуючих родинах.

Таблиця 3.28

Відмінності за шкалою самооцінки за змінною «Батьки»

Батьки	Самооцінка M (SD)	Однофакторний дисперсійний аналіз (Фішера)	Рівень значущості
Глухі	21,3 (4,15)	1,50	p=0,235; p>0,001
Чуючі	18,7 (4,26)		
Один з батьків з порушеннями слуху	19,3 (3,87)		

За допомогою однофакторного дисперсійного аналізу дотримані рівність дисперсій Левеня ($p=0,796$, $p>0,001$) та нормальність розподілу ($p=0,484$, $p>0,001$). Результати дослідження показали, що не виявлено відмінностей між змінною «Батьки» й шкалою самооцінки.

У таблиці 3.29 подані результати дослідження типу культурної ідентичності осіб з порушеннями слуху за шкалою самооцінки.

Таблиця 3.29

**Відмінності між типом культурної ідентичності за
шкалою самооцінки**

Тип культурної ідентичності	Самооцінка	Однофакторний дисперсійний аналіз (Фішера)	Рівень значущості
Чуюча	16,3	F= 3,62	p=0,020; p<0,05
Глуха	M= 20,5		
Бікультурна	M= 19,8		
Маргінальна	M= 14		

За допомогою однофакторного дисперсійного аналізу виявлено статистично значущу відмінність між типом культурної ідентичності осіб з порушеннями слуху та залежною змінною самооцінки. Дотримано умову нормального розподілу ($p=0,907$, $p>0,001$), рівності дисперсій Левеня ($p=0,200$; $p>0,001$). Описові статистики групи показують, що високу самооцінку (у межах норми) мають представники глухої та бікультурної

ідентичностей. Особи з порушеннями слуху маргінальної ідентичності мають знижену самооцінку.

4. Багатовимірна шкала сприйнятої соціальної підтримки Г. Зімета (1988).

Сфера соціальної підтримки досліджувалася за допомогою багатовимірної шкали сприйнятої соціальної підтримки, до якої входять субшкали значущого іншого, підтримки друзів та сімейної підтримки (1988). Надійність «Багатовимірної шкали сприйнятої соціальної підтримки (MSPSS)» вимірювалася за допомогою критеріїв α Кронбаха 0.867 та ω МакДональда 0.882. Підтверджено надійність даної шкали на вибірці, що досліджується (див. додаток М).

Дану шкалу досліджували через описові статистики. Здійснено перевірку на нормальність розподілу й дані мають ненормальний розподіл ($p < 0,001$), що свідчить про прийняття альтернативної гіпотези (таблиця 3.30).

Таблиця 3.30

Дескриптивні властивості багатовимірної шкали сприйнятої соціальної підтримки

	M	M _o	M _d	SD	Se	Kr	Sk	Min	Max	Нормал. розподіл.
Соц. підтр.	5,09	6	5,25	1,13	0,0687	0,0687	-0,891	0,08	7	$p < 0,001$
Знач. інший	5,44	6	5,75	1,28	0,0777	1,67	-1,30	1	7	$p < 0,001$
Сім. підтр.	5,26	6	5,5	1,29	0,0787	0,845	-1,06	1	7	$p < 0,001$
Підтр. друзів	4,68	6	5	1,39	0,0845	-0,273	-0,521	1	7	$p < 0,001$

В таблиці 3.30 представлено результати по даній вибірці за багатовимірною шкалою сприйнятої соціальної підтримки. Наявні лівосторонні асиметрії, що вказує на прагнення вибірки схилитися у бік зменшення значень. Зафіксовано негативний ексцес у субшкалі підтримки друзів, що свідчить про те, що розподіл є більш плаский, ніж нормальний

розподіл, або платикуртичний, оскільки $K_r < 0$. Найменшу вираженість показника отримала субшкала «підтримка друзів», на відміну від інших.

Проведено U-критерій Манна-Уїтні, щоб з'ясувати відмінності між шкалами соціальної підтримки і статтю, і не виявлено статистично значущих міжгрупових відмінностей. Результати подані в таблиці 3.31.

Таблиця 3.31

Відмінності за статтю за багатовимірною шкалою соціальної підтримки

Стать	Соціальна підтримка	Сімейна підтримка	Значущий інший	Підтримка друзів	Рівень значущості
Чоловіки	5,09	5,30	5,44	4,66	$p > 0,001$
Жінки	5,05	4,93	5,48	4,85	$p > 0,001$

Згідно з отриманими даними: жінки з порушеннями слуху мають меншу сімейну підтримку, ніж чоловіки з порушеннями слуху, втім, жінки мають кращі показники за субшкалами «Значущий інший» та «Підтримка друзів» (Миколюк, 2024а).

Дослідження вікових відмінностей за шкалою соціальної підтримки і її субшкал здійснено за допомогою критерію Крускала-Уолліса. Показники між віковими групами й шкалами соціальної підтримки подані у таблиці 3.32.

Таблиця 3.32

Показники багатомірної шкали соціальної підтримки за віком

	Юнацьк.	Ранній доросл.	Середній доросл.	Критерій Крускала-Уолліса	Розмір ефекту Коена d
Соц. підтр.	5	5,04	5,27	0,326	0,00833
Знач.інший	5,13	5,40	5,74	0,016; $p < 0,05$	0,03055
Сім. підтр.	5,21	5,17	5,54	0,153	0,01394
Підтр.друзів	4,57	4,68	4,73	0,860	0,00112

Виявлено статистично значущу відмінність між віковими групами у субшкалі «Значущий інший», встановлено розмір ефекту Коена $d = 0,03055$, що свідчить про помірний ефект впливу. Дослідження показало, що досліджувані з порушеннями слуху мають найвищий показник за шкалою соціальної

підтримки у середньому дорослому віці. Опитані з порушеннями слуху середнього дорослого віку мають більше значущих інших людей у своєму оточенні, на відміну від юнацького віку. Сімейна підтримка краще виражена саме в середньому дорослому віці. Також підтримка друзів краще виражена у середньому дорослому віці. Згідно з багатовимірною шкалою соціальної підтримки, шкала підтримки друзів має середній рівень, на відміну від інших шкал, які мають високий рівень підтримки відповідно до референтних значень шкал (Миколюк, 2024а).

Нами досліджені середні показники між часом втрати слуху й субшкалами соціальної підтримки. З таблиці 3.33 видно, що кращу соціальну складову мають досліджувані з пізньою втратою слуху.

Таблиця. 3.33

Середні показники між часом втрати слуху й субшкалами соціальної підтримки

Час втрати слуху	Соціальна підтримка	Значущий інший	Сімейна підтримка	Підтримка друзів
Рання	4,96	5,22	5,20	4,55
Пізня	5,11	5,49	5,27	4,70

Найменшу соціальну підтримку й підтримку друзів отримують ті учасники, які мають ранню втрату слуху. Отже, можна простежити, що за трьома змінними (соціальна підтримка, значущий інший та сімейна підтримка) в опитаних з пізньою втратою слуху наявна висока підтримка. У досліджуваних з ранньою втратою слуху (за шкалою соціальної підтримки, за субшкалою підтримки друзів) та учасників з пізньою втратою слуху (субшкалою підтримки друзів) мають середні значення підтримки (Миколюк, 2024б). За часом втрати слуху (рання, пізня) не виявлено статистично значущих міжгрупових відмінностей ($p > 0,05$) за U-критерієм Манна-Уїтні.

Наступну номінативну змінну, яку ми проаналізували, це показники соціальної підтримки в цивільних й військових. За критерієм Манна-Уїтні не виявлено статистично значущих міжгрупових відмінностей ($p > 0,05$)

(Миколюк, 2024b). З таблиці 3.34 видно, що цивільні за субшкалою сімейної підтримки мають кращі показники, ніж військові.

Таблиця.3.34

Описові статистики між змінною «Досліджувані» й субшкалами соціальної підтримки

	Група	Середнє	Медіана	SD	SE
Соціальна підтримка	цивільні	5,05	5,25	1,22	0,170
	військові	5,10	5,25	1,11	0,0751
Значущий інший	цивільні	5,29	5,50	1,22	0,171
	військові	5,48	5,75	1,29	0,0871
Сімейна підтримка	цивільні	5,28	5,50	1,22	0,171
	військові	5,25	5,50	1,31	0,0887
Підтримка друзів	цивільні	4,66	4,75	1,43	0,200
	військові	4,68	5	1,38	0,0934

У цілому, всі змінні, окрім змінної підтримки друзів, мають високий рівень соціальної підтримки як у цивільних, так і військових (Миколюк, 2024b).

За номінативною змінною «Слухопротезування» не виявлено статистично значущих відмінностей між змінними соціальної підтримки ($p=0,468$), значущого іншого ($p=0,264$), сімейної підтримки ($p=0,445$) або підтримки друзів ($p=0,300$). Всі змінні за критерієм Крускала-Уолліса мають $p>0,001$ (Миколюк, 2024b).

За шкалою соціальної підтримки, найвищі показники має група осіб з порушеннями слуху, які іноді носять слухові апарати та мають кохлеарну імплантацію на одне вухо, а найменші показники – група осіб, що носять слухові апарати й на 2 вуха кохлеарно імплантовані. За субшкалою значущого іншого має найвищі показники – група досліджуваних, які на одне вухо кохлеарно імплантовані та ті особи, що не носять жодних слухових пристроїв. За субшкалою сімейної підтримки найвищі показники у досліджуваних, що мають кохлеарну імплантацію на одне вухо та в тих, що іноді носять слухові апарати. За субшкалою підтримки друзів найвище значення має група, яка іноді носить слухові апарати, інші групи за цією шкалою мають середній рівень підтримки (Миколюк, 2024b).

За рівнем освіти та шкалами соціальної підтримки знайдені значущі міжгрупові відмінності ($p < 0,05$) за критерієм Крускала-Уолліса. Знайдено статистично значущі відмінності між групами у субшкалах «Значущий інший» ($p = 0,038$, $p < 0,05$) та «Підтримка друзів» ($p = 0,046$, $p < 0,05$). Здійснено описові статистики за рівнем освіти, подані в таблиці 3.35.

Таблиця 3.35

Відмінності за рівнем освіти за субшкалами соціальної підтримки

	Спеціальна школа	Вища освіта	Повна загальна середня	Професійна	Рівень значущості
Соціальна підтримка М	5,05	5,05	4,76	5,27	$p > 0,001$
Значущий інший М	5,27	5,31	5,25	5,71	$p = 0,038$
Сімейна підтримка М	5,29	5,28	4,97	5,34	$p > 0,001$
Підтримка друзів М	4,66	4,64	4,24	4,89	$p = 0,046$

Таким чином, за багатовимірною шкалою сприйнятої соціальної підтримки найкращі показники має група досліджуваних з порушеннями слуху, яка має професійну освіту, окрім змінної – підтримка друзів, яка має лише середній рівень підтримки. Досліджувані, які навчаються у спеціальній школі, мають незначно вищі показники порівняно з особами, які мають вищу освіту, за такими показниками, як сімейна підтримка й підтримка друзів. У досліджуваних з вищою освітою, наявний підвищений показник за субшкалою значущого іншого. Учасники з повною загальною середньою освітою мають найменші виражені значення за субшкалами (Миколук, 2024а).

Нами досліджено соціальну підтримку осіб з порушеннями слуху за змінною «Батьки» за допомогою багатовимірної шкали сприйнятої соціальної підтримки Г.Зімета. Для визначення міжгрупових відмінностей застосовано критерій Крускала – Уолліса. В таблиці 3.36 видно міжгрупову відмінність у субшкалі «Підтримка друзів».

Таблиця 3.36

**Відмінності за змінною «Батьки» за багатовимірною шкалою
сприйнятої соціальної підтримки**

	Чуючі батьки	Один з батьків з порушеннями слуху	Глухі	Критерій Крускала-Уолліса
Соц. підтр.	4,89	5,76	4,93	0,125
Знач. інший	5,16	5,83	5,23	0,301
Сім. підтр.	5,16	5,75	5,23	0,153
Підтр. друзів	4,39	5,72	4,55	p=0,028; p<0,05

За описовими статистиками у досліджуваних, які мають чуючих батьків, наявні найнижчі значення за всіма шкалами соціальної підтримки, а найвищі показники мають досліджувані, де один з батьків з порушеннями слуху.

Нами досліджені середні показники між типом культурної ідентичності й субшкалами соціальної підтримки (таблиця 3.37).

Таблиця 3.37

**Середні показники за типом культурної ідентичності й
субшкалами соціальної підтримки**

Тип культурн. ідентичн.	Соц.підтр.	Знач. інший	Сімейна підтримка	Підтримка друзів
Чуюча	4,99	5,53	5,35	4,72
Глуха	5,21	5,44	5,28	4,77
Бікультурна	4,87	4,89	5,34	4,45
Маргінальна	4,47	4,75	4,83	4,17

Отже, описові статистики показують, що найвищі показники соціальної підтримки та підтримки друзів мають досліджувані глухої ідентичності. За субшкалою «значущий інший» та за субшкалою сімейної підтримки найвищі значення мають опитані з порушеннями слуху з чуючою ідентичністю.

5. Описові результати дослідження за методикою «Самооцінка психічних станів» (адаптований варіант методики Г. Айзенка) (С.Д.Максименко, Л. М. Карамушка, Т. В. Зайчикова) (2023).

Спочатку було проаналізовано результати описових статистик – здійснена оцінка нормальності розподілу за критерієм Шапіро-Уїлка. За

допомогою даного опитувальника можна виміряти шкали тривожності, фрустрації, ригідності та агресивності. Оцінка розподілу дозволила прийняти альтернативну гіпотезу, оскільки дані відхиляються від нормального розподілу ($p < 0,001$).

У цілому по вибірці виявлено вищі показники тривожності й ригідності за середніми значеннями. Наявні незначні лівосторонні асиметрії по шкалах тривожності та ригідності, що свідчить про схильність вибірки тяжіти до знижених характеристик опитувальника. А агресивність та фрустрація мають незначну правосторонню асиметрію, що свідчить про схильність вибірки балансувати у межах підвищених характеристик. Результати даної методики по вибірці представлені в таблиці 3.38.

Таблиця 3.38

**Дескриптивні результати за методикою
«Самооцінка психічних станів»**

Змінні	Середнє М	Медіана Md	Мода Mo	Стандартне відхилення Sd	Стандартна похибка середнього Se	Асиметрія Sk	Експес Kp
Тривожність	10	10	13	4,84	0,295	- 0,177	-0,820
Фрустрація	8,71	8,50	6	5,07	0,308	0,0727	-0,892
Ригідність	10,8	11	16	4,94	0,301	- 0,226	-0,705
Агресивність	9,46	9,50	8	5,24	0,319	0,00984	-0,711

Щодо ексцесу, то виявлено від'ємні значення по чотирьох шкалах, що свідчить про більш плаский розподіл даних, з відхиленнями від симетрії, або платикуртичний розподіл. Стосовно стандартного відхилення, виявлено значну варіабельність у всіх чотирьох шкалах, зокрема агресивність має найбільшу варіабельність, а тривожність – найменшу.

Потім були оцінені рівні прояву змінних на основі порівняння відмінностей за статтю. Вибірка досліджуваних за статтю складає: 241 чоловік і 29 жінок. Результати надані в таблиці 3.39. Результати показали, що середній рівень вираженості тривожності у чоловіків вищий, ніж у жінок, рівень

фрустрації у жінок вищий, ніж у чоловіків; агресивність у чоловіків незначно випереджає показники жінок; ригідність вища у чоловіків, ніж у жінок.

Таблиця 3.39

Середні показники самооцінки психічних станів за статтю

Стать	Тривожність	Фрустрація	Агресивність	Ригідність
Чоловіки	10,2	8,66	9,58	10,9
Жінки	8,86	9,10	8,41	9,55

Незважаючи на суттєвий розрив у кількості опитаних (досліджуваних чоловіків набагато більше, ніж жінок), виявлені відмінності. Отже, чоловіки мають більшу схильність до тривожності, агресивності та ригідності. Жінки виявляють більшу схильність до фрустрації (Миколюк, 2024а). Підвибірки чоловіків та жінок було перевірено на предмет наявності міжгрупових відмінностей шляхом обчислення U-критерію Манна-Уїтні (для парних незалежних порівнянь із ненормальним розподілом). Показано, що не виявлено статистично значущих міжгрупових відмінностей за чотирма змінними ($p > 0,05$) (Миколюк, 2024а).

Як видно з таблиці 3.40, найбільшу тривожність, фрустрацію виявлено у ранньому дорослому віці, на відміну від інших вікових груп.

Таблиця 3.40

Середні показники за шкалами тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності

Вік	Тривожність	Фрустрація	Агресивність	Ригідність	Критерій Крускала-Уолліса
Юнацький	8,28	7,86	8,78	9,47	$p > 0,001$
Ранній дорослий	10,6	9,10	9,54	10,7	$p > 0,001$
Середній дорослий	9,38	8,11	9,61	11,6	$p > 0,001$

Втім, знайдено найвищі середні показники агресивності та ригідності у середньому дорослому віці у порівнянні з іншими віковими групами (Миколюк, 2024а). Було проведено критерій Крускала-Уолліса і з'ясовано, що немає статистично значущих відмінностей за змінною «Вік» ($p > 0,001$).

Згідно з даними, наведеними в таблиці 3.41, виявлено, що середні показники за чотирма змінними є вищими для групи з пізньою втратою слуху порівняно з групою з ранньою втратою слуху.

Таблиця 3.41

Середні значення за методикою Г. Айзенка за часом втрати слуху

Час втрати слуху	Тривожність	Фрустрація	Агресивність	Ригідність
Рання	8,06	7,71	8,77	9,60
Пізня	10,4	8,93	9,60	11

Особливу увагу варто звернути на шкали «тривожність» та «ригідність», які сильніше проявляються в досліджуваних з пізньою втратою слуху (Миколюк, 2024b).

Як видно з таблиці 3.42, за результатами U-критерію Манна-Уїтні виявлена статистично значуща різниця у рівні вираженості тривожності залежно від групи досліджуваних, оскільки $p = 0,002$, що є меншим за рівень значущості $p < 0,05$.

Таблиця 3.42

Відмінності за середніми значеннями за досліджуваними

Досліджувані	Тривожність (середнє)	U-критерій	Рівень значущості	Ригідність (середнє)
Цивільні	8,18	4010	$p=0,002$	9,65
Військовослужбовці	10,45			11,02

Згідно з U-критерієм Манна-Уїтні, не виявлено статистично значущих відмінностей між військовими та цивільними за іншими шкалами, окрім шкали тривожності. Середнє значення тривожності у військових значно вище, ніж у цивільних з порушеннями слуху. Варто звернути увагу на те, що на рівні середніх показників у військових підвищена ригідність порівняно з цивільними (Миколюк, 2024b).

Щодо номінативної змінної слухопротезування, то маємо такий контингент учасників: носять слухові апарати – 17 осіб з порушеннями слуху; носять слухові апарати на обидва вуха – 14 досліджуваних з порушеннями слуху; кохлеарно імплантованих – 12; кохлеарно імплантованих на обидва

вуха – 5; іноді носять слухові апарати – 32; не носять слухових пристроїв – 190 осіб з порушеннями слуху. Були отримані середні показники за номінативною змінною слухопротезування (Миколюк, 2024b). Як бачимо з таблиці 3.43, найвищі показники за 4 змінними показала та група досліджуваних з порушеннями слуху, яка протезована кохлеарно на обидва вуха.

Таблиця 3.43

Середні показники тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності за слухопротезуванням

Слухопротезування	Тривожність	Фрустрація	Агресивність	Ригідність
Ношу слуховий апарат	8,35	8,65	10,1	10,6
Ношу 2 слухових апарати	9,21	9,71	9,57	9,86
Кохлеарно імплантований	8,58	7,08	9,25	11,8
Імплантація на обидва вуха	12,4	10,6	10,8	12,6
Іноді ношу слух. апарати	8,50	7,59	8,19	11,1
Жоден з пристроїв	10,5	8,88	9,58	10,7

Та група учасників, яка на два вуха кохлеарно імплантована, виявляє підвищений рівень ригідності, потім йде група, яка на одне вухо кохлеарно імплантована. Група досліджуваних, імплантованих на обидва вуха, виявляє більшу агресивність. Учасники дослідження, які на два вуха кохлеарно імплантовані, демонструють підвищений рівень тривожності, а найменший показник тривожності – у групи, яка носить слуховий апарат. Найменший рівень фрустрації виявляє та група, яка на одне вухо кохлеарно імплантована. Найменшу агресивність виявляє та група, яка іноді носить слухові апарати. Найменша ригідність показана в групі, яка постійно носить 2 слухові апарати. Дані нормально розподілені, окрім змінних «жоден з пристроїв» (Миколюк, 2024b). За критерієм Крускала-Уолліса, не виявлено статистично значущих відмінностей, бо $p > 0,001$.

Здійснено порівняння середніх показників за номінативною змінною «Освіта». Найвищі середні показники показала підвибірка, яка має повну

загальну середню освіту за фрустрацією та ригідністю. Найвищий показник агресивності має підвибірка, яка має професійну освіту. Найнижчі показники тривожності та фрустрації показала та група, яка навчається в спеціальній школі (Миколук, 2024b). Результати представлені в таблиці 3.44.

Таблиця 3.44

Показники за змінною «Освіта»

Освіта	Тривожність	Фрустрація	Агресивність	Ригідність	Критерій Крускала-Уолліса
Повна загальна середня освіта	10,3	10,1	8,63	12	$p=0,027$; $p<0,05$
Вища	9,83	8,12	9,50	10,4	$p> 0,05$
Професійна	10,8	9,18	10	11,2	$p> 0,05$
Спеціальна	7,81	7,34	8,66	8,94	$p> 0,05$

За критерієм Крускала-Уолліса, виявлено статистично значущу відмінність у рівні вираженості тривожності ($p=0,027$; $p<0,05$). Було здійснено попарне порівняння за шкалою «тривожність» за критерієм Двасса Стіл Крічлоу Флігнера (таблиця 3.45).

Таблиця 3.45

Попарне порівняння за показником «Тривожність»

	Освіта	W	Рівень значущості
Тривожність	спеціальна школа-професійна освіта	4,164	0,017

Виявлено статистично значущу пару між спеціальною школою й професійною освітою. Результати показали, що найменшу тривожність мають здобувачі освіти спеціальної школи, а найвищу – опитані з професійною освітою (Миколук, 2024b).

У цивільній вибірці (31 опитаний, батьки яких чують; 9 досліджуваних, які визначили, що один з їх батьків має порушення слуху; 11 учасників дослідження, які мають глухих батьків) дослідили показники між номінативною змінною «батьки» (чуючі, глухі батьки, один із них має

порушення слуху) та шкалами тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності. В таблиці 3.46 бачимо, що найменш виражені шкали тривожності, агресивності та ригідності, у тих досліджуваних, виховання яких відбувалося у сім'ях батьків з глухою ідентичністю.

Таблиця 3.46

**Відмінності за показниками за методикою Г. Айзенка
за змінною «Батьки»**

	Чуючі	Один має пор. слуху	Глухі	Однофакторний дисперсійний аналіз (Фішер)	Рівень значущості
Тривожність	8,32	9,44	6,73	0,8663	0,427
Фрустрація	7,74	6,44	7,82	0,0410	0,960
Агресивність	9,16	11,7	5,73	5,1812	p=0,009; p<0,01
Ригідність	9,97	9,22	9,09	0,2768	0,759

Найменшу фрустрацію мають досліджувані, які мають одного з батьків з порушеннями слуху. Найбільшу вираженість має шкала агресивності та тривожності в опитаних, які мають одного з батьків з порушеннями слуху. Найвищий рівень ригідності мають досліджувані, що мають чуючих батьків. Був проведений однофакторний дисперсійний аналіз і виявлено статистично значущу відмінність саме у шкалі агресивності. Щоб визначити, які саме групи відрізняються, був проведений апостеріорний тест Тьюкі (таблиця 3.47).

Таблиця 3.47

Попарне порівняння за показником «Агресивність»

	Батьки	t (різниця середніх)	Рівень значущості
Агресивність	один з втратою слуху-глухі батьки	5,94	0,01

Знайдено статистичну відмінність у вираженості агресивності в групах досліджуваних, які мають одного з батьків з порушеннями слуху й учасників, які мають глухих батьків, що свідчить про відмінності рівня агресивності у цих групах.

Що стосується культурної ідентичності цивільних, то маємо такий розподіл: 10 учасників дослідження з чуючою ідентичністю, 27 досліджуваних

мають глуху ідентичність, 11 опитаних з бікультурною ідентичністю, лише 3 мають маргінальну ідентичність. Як видно з таблиці 3.48, досліджувані з чуючою ідентичністю мають високі показники тривожності, агресивності та ригідності.

Таблиця 3.48

Середні показники за змінною «Тип культурної ідентичності» за методикою Г. Айзенка

Тип культ. ідентичності	Тривожність	Фрустрація	Агресивність	Ригідність
Чуюча	10,7	7,20	11,2	11,7
Глуха	7,48	7,15	8,26	9,11
Бікультурна	7,27	8	8,09	8,91
Маргінальна	9,33	10,3	9,33	10,3

Втім, у досліджуваних з маргінальною ідентичністю виражений показник фрустрації. Опитані з бікультурною ідентичністю мають найнижчі показники тривожності, агресивності та ригідності. Учасники глухої ідентичності мають найнижчий показник фрустрації. Після проведеного однофакторного дисперсійного аналізу не виявлено статистично значущих відмінностей між групами ($p > 0,001$).

6. Опитувальник гандикапу по слуху для дорослих (ННІА) авторства С. W. Newman, В. Е. Weinstein, G. P. Jacobson & G. A. Hug (1990).

Дослідження гандикапу по слуху для дорослих проводилося за допомогою опитувальника гандикапу по слуху для дорослих (ННІА) авторства С. W. Newman, В. Е. Weinstein, G. P. Jacobson & G. A. Hug (1991). Надійність даного опитувальника було визначено на нашій вибірці за допомогою критеріїв α Кронбаха 0.918 та ω МакДональда 0.971 (див. додаток М). Результати показали високу надійність опитувальника.

Проаналізовано результати описових статистик: нормальність розподілу за всіма шкалами показали ненормальність розподілу ($p < 0,001$), відповідно й будуть використовуватися методи непараметричної статистики. З таблиці 3.49 видно, що у трьох змінних наявна нульова мода, що свідчить про значну

кількість учасників дослідження з нульовим гандикапом. Виявлена правостороння асиметрія, що вказує на схильність вибірки прагнути у діапазоні підвищених значень.

Таблиця 3.49

Описові характеристики за опитувальником гандикапу по слуху

	M	Mo	Md	SD	Se	Kr	Sk	Min	Max
Гандикап	30,4	0	27	25,4	1,55	- 0,691	0,524	0	96
Соц.	13	0	12	11,7	0,713	- 0,246	0,709	0	48
Емоц.	17,3	0	16	14,7	0,892	-0,788	0,515	0	52

У всіх трьох змінних виявлено негативний ексцес, що свідчить про те, що розподіл є платикуртичним, або пласким. Великі значення стандартного відхилення свідчать про широку варіативність даних, що вказує на те, що багато значень відхиляються від середнього арифметичного.

За описовими статистиками виявлено, що жінки мають вищі значення гандикапу за трьома змінними гандикапу, ніж чоловіки (таблиця 3.50).

Таблиця 3.50

Відмінності за статтю за методикою гандикапу по слуху

	Чоловіки	Жінки	U-критерій Манна-Уїтні	Рівень значущості
Гандикап (SD)	30 (25,4)	34 (25,8)	3134	p=0,363
Соціальний (SD)	12,6 (11,5)	16,2 (13,5)	2962	p=0,178
Емоційний (SD)	17,2 (14,8)	17,9 (13,5)	3306	p=0,634

За U-критерієм Манна-Уїтні між статтю та гандикапом не виявлено міжгрупових відмінностей, бо $p > 0,05$ (Миколук, 2024а).

При дослідженні середніх показників за віком у рівні вираженості гандикапу отримано наступні результати, представлені в таблиці 3.51. За віковими групами теж не знайдено статистично значущих відмінностей гандикапу за критерієм Крускала – Уолліса, бо $p > 0,001$. Описові статистики показали, що найбільш виражені гандикап й соціальний гандикап – в осіб юнацького віку.

Таблиця 3.51

Середні показники гандикапу за віком

	Гандикап	Емоційний гандикап	Соціальний гандикап
Юнацький	33,5	17,6	16,2
Ранній дорослий	30,3	17,8	12,4
Середній дорослий	29	15,7	12,7

У ранньому дорослому віці більш виражений емоційний гандикап (Миколук, 2024а).

За допомогою U-критерію Манна-Уїтні з'ясовано відмінності між часом втрати слуху й гандикапом, виявлено міжгрупові відмінності у шкалі соціального гандикапу. З таблиці 3.52 видно, що всі змінні гандикапу переважають саме в досліджуваних з ранньою втратою слуху (Миколук, 2024b).

Таблиця 3.52

Відмінності за гандикапом за часом втрати слуху

	Рання	Пізня	U-критерій Манна-Уїтні	Рівень значущості
Гандикап	35	29,4	4429	p>0,001
Соц. гандикап	17,1	12,1	3886	p=0,003
Емоц. гандикап	18,2	17,1	4852	p>0,001

За номінативною змінною «Досліджувані» (таблиця 3.53) виявлено статистично значущу відмінність у змінній соціального гандикапу за критерієм Манна-Уїтні (p=0,004, p<0,05). За описовими статистиками можна простежити, що у цивільних опитаних більший рівень соціального гандикапу, ніж у військових.

Таблиця 3.53

Відмінності за гандикапом за змінною «Досліджувані»

	Цивільні	Військові	U-критерій Манна-Уїтні	Рівень значущості
Гандикап M (SD)	34,5 (21,3)	17,1 (15,3)	4681	p>0,001
Соц. гандикап M (SD)	16,7 (11)	12,1 (11,7)	4133	p=0,004
Емоц. гандикап M (SD)	18 (11,5)	17,1 (15,3)	5098	p>0,001

За емоційним та соціальним гандикапом вищі значення прослідковуються саме у цивільних (Миколук, 2024а) .

За змінною слухопротезування (таблиця 3.54) видно, що найвищий показник гандикапу має група досліджуваних, що носять 2 кохлеарні імпланти, потім група, яка носить 2 слухових апарати постійно. Найменші значення за гандикапом має група, яка не використовує жодних пристроїв та група, яка тільки на одне вухо кохлеарно імплантована. За соціальним гандикапом найвищі показники у групи досліджуваних, які на 2 вуха кохлеарно протезовані, а також ті, які носять 2 слухових апарати постійно. Найменший показник має група досліджуваних з порушеннями слуху, яка не носить жодних пристроїв. За емоційним гандикапом найвищі показники має група досліджуваних з двобічною кохлеарною імплантацією і ті, що постійно носять слухові апарати. Підвибірка, яка не носить жодних слухових пристроїв, має найменші прояви емоційного гандикапу.

Таблиця.3.54

Відмінності за гандикапом за змінною «Слухопротезування»

Змінні	один слух.ап.	2 слух. апарати	Кохлеар. імплант.	2 вуха кохл. імпл.	слух. апарат (іноді)	Жоден з пристр.	Критер. Крускала -Уолліса
Гандикап	38,7	45,1	29,8	49,2	36,8	27	p=0,003
Соц. гандикап	16,8	21,6	13,8	22	13,8	11,6	p=0,003
Емоц.гандикап	20,8	25,4	16,8	26,8	22,4	15,3	p=0,005

Для визначення статистично значущої різниці між типом слухопротезуванням й трьома змінними гандикапу, був проведений тест Крускала-Уолліса. Виявлено статистично значущі різниці між змінними «слухопротезування» й «гандикапом», «слухопротезування» й «соціальним гандикапом», а також «слухопротезування» й «емоційним гандикапом» (Миколук, 2024b).

З таблиці 3.55 видно, що в тих опитаних, які навчаються у спеціальних школах й у тих, хто має повну загальну середню освіту, виявлено найвищий рівень гандикапу.

Таблиця 3.55

Відмінності за гандикапом за рівнем освіти

Змінні	Спеціальна школа	Вища освіта	Повна загальна середня освіта	Професійна освіта	Рівень значущості
Гандикап	33	29,6	31,4	30	$p=0,762$
Соц. гандикап	15,8	12,6	13,5	12,3	$p=0,871$
Ем.гандикап	17,4	16,7	17,8	17,6	$p=0,403$

Соціальний гандикап найбільш виражений у здобувачів спеціальної освіти, а також у тих, хто має повну загальну середню освіту. Емоційний гандикап найбільш виражений в учасників дослідження, які мають повну загальну середню освіту (Миколюк, 2024b). Не виявлено статистично значущих відмінностей між рівнем освіти й змінними гандикапу, які вимірювалися за допомогою критерію Крускала-Уолліса, бо $p>0,001$. (Миколюк, 2024b).

За змінною «Батьки» можна простежити рівні вираженості гандикапу. За показниками гандикапу (таблиця 3.56) найвищий рівень виявлено в опитаних, які мають глухих батьків та в досліджуваних з чуючими батьками.

Таблиця 3.56

Середні показники гандикапу за змінною «Батьки»

Змінні	Чуючі	Глухі	Один із батьків з порушеннями слуху
Гандикап M (SD)	35,3 (23,7)	38,5 (16,4)	27,1 (17,4)
Соц. гандикап M (SD)	17 (11,2)	17,6 (8,52)	14,9 (13,7)
Ем.гандикап M (SD)	18,4 (12,7)	20,7 (8,59)	13,6 (10,1)

За емоційним гандикапом мають високі показники опитані, що виховувалися в сім'ях з глухими батьками. Найвищі прояви соціального гандикапу виявлено в досліджуваних із глухими батьками.

Досліджувалися також прояви гандикапу за типом культурної ідентичності цивільних досліджуваних (таблиця 3.57). За середніми показниками виявлено, що опитані з маргінальною ідентичністю й чуючою ідентичністю мають найвищі значення гандикапу. За соціальним гандикапом явно виражений показник має маргінальна ідентичність. За показниками

гандикапу найменші значення має бікультурна ідентичність: за емоційним гандикапом та соціальним гандикапом.

Таблиця 3.57

Середні показники гандикапу за типом культурної ідентичності

	Чуюча	Глуха	Бікультурна	Маргінальна
Гандикап	41,8	32,3	29,3	50
Емоц.гандикап	24	16,3	15,6	22,7
Соц. гандикап	19	15,6	15,1	25,3

За емоційним гандикапом учасники дослідження з чуючою ідентичністю та маргінальною ідентичністю мають вищі показники емоційного гандикапу по вибірці.

7. Проективний тест «Хто Я» М. Куна & Т.МакПартленда (1954).

У дослідженні застосований проективний тест «Хто Я» М. Куна & Т.МакПартленда (1954), який дозволяє визначити самоствавлення та типи ідентичностей як у військових, так і цивільних з порушеннями слуху. Цей проективний тест нами спрощений порівняно з оригінальною версією (збільшено час на 10 хвилин й зменшена обов'язкова кількість речень), оскільки особи з порушеннями слуху (з ранньою втратою слуху) виявляють труднощі у написанні значних обсягів тексту. Тим більше, що жестова мова, якою вони постійно користуються, є відмінною від норм української літературної мови. Досліджуваним запропоновано написати речення, не турбуючись про логіку чи важливість їх порядку. Відповіді були оброблені за допомогою контент-аналізу. Окремо аналізувалися письмові відповіді військових і цивільних з порушеннями слуху.

Як видно з Рис.3.3, переважною ідентичністю військовослужбовців з порушеннями слуху є сімейна ідентичність. Сімейна ідентичність у військових проявляється у почутті приналежності до сімейних підсистем та розкритті глибини емоційних зв'язків, які учасники дослідження надають своїм сім'ям. У дослідженні виявлено такі сімейні підсистеми: підсистема батьків та

підсистема дітей (Ушакова, 2019), наприклад, опитані вказують у тесті: «Я-батько», «Я-єдиний син в родині», «Я - батько й дідусь».



Рис. 3.3. Контент-аналіз військових з порушеннями слуху

В окремих опитаних виявлено ще один тип стосунків – наявність близького партнера без укладання шлюбу, наприклад, «у мене є дівчина, яка підтримує мене».

Особистісні якості у військовослужбовців розкриваються через опис своєї власної особистості, її поведінкових характеристик, рис характеру, властивостей особистості, наприклад, досліджувані пишуть: «Дівчата кажуть, що я-красивий», «я – нормальний», «я - відповідальний», «я -рішучий», «я - працелюбний».

У даній вибірці досліджуваних військовослужбовців виявлена мілітарна ідентичність. Мілітарна ідентичність –«це результат соціальної ідентифікації актора з армією чи військовими групами, який є наслідком інтерналізації цінностей й норм, прийнятих в армійському полі» (Артеменко & Батаєва, 2022, с. 40). Військові з порушеннями слуху розкривають свою мілітарну ідентичність через належність до лав Збройних сил України, визначають свою роль у захисті України. Військовослужбовці розкривають стосунки з побратимами, відзначаючи їх важливість у згуртованості та підтримці командного духу. У військовослужбовців присутній патріотизм - глибока любов до своєї країни, що мотивує захищати Україну.

Отже, для військовослужбовців важливо розвивати різні ідентичності. Однак, провідною й ресурсною для них є ідентичність воїна та захисника (Осьодло, 2023, с. 170).

Військові з порушеннями слуху у проєктивному тесті наводять різні види рекреації та дозвілля, яке їм притаманне. Контент-аналіз відповідей показав, що найбільш улюбленими у військових є відпочинок у лісі, риболовля з друзями та подорожі, за якими вони дуже сумують. Контент-аналіз виявив ще одну ідентичність у військовослужбовців – професійну. Військові з порушеннями слуху розкривають свою професійну ідентичність як ідентифікацію себе з певною професією, яка в них була до повномасштабного вторгнення, та розкривають перспективи свого професійного розвитку після завершення війни.

Виявлена певна специфіка при дослідженні цивільної підгрупи з порушеннями слуху (див. Рис. 3.4). Контент-аналіз показав, що особистісні якості в цивільних осіб з порушеннями слуху є найбільш вираженими. Прикладами особистісних якостей в осіб із втратою слуху є опис своєї зовнішності, опис своїх власних рис характеру та якостей особистості, наприклад, «я - розумний», «я-красивий», «я - ледачий».



Рис.3.4. Контент-аналіз проєктивного тесту у цивільних з порушеннями слуху

Щодо сімейної ідентичності, то у відповідях опитаних виявлені підсистему батьків та підсистему дітей, оскільки досліджувані з порушеннями слуху мають різний віковий діапазон. Що стосується учнів спеціальних шкіл,

то вони розкривали ставлення до своїх батьків, або констатували наявність батьків, їх емоційні зв'язки з родиною. Дорослі з порушеннями слуху писали про наявність власних сімей та ту емоційну підтримку, яку вони отримують в родині.

Дослідження показало наявність рекреації у цивільних досліджуваних з порушеннями слуху. Учасники дослідження визначили, що їх улюбленими видами дозвілля є гра в шахи та шашки, комп'ютерні ігри. Дорослі опитані цивільної підгрупи люблять доглядати за власним садом та городом. Окремі досліджувані вважають найкращим відпочинком подорожі по Україні і за кордон.

Улюбленим видом діяльності в опитаних - школярів спеціальних шкіл є заняття спортом. Завдяки спорту, школярі з порушеннями слуху досягають значних успіхів; розкривають свій внутрішній потенціал та вчаться досягати поставлених цілей. У багатьох спеціальних школах є стенди їх вихованців - учасників Дефлімпіад.

Отже, ні в підгрупі цивільних опитаних, ні в підгрупі військовослужбовців із втратою слуху порушення слуху не є провідною частиною їх ідентичності.

3.2. Аналіз кореляційних зв'язків суб'єктивного благополуччя

Кореляційний аналіз проводимо з метою вивчення зв'язків між змінними. Дані змінні виміряні в інтервальній шкалі; застосовано критерій Пірсона.

В таблиці 3.58 представлені кореляційні зв'язки між «задоволеністю життям» та іншими змінними. Адекватна та позитивна самооцінка в осіб з порушеннями слуху сприяє підвищенню задоволеності життям, підвищує якість життя й позитивне функціонування таких осіб, формує їх автономію ($r=0,517$; $p<0,001$).

Таблиця 3.58

Кореляція між задоволеністю життям й іншими змінними

№	Кореляції	r	p
1.	Самооцінка – задоволеність життям	0,517	0,001
2.	Соціальна підтримка – задоволеність життям	0,443	0,001
3.	Значущий інший – задоволеність життям	0,377	0,001
4.	Сімейна підтримка – задоволеність життям	0,352	0,001
5.	Підтримка друзів – задоволеність життям	0,374	0,001

Підвищення соціальної підтримки сприятиме задоволенню життям в людей із втратою слуху ($r= 0,443$; $p<0,001$), оскільки соціальна підтримка дає змогу таким особам відчувати себе більш безпечно психологічно, дає змогу відчутти приналежність до певних спільнот: глухих, асоціації носіїв кохлерних імплантів і слухових апаратів чи до побратимства у військових.

Наявність значущого іншого сприяє задоволенню життям в осіб із втратою слуху ($r= 0,377$; $p<0,001$). Такий зв'язок виражається в емоційній підтримці з боку значущого іншого, що дозволяє особам з порушеннями слуху краще долати труднощі й сприяє зміцненню ментального здоров'я таких осіб.

Сімейна підтримка закладає основу для формування психоемоційного благополуччя дитини з порушеннями слуху, що, у свою чергу, поліпшуватиме задоволеність життям такої дитини в майбутньому ($r=0,352$; $p<0,001$). Для військовослужбовця з порушеннями слуху важливе безумовне прийняття його родиною, що також підвищить його задоволеність життям.

Люди з порушеннями слуху, які мають друзів, виявляють більшу задоволеність життям ($r=0,374$; $p<0,001$), оскільки наявність друзів забезпечує отримання позитивних емоцій такими особами й зміцнення міжособистісних взаємин, протидіючи соціальному гандикапу.

Були досліджені лінійні зв'язки між змінними «автономія», «управління середовищем» та іншими змінними (таблиця 3.59). Особа, яка є автономною (самодетермінованою), незалежною, не піддається соціальному тиску, уміє планувати своє життя – завжди матиме особистісне зростання ($r=0,462$; $p<0,001$).

Таблиця 3.59

Кореляційні зв'язки між змінними автономії та управління середовищем та іншими змінними

	Автономія		Упр.середовищем
Упр.середовищем	0,502***	Особист.зростання	0,540***
Ос. зростання	0,462***	Позит. стосунки	0,512***
Мета в житті	0,434***	Мета в житті	0,579***
Самоприйняття	0,512***	Самоприйняття	0,559***
Гандикап	-0,304***	Задовол. життям	0,493***
Соц. гандикап	-0,306***		
Задовол.життям	0,400***		
Самооцінка	0,421***		
Підтримка друзів	0,346***		

***кореляція є значущою на рівні 0,001.

Якщо особа з порушеннями слуху має змогу самостійно планувати та будувати конкретні досяжні цілі, то це сприяє особистісному зростанню, підвищує суб'єктність даної особистості ($r=0,434$; $p<0,001$).

При повноцінному прийнятті особами з порушеннями слуху своїх особистісних якостей, рис характеру, своїх можливостей та обмежень, є висока ймовірність розвитку самодетермінованої особистості, яка регулює свою власну поведінку, згідно зі своїми особистими стандартами ($r=0,512$; $p<0,001$).

Наявність високого рівня гандикапу в осіб з порушеннями слуху суттєво перешкоджає розвитку автономії особистості, гальмуючи як особистісний, так і соціальний розвиток ($r= -0,304$; $p<0,001$).

Низький рівень автономії, що виражається у конформізмі, залежності від думок інших при ухваленні важливих рішень та уникання великих скупчень людей через боязнь стикнутися з проявами аутизму, зумовлює соціальний гандикап в осіб із втратою слуху ($r= -0,306$; $p<0,001$). Високий рівень автономії, що проявляється у самодетермінації, суб'єктності, в регуляції своєї поведінки за власними стандартами, сприятиме переживанню задоволеності життям в осіб з порушеннями слуху ($r=0,400$; $p<0,001$).

Завдяки самооцінці, людина надає значущості своїй власній особистості, своїй діяльності, за умови, якщо самооцінка в осіб з порушеннями слуху є позитивною та адекватною. Це сприяє формуванню автономії в осіб з втратою слуху ($r=0,421$; $p<0,001$).

Для забезпечення автономії осіб з порушеннями слуху, вони іноді потребують потужної соціальної підтримки у формі ветеранського хабу чи спільнот відповідно до типу культурної ідентичності осіб з порушеннями слуху ($r=0,312$; $p<0,001$).

У залежності від форми підтримки друзів (наприклад, моральна, емоційна чи соціальна) і наскільки вона є доречною для особи з порушеннями слуху, така особа, ймовірно, буде пробувати щось нове, дещо експериментувати і не боятися робити помилки, то за таких умов, можлива автономія особистості з порушеннями слуху ($r=0,346$; $p<0,001$).

Якщо особи з порушеннями слуху вміють використовувати можливості, які пропонує суспільство, то це надає змогу таким людям бути відкритим до цих можливостей та професійно зростати ($r=0,540$; $p<0,001$). З боку держави варто створювати безбар'єрне та сприятливе середовище, де військові та цивільні з порушеннями слуху могли б здобути освіту у будь-якому закладі освіти чи набувати нові професійні компетенції, затребувані на сучасному ринку праці, то це, у свою чергу, сприяє особистісному зростанню осіб з порушеннями слуху (Миколюк, 2024b).

Чим кращі стосунки, тим ліпше стає управління середовищем особою з порушеннями слуху ($r=0,512$; $p<0,001$), оскільки вміння керувати та контролювати активності, уміння знаходити компроміси є необхідними умовами для розвитку позитивних стосунків.

Наявність конкретних досяжних цілей дають змогу розвивати відчуття компетентності та майстерності в управлінні середовищем особами з порушеннями слуху ($r=0,579$; $p<0,001$).

Здатність створювати контексти особою з порушеннями слуху, що відповідають цінностям суспільства, підвищує прийняття таких осіб із втратою слуху ($r=0,559$; $p<0,001$). Прикладами можуть бути спеціально створені інтернет-спільноти у різних соціальних мережах, які використовуються для спілкування, для отримання інформації, або навіть отримання емоційної підтримки у цивільних з порушеннями слуху. У військових з порушеннями слуху, прикладом може слугувати ветеранські хаби, де військовослужбовець може знайти як потенційних друзів, так й отримати різні види допомоги.

Знайдено статистично значущий кореляційний зв'язок між задоволеністю життям й управлінням середовищем ($r=0,493$; $p<0,001$). Чим краще управління середовищем, тим більша задоволеність життям.

Наявність позитивних стосунків в особи з порушеннями слуху сприяє їх особистісному зростанню ($r= 0,590$; $p<0,001$).

Були досліджені лінійні зв'язки між змінними «особистісне зростання», «позитивні стосунки» та іншими змінними. Дані представлені в таблиці 3.60.

Таблиця 3.60

Кореляційні зв'язки між змінними «особистісне зростання» та «позитивні стосунки» з іншими змінними

	Особистісне зростання		Позитивні стосунки
Мета в житті	0,676***	Мета в житті	0,528***
Самоприйняття	0,510***	Самоприйняття	0,429***
Гандикап	-0,324***	Задоволеність життям	0,444***
Емоційний гандикап	-0,326***	Самооцінка	0,451***
Соціальний гандикап	-0,306***	Соціальна підтримка	0,614***
Задоволеність життям	0,384***	Значущий інший	0,504***
Самооцінка	0,493***	Підтримка друзів	0,588***
Соціальна підтримка	0,400***	Сімейна підтримка	0,411***

***кореляція є значущою на рівні 0,001.

Побудова особами з порушеннями слуху конкретних досяжних цілей і поступове досягання мети, сприятиме особистісному зростанню осіб з порушеннями слуху ($r=0,676$; $p<0,001$).

Знайдено значущий кореляційний зв'язок між самоприйняттям й особистісним зростанням. Особи з порушеннями слуху, які мають розвинуті рефлексивні вміння та навички саморегуляції, матимуть завжди позитивне самоприйняття, що, у свою чергу, сприятиме розвитку особистісного зростання ($r=0,510$; $p<0,001$).

Комплексне переживання емоційних та соціальних труднощів через проблеми зі слухом суттєво гальмує особистісне зростання особи з порушеннями слуху ($r= -0,324$; $p<0,001$).

Дослідження показало, що існує негативний кореляційний зв'язок між емоційним гандикапом й особистісним зростанням. Наявність негативних емоційних станів, пов'язаних з переживанням проблем щодо стану слуху, призводять до емоційного й психологічного виснаження, які ставлять цілі щодо особистісного зростання «на паузу», або стають взагалі недосяжними ($r= -0,326$; $p<0,001$).

Соціальний гандикап негативно позначається на особистісному зростанню осіб з порушеннями слуху. Особа з порушеннями слуху може переживати соціальну тривожність, намагаючись уникати місць масового скупчення людей, відвідування вечірок, торговельних центрів, закладів громадського харчування і таке інше, надаючи перевагу самотності. Така поведінка позбавляє осіб з порушеннями слуху нових позитивних вражень, звужує кругозір; особа починає відчувати особистісний застій та відсутність зацікавленості до власного життя ($r= -0,306$; $p<0,001$).

Знайдено кореляційний зв'язок між задоволеністю життям та особистісним зростанням. У разі, якщо особа з порушеннями слуху сприймає себе як повноцінно функціонуючу особистість, безперервно розвивається та

відкрита до нових вражень - це підвищує задоволеність життям ($r=0,384$; $p<0,001$).

Стабільна позитивна самооцінка підвищуватиме особистісне зростання особи із втратою слуху ($r=0,493$; $p<0,001$).

При високій соціальній підтримці, яка надає достатньо широкі можливості та ресурси особам з порушеннями слуху, з високою ймовірністю з'явиться можливість особистісного зростання ($r=0,400$; $p<0,001$).

Існує позитивний кореляційний зв'язок між метою в житті й позитивними стосунками. Особи з порушеннями слуху, в яких є чіткі та конкретні цілі в житті, мають позитивні стосунки з іншими людьми ($r=0,528$; $p<0,001$). Вони схильні до турботи про благополуччя інших; мають сильну емпатію та розуміння необхідності у компромісах у людських стосунках.

Знайдено значущий кореляційний зв'язок між самоприйняттям й позитивними стосунками. Самоприйняття особою із втратою слуху із усіма можливостями здоров'я, недоліками та перевагами, позначається на налагодженні позитивних стосунків з іншими людьми ($r=0,429$; $p<0,001$).

Наявність щирих, довірливих стосунків в осіб з порушеннями слуху завжди сприятимуть задоволеності їх життям ($r=0,444$; $p<0,001$), підвищуватимуть їх благополуччя.

Позитивна та адекватна самооцінка особи з порушеннями слуху дозволяє побудувати позитивні стосунки з іншими ($r=0,451$; $p<0,001$).

Сильний позитивний кореляційний зв'язок між соціальною підтримкою та позитивними стосунками вказує на те, що особи з порушеннями слуху, які отримують достатньо соціальної підтримки, більш соціально благополучні. ($r=0,614$; $p<0,001$).

Встановлено статистично значущий кореляційний зв'язок між значущим іншим та позитивними стосунками ($r=0,504$; $p<0,001$).

Знайдено позитивний кореляційний зв'язок між сімейною підтримкою й позитивними стосунками. Особи з порушеннями слуху, які мають тісні сімейні

зв'язки, можуть мати міцні позитивні стосунки з іншими людьми ($r=0,411$; $p<0,001$).

Наявний значущий кореляційний зв'язок між підтримкою друзів та позитивними стосунками. Особи з порушеннями слуху розвивають у дружбі основні навички соціальної комунікації, зокрема у побудові міцних соціальних взаємин, в умінні залагоджувати «гострі кути» у взаємодії з іншими, в усуненні смислових бар'єрів, які виникають під час конфлікту, в умінні знаходити компроміси та розвитку емпатії. Всі ці соціальні уміння підвищують якість позитивних стосунків ($r=0,588$; $p<0,001$).

В таблиці 3.61 висвітлені кореляційні зв'язки між «Мета в житті» та іншими змінними.

Таблиця 3.61

Кореляційні зв'язки між змінними «мета в житті» та іншими змінними

	Мета в житті
Самоприйняття	0,652***
Гандикап	-0,364***
Емоційний гандикап	-0,357***
Соціальний гандикап	-0,365***
Задоволеність життям	0,472***
Самооцінка	0,544***
Соціальна підтримка	0,411***
Підтримка друзів	0,369***

***кореляція є значущою на рівні 0,001.

Наявність довгострокових конкретних цілей та планів в особи з порушеннями слуху підвищує самоприйняття такої особи ($r=0,652$; $p<0,001$).

Відсутність цілей породжує гандикап, який частково гальмує особу з порушеннями слуху, і вона вважає беззмистовним щось планувати, оскільки надмірно зациклена на своїх обмеженнях здоров'я ($r= -0,364$; $p<0,001$).

Емоційні переживання через проблеми зі слухом (емоційний гандикап) сповільнюють досягнення професійних й особистісних цілей особою з порушеннями слуху ($r= -0,357$; $p<0,001$).

Соціальний гандикап віддаляє людину з порушеннями слуху від досягнення поставлених цілей ($r = -0,365$; $p < 0,001$).

Відчуття змістовності свого життєвого вектору, відчуття психологічного благополуччя та оптимізму, уміння знаходити життєві сенси, навіть у складних ситуаціях, сприяє підвищенню задоволеності життям осіб з порушеннями слуху ($r = 0,472$; $p < 0,001$).

При адекватній позитивній оцінці себе особою з порушеннями слуху, своїх якостей та можливостей, з'являється можливість побудови короткострокових та довгострокових планів та досягнення цілей ($r = 0,544$; $p < 0,001$).

Значуща соціальна підтримка осіб із втратою слуху сприяє досягненню їх життєвих цілей ($r = 0,411$; $p < 0,001$). Наприклад, у військових з порушеннями слуху після реабілітації та соціальної підтримки можуть з'явитися ресурси для побудови життєвих та професійних планів. Цивільні особи з порушеннями слуху, що є членами спільнот в залежності від їх типу культурної ідентичності, де вони отримують соціальну підтримку, що сприяє побудові життєвих цілей, професійних планів, працевлаштуванню, їх організації дозволя.

Наявність друзів в особи із втратою слуху надає життю сенсовості, що, у свою чергу, поліпшує будівництво життєвих цілей особою з порушеннями слуху ($r = 0,369$; $p < 0,001$).

В таблиці 3.62 висвітлені кореляційні зв'язки між «Самоприйняттям» та іншими змінними. Переживання гандикапу особою з порушеннями слуху призводить до проблем із самоприйняттям ($r = -0,334$; $p < 0,001$), оскільки задіюються як емоційні, так і соціальні переживання проблем зі слухом, є ймовірність зміни «Я-образу» на образ «Я-інвалід». При значному емоційному гандикапу змінюється самоприйняття в осіб із втратою слуху ($r = -0,357$; $p < 0,001$). Самоприйняття при надмірному емоційному гандикапу змінює образ «Я», включаючи зміну ставлення як до фізичних, так і психологічних даних

особами із зниженим слухом (Сергеєнкова, Столярчук, Коханова, & Пасека, 2012, с.177).

Таблиця 3.62

Кореляційний зв'язок змінної «Самоприйняття» з іншими змінними

№	Кореляції	r	p
1.	Гандикап – самоприйняття	-0,334	0,001
2.	Емоційний гандикап – самоприйняття	-0,357	0,001
3.	Соціальний гандикап – самоприйняття	-0,291	0,001
4.	Задоволеність життям – самоприйняття	0,615	0,001
5.	Самооцінка – самоприйняття	0,562	0,001
6.	Соціальна підтримка – самоприйняття	0,370	0,001
7.	Значущий інший – самоприйняття	0,278	0,001
8.	Сімейна підтримка – самоприйняття	0,283	0,001
9.	Підтримка друзів – самоприйняття	0,371	0,001

Соціальний гандикап призводить до негативного самоприйняття ($r=-0,291$; $p<0,001$) через проблеми зі слухом, через наявні смислові бар'єри з середовищем, що чує.

Адекватне прийняття особами з порушеннями слуху власних можливостей й обмежень здоров'я сприяє задоволеності життям ($r=0,615$; $p<0,001$).

Безумовне прийняття своїх власних особистісних якостей, рис характеру, можливостей здоров'я підвищує самооцінку людини з порушеннями здоров'я ($r=0,562$; $p<0,001$).

Самоприйняттю особи з порушеннями слуху сприяє соціальна підтримка ($r=0,370$; $p<0,001$). У цьому випадку, правильне соціальне оточення має відповідати типу культурної ідентичності особи з порушеннями слуху. Для військових з порушеннями слуху важливим є інститут побратимства.

Дослідження показало, що при наявності значущого іншого, підвищується самоприйняття особи з порушеннями слуху ($r=0,278$; $p<0,001$).

Сімейна підтримка дитини чи військового з порушеннями слуху сприяє підвищенню самоприйняття такою особою самого себе. Бо саме в сім'ї може сформуватися певне ставлення до порушення здоров'я, що у подальшому

може сформуватися прийняття чи неприйняття порушення слуху ($r=0,283$; $p<0,001$) самою дитиною чи військовим із втратою слуху.

Наявність друзів зменшує самоізоляцію особи з порушеннями слуху, підвищуючи соціальне благополуччя та самоприйняття ($r=0,371$; $p<0,001$).

З таблиці 3.63 видно кореляційні зв'язки між «самооцінкою» та іншими змінними.

Таблиця 3.63

Кореляційні зв'язки між самооцінкою й іншими змінними

	Самооцінка
Соціальна підтримка	0,344***
Значущий інший	0,265***
Сімейна підтримка	0,205***
Підтримка друзів	0,344***

***кореляція є значущою на рівні 0,001.

Чим краща соціальна підтримка, тим вищою стає самооцінка в осіб з порушеннями слуху ($r=0,344$; $p<0,001$), завдяки цьому у них підвищується цінність своєї власної особистості, значущість своєї діяльності (Скрипченко, Долинська & Огороднійчук, с. 318). Щоб підвищити соціальну підтримку для осіб з порушеннями слуху, необхідно побудувати толерантне безбар'єрне середовище, зокрема освітнє та інформаційне для такої категорії осіб. Соціальна підтримка повинна супроводжуватися адекватним ставленням до можливостей таких осіб, до їх освітніх потреб. Ми досліджували ставлення педагогів, чуючих студентів до здобувачів освіти з порушеннями слуху. У цілому, маємо прийнятне ставлення педагогів та студентів до таких осіб (Миколюк, 2024b; Миколюк & Мілютіна, 2024), що, у свою чергу, сприяє формуванню адекватної самооцінки в студентської молоді з порушеннями слуху.

Наявність значущого іншого підвищує самооцінку особи з порушеннями слуху ($r=0,265$; $p<0,001$), у разі, коли значущий інший приймає цю особу такою, якою вона є.

Сімейна підтримка, у ситуації безумовного прийняття члена родини з порушеннями слуху, незалежно від її психофізичних можливостей, сприяє підвищенню самооцінки особи з порушеннями слуху ($r=0,205$; $p<0,001$);

Підтримка друзів поліпшує самооцінку осіб з порушеннями слуху ($r=0,344$; $p<0,001$).

Були досліджені лінійні зв'язки між змінними «тривожність», «фрустрація», «ригідність» та іншими змінними (таблиця 3.64).

Таблиця 3.64

Кореляційні зв'язки між змінними тривожності, фрустрації, ригідності та іншими змінними

	тривожність		фрустрац.		ригідн.
Фрустрація	0,731***	Автономія	-0,547***	Автоном.	-0,386***
Ригідність	0,551***	Упр.серед.	-0,544***	упр.серед.	-0,427***
Автономія	-0,509***	Ос.зрост.	-0,468***	Ос.зрост.	-0,426***
Упр.середов.	-0,447***	Позит.сто сунки	-0,429***	Поз.стосун.	-0,467***
Самоприйн.	-0,489***	Мета в житті	-0,461***	Мета в житті	-0,376***
Задовол. життям	-0,451***	Самопр.	-0,579***	Самоприйн.	-0,456***
Самооцінка	-0,43***	Самооц.	-0,526***	Задовол. життям	-0,405***

***кореляція є значущою на рівні 0,001.

Знайдено сильний позитивний зв'язок між фрустрацією та тривожністю ($r=0,731$; $p<0,001$) в осіб з порушеннями слуху. Це може з'являтися в ситуаціях постійного відчуття уявної чи реальної загрози, яка неминуче призводить до фрустрації. Постійне перебування в такому стані може призвести до тривожних чи депресивних розладів, тому необхідне медико-психологічне втручання. Постійне перебування під впливом уявної чи реальної загрози (тривожність) спричиняє ригідність, яка виражається у страху пробувати щось нове, недооцінці своїх можливостей та фруструюче переживання змін у житті в осіб з порушеннями слуху ($r=0,551$; $p<0,001$). Найвний сильний негативний кореляційний зв'язок між тривожністю та автономією ($r= -0,509$; $p<0,001$).

Тривожність в осіб з порушеннями слуху постійно сковує їх автономію, що виражається у погіршенні керування ними своєю власною поведінкою, наявній залежності від думок інших, що не завжди відповідає власним цінностям цих осіб. Наявний помірний негативний кореляційний зв'язок між управлінням середовищем та тривожністю ($r=-0,447$; $p<0,001$). Особа з порушеннями слуху, яка відчуває компетентність в управлінні середовищем, ефективно використовує всі можливості й активності, які пропонує соціальне оточення. У таких ситуаціях є висока ймовірність зменшення тривожності. Прийняття особою з порушеннями слуху всіх аспектів свого власного «Я», адекватність та узгодженість «Я-концепції», прийняття своїх обмежень здоров'я знижує особистісну тривожність ($r=-0,489$; $p<0,001$). Задоволеність життям, що виражається в позитивній когнітивній оцінці та ставлення до свого благополуччя особами з порушеннями слуху, може зменшувати рівень вираженості ситуативної та особистісної тривожності ($r=-0,451$; $p<0,001$). Знайдено помірну негативну кореляцію між самооцінкою та тривожністю ($r=-0,43$; $p<0,001$). Це означає, що особи з порушеннями слуху, які мають адекватну самооцінку, мають меншу тривожність.

У ситуаціях неможливості досягнення особою з порушеннями слуху певної мети, що виражається у сильному емоційному напруженні, загострюється ригідність, що проявляється у переважанні негативного мислення, та відсутності бачення проблеми з іншого боку ($r=0,528$; $p<0,001$).

Невміння протистояти соціальному тиску і недостньо розвинута автономія призводять до фрустраційних реакцій ($r=-0,547$; $p<0,001$).

Наявність труднощів у керуванні щоденними справами, відчуття відсутності контролю над тими речами, на які особа з порушеннями слуху не може впливати, зумовлюють сильні емоційні переживання, що можуть призвести до дезадаптації ($r=-0,544$; $p<0,001$). Особливе значення такі переживання набувають в умовах воєнного стану.

Присутність неподоланих перешкод на шляху до досягнення мети, недостатньо розвинуті дивергентне мислення й рефлексія в осіб з порушеннями слуху, призводять до переживання фрустрації й значно віддаляють їх від особистісного зростання ($r = -0,468$; $p < 0,001$).

Перебування у фрустрації осіб з порушеннями слуху знижують якість позитивних стосунків ($r = -0,429$; $p < 0,001$).

Знайдено статистично помірний негативний кореляційний зв'язок між фрустрацією й метою в житті ($r = -0,461$; $p < 0,001$). Це означає, що надмірні фрустраційні реакції суттєво віддаляють від досягнення життєвих цілей осіб з порушеннями слуху.

Переважне негативне ставлення до себе, неприйняття «Я-фізичне» особами з порушеннями слуху спричиняє фрустрацію ($r = -0,579$; $p < 0,001$).

При переживанні фрустраційних реакцій знижується самооцінка, яка може перейти до заниженої, що виражається у применшенні своїх переваг особистості із втратою слуху ($r = -0,526$; $p < 0,001$).

Відчуття беззахисності, розгубленості перед соціальними труднощами в осіб з порушеннями слуху спричиняє соціальний гандикап ($r = 0,405$; $p < 0,001$).

Фрустрація – емоційно виснажливий психічний стан, який проявляється в осіб з порушеннями слуху в емоційній розгубленості перед труднощами, навіть перед тими, які можна подолати. Максимальне уникання ними конфліктів, низька толерантність до невдач призводять до незадоволеності своїм життям ($r = -0,482$; $p < 0,001$).

Ригідність в осіб з порушеннями слуху проявляється у негнучкості суб'єкта на рівні мислення, така особа надмірно піддається стереотипам, що перешкоджає впровадженню інновацій, що виражається у патологічній прихильності певним умовам та способу життя, без внесення жодних змін у власне життя. Ригідність перешкоджає розвитку автономії, оскільки автономія передбачає високу адаптивність до невизначених мінливих умов сьогодення ($r = -0,386$; $p < 0,001$).

При негнучкому типу мислення складно здійснювати управління середовищем особами з порушеннями слуху, що передбачає внесення постійних змін в будь-якій сфері діяльності ($r = -0,427$; $p < 0,001$).

Неможливість побачити перспективи свого професійного шляху, «боязнь вийти за межі зони комфорту» зумовлює ригідність в осіб з порушеннями слуху ($r = -0,426$; $p < 0,001$).

Знайдено помірну негативну кореляцію між позитивними стосунками та ригідністю ($r = -0,467$; $p < 0,001$).

Ригідність в осіб з порушеннями слуху іноді впливає на процес мислення, сповільнюючи швидкість обробки аферентної інформації як з об'єктивних, так і суб'єктивних причин, що перешкоджає своєчасному корегуванню життєвих цілей ($r = -0,376$; $p < 0,001$).

Ригідність, яка проявляється у прийнятті стереотипного образу «інваліда» особами з порушеннями слуху, зменшує самоприйняття ($r = -0,456$; $p < 0,001$) таких осіб. У цьому випадку, необхідна психотерапевтична робота, яка дозволила б позитивно сприймати своє власне «Я-фізичне».

Грунтовна інтелектуальна оцінка особою з порушеннями слуху задоволеності життям суттєво зменшує прояви ригідності ($r = -0,405$; $p < 0,001$).

В осіб з порушеннями слуху при зниженій самооцінці, внаслідок засвоєння ними образу інваліда у межах медичної моделі інвалідності, посилюється ригідність ($r = -0,352$; $p < 0,001$).

Підтримка друзів (наявність спільних інтересів, спільних тем для обговорення з особами з порушеннями слуху) сприяє зменшенню проявів ригідності ($r = -0,311$; $p < 0,001$).

Знайдено позитивний кореляційний зв'язок між управлінням середовищем та автономією ($r = 0,502$; $p < 0,001$).

В таблиці 3.65 представлені кореляційні зв'язки між «гандикапом» та іншими змінними. Гандикап має як емоційні, так й соціальні наслідки

переживання порушення слуху особами із втратою слуху, що призводить до зменшення задоволеності життям ($r = -0,323$; $p < 0,001$) у цілому.

Таблиця 3.65

Кореляція між гандикапом й іншими змінними

	Гандикап
Задоволеність життям	-0,323***
Самооцінка	-0,339***
Значущий інший	-0,293***
Сімейна підтримка	-0,266***

***кореляція є значущою на рівні 0,001.

При зниженій самооцінці підвищується гандикап ($r = -0,339$; $p < 0,001$), що проявляється у применшенні своїх особистісних якостей, самоповаги до власної персони та надмірна зацікленість на своїх проблемах зі слухом. Аналогічні результати дослідження отримали й О. О. Ставицький & О.Г.Ставицька (2020), які вивчали зв'язок між рівнем самооцінки й комплексом гандикапу у досліджуваних з різними формами інвалідністю. Гандикап в осіб з порушеннями слуху може призвести до зниження соціальної підтримки ($r = -0,299$; $p < 0,001$), оскільки такі особи можуть переживати аудизм, унаслідок чого виникають сильні негативні емоційні реакції, що призводять до усамітнення та самоізоляції. Тривала самоізоляція та відчуття «інакшості» через гандикап може призвести до погіршення побудови міцних міжособистісних взаємин між значущим іншим та особою з порушеннями слуху ($r = -0,293$; $p < 0,001$). При сильному переживанні гандикапу особою з порушеннями слуху можуть виникати труднощі в сімейних стосунках та отриманні сімейної підтримки. На цьому ґрунті, ймовірно, виникатимуть конфлікти. У нашому дослідженні окремі опитані зазначили, що мають конфлікт з родиною через набуте порушення слуху ($r = -0,266$; $p < 0,001$).

В таблиці 3.66 висвітлені кореляційні зв'язки між «емоційним гандикапом» та іншими змінними. Емоційний гандикап виявляється у надмірному переживанні втрати слуху, у дратівливості та тривожності в осіб з

порушеннями слуху, що негативно позначаються на їх задоволеності життям ($r = -0,349$; $p < 0,001$).

Таблиця 3.66

Кореляційні зв'язки між емоційним гандикапом й іншими змінними

	Емоційний гандикап
Задоволеність життям	-0,349***
Самооцінка	-0,359***

***кореляція є значущою на рівні 0,001.

При переживанні особою з порушеннями слуху проявів емоційного гандикапу знижується самооцінка таких осіб ($r = -0,359$; $p < 0,001$). Така особа починає переживати надмірно негативні емоції, сумуючи «за ідеальним здоров'ям» та виявляючи заздрість до можливостей чуючих. У такому випадку, людина з порушеннями слуху несвідомо приймає медичну модель інвалідності, яка суттєво сковує соціальне й психологічне життя такої людини, розглядаючи глухоту – «як жакливу ваду». Це найчастіше зустрічаються в осіб з порушеннями слуху, які є представниками чуючої культурної ідентичності.

В таблиці 3.67 висвітлені кореляційні зв'язки між «соціальним гандикапом» та іншими змінними.

Таблиця 3.67

Кореляція між соціальним гандикапом та іншими змінними

	Соціальний гандикап
Задоволеність життям	- 0,285***
Самооцінка	-0,292***
Соціальна підтримка	-0,320***
Значущий інший	0,301***
Сімейна підтримка	-0,268***

***кореляція є значущою на рівні 0,001.

Соціальний гандикап негативно позначається на задоволеності життям осіб з порушеннями слуху ($r = -0,285$; $p < 0,001$) саме через їх обмеження в соціальній сфері. Чим глибша втрата слуху, тим сильніше проявляється

соціальний гандикап в осіб з порушеннями слуху. Особливо актуальною є ця проблема для осіб з порушеннями слуху чуючої культурної ідентичності.

Знайдено обернену кореляцію між самооцінкою та соціальним гандикапом ($r=-0,292$; $p<0,001$). Соціальний гандикап має такі обмеження, як труднощі у спілкуванні з іншими людьми, у налагодженні міжособистісних взаємин, наявність дискримінації через порушення слуху. Всі ці соціальні обмеження погіршують самооцінку людини з порушеннями слуху.

При значній соціальній підтримці зменшуються соціальні прояви гандикапу в осіб з порушеннями слуху ($r= -0,320$; $p<0,001$). Отже, високий рівень соціальної підтримки може зменшити соціальний гандикап. Видами соціальної підтримки можуть бути поліпшення інформаційних технологій, безбар'єрне освітнє та інформаційне середовище та пошук оптимальної комунікації між особами з типовим розвитком та особами з порушеннями слуху.

При наявності значущого іншого зменшується соціальний гандикап, оскільки значущий інший підсилює почуття психологічної безпеки та емоційної підтримки для осіб з втратою слуху, та допомагає шукати оптимальні стратегії вирішення різних життєвих ситуацій, у тому числі й конфліктних ($r=-0,301$; $p<0,001$).

Результати дослідження показали важливість сімейної підтримки для протидії соціальному гандикапу в осіб з порушеннями слуху ($r= -0,268$; $p<0,001$). Наявність сімейної підтримки може поліпшити суб'єктивне благополуччя таких осіб та сприяти зниженню соціального гандикапу.

3.3. Факторний аналіз суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху

Факторний аналіз був застосований для виявлення латентних факторів, де змінні проявляються у взаємозв'язках; для зменшення кількості змінних у вибірці.

Перш ніж перейти до факторного аналізу, ми здійснили перевірку припущень, а саме: сферичність тесту Бартлетта та адекватність вибірки Кайзера-Малкіна–Олкіна. Результати показали, що тест Бартлетта є значущим ($p < 0,001$); адекватність вибірки Кайзера-Малкіна–Олкіна має значення 0,834, що свідчить про хорошу адекватність.

Наступним кроком є створення графіка Scree Plot, який дозволяє визначити «точку інфлексії» (це точка, у якій нахил кривої вирівнюється нижче «ліктя») (Navarro, & Foxcroft, 2019). Згідно з даними Рис.3.5, можна визначити, скільки факторів є доцільними за допомогою Eigen values (власні значення).

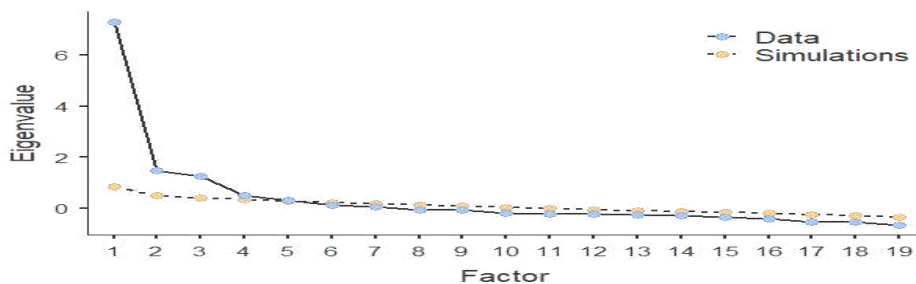


Рис.3.5. Точка інфлексії

На графіку можна визначити «точку інфлексії», де крива знаходиться нижче «ліктя». Були виділені 5 факторів згідно з нашими даними (Navarro, & Foxcroft, 2019).

Щоб з'ясувати, який метод ротації застосувати у факторному аналізі, варто звернути увагу на міжфакторні кореляції. В таблиці 3.68 фактори є позитивно чи негативно корельованими на рівні $r > 0,3$ (якщо задовольнити доцільність використання Oblimin-ротації).

Таблиця 3.68

Міжфакторні кореляції

	1	2	3	4	5
1	—	0,487	-0,374	-0,554	-0,0199
2		—	-0,294	-0,314	-0,1445
3			—	0,340	0,0369
4				—	0,0937
5					—

Фактор 1 й Фактор 2 має середню кореляцію; Фактор 1 й Фактор 3 має середню негативну кореляцію. У Факторі 1 та Факторі 4 наявна негативна середня кореляція. Фактор 2 та Фактор 4 має негативну середню кореляцію. Фактору 3 та Фактору 4 притаманна середня кореляція. Отримані результати міжфакторних кореляцій підтверджують доцільність застосування Oblimin-ротації.

Кумулятивна дисперсія даних становить 65,9%, яка пояснюється п'ятьма факторами. Перший фактор пояснює 16,67% дисперсії; другий фактор фактор - 15,68%. Третій фактор пояснює 15,56% дисперсії даних. Четвертий фактор має 14,04 %, а п'ятий - 3,98% дисперсії. Отже, п'ятифакторна модель є адекватною для опису даних. Перші чотири фактори є найбільш важливими для пояснення варіативності даних. П'ятий фактор вказує на менш значний аспект, однак може бути корисним для пояснення більш тонких аспектів даних.

У таблиці 3.69 представлені факторні навантаження змінних. Корисний показник факторного навантаження спостережуваної змінної становить на рівні $>0,5$ (Navarro, & Foxcroft, 2019).

Таблиця 3.69

Факторні навантаження змінних

Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3	Фактор 4	Фактор 5
мета в житті (0,830), особистісне зростання (0,769), позитивні стосунки (0,532); самоприйняття (0,504)	соціальна підтримка (1,037); сімейна підтримка (0,734); значущий інший (0,713); підтримка друзів (0,633)	гандикап (1,012), емоційний гандикап (0,928), соціальний гандикап (0,915)	тривожність (0,907), фрустрація (0,722)	агресивність (0,680)

До першого фактору, який має назву «Психологічне благополуччя», увійшли такі спостережувані змінні: мета в житті, особистісне зростання, позитивні стосунки; самоприйняття. Другий фактор з назвою «Соціальна

підтримка» має такі змінні: соціальна підтримка; сімейна підтримка; значущий інший; підтримка друзів. Третій фактор, який може бути названий «Гандикап», має в наявності такі змінні: гандикап, емоційний гандикап, соціальний гандикап. До четвертого фактору, який має назву «Психологічний дистрес» в наявності такі змінні: тривожність, фрустрація. П'ятий фактор має змінну агресивність й таку саму назву латентного фактору.

Фактор 1 «Психологічне благополуччя». Цей фактор відображає загальний рівень позитивного функціонування осіб з порушеннями слуху, їх самореалізації та позитивного прийняття своїх власних переваг й обмежень, пов'язаних зі здоров'ям. Особи з порушеннями слуху, які, ймовірно, мають високі бали за цим латентним фактором, відчувають більше оптимізму та щастя, мають конкретні цілі в житті й досягають їх, мають налагоджені стосунки, незалежно від їх культурної ідентичності, завжди прагнуть до самовдосконалення як у професійному, так й особистісному планах.

Фактор 2 «Соціальна підтримка». Даний фактор описує різні види соціальної підтримки, які особа з порушеннями слуху може отримати. При високому рівні підтримки особи із втратою слуху матимуть міцні соціальні зв'язки з родиною, значущим іншим, матимуть підтримку друзів – це сприяє розвитку суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху.

Фактор 3 «Гандикап». Цей фактор відображає різні види гандикапу, з якими стикається особа з порушеннями слуху. Гандикап може охопити як соціальну, так й особистісну сфери переживання порушення слуху такою особою, що перешкоджає досягненню ними суб'єктивного благополуччя.

Фактор 4 «Психологічний дистрес». Фактор представляє переживання особами з порушеннями слуху станів тривожності та фрустрації. Постійне занепокоєння, напруження та прокручування в голові уявних чи реальних загроз, призводять до їх дезадаптації. Наявність неподоланих перешкод на шляху досягнення цілей, призводить до розвитку фрустрації в осіб з порушеннями слуху.

Фактор 5 «Агресивність». Даний фактор відображає специфіку агресивності осіб з порушеннями слуху. Агресивність в осіб із втратою слуху може виникати як захисна реакція на аудизм і дискримінацію з боку осіб, щочують, переживання соціальної ізоляції, наявність низької самооцінки, пов'язаної з порушеннями слуху. Іноді агресивність може викликати шум у вухах (тінітус), який особливо гостро переживається особами з пізньою втратою слуху та військовослужбовцями. Постійне застосування особою з порушеннями слуху стратегії агресії для зменшення відчуття безпорадності, яке виникає через проблеми зі слухом, призводить до погіршення переживання ними суб'єктивного благополуччя.

3.4. Вираженість суб'єктивного благополуччя в осіб з порушеннями слуху (кластерний аналіз)

Нами проведено кластерний аналіз з метою дослідження вираженості суб'єктивного благополуччя в осіб з порушеннями слуху. Для даного аналізу застосовано критерій К-середніх кластерного аналізу алгоритму Hartigan-Wong у програмі Jamovi версії 2.4.14 (Миколюк, 2024а).

Як бачимо з графіку 3.6, оптимальна кількість кластерів є 3. На графіку значення «gap statistic» різко зростає зі збільшеннями кількості кластерів і потім починає стабілізуватися. Точка перегину (крива різко припиняє зростати), що вказує на оптимальну кількість кластерів.

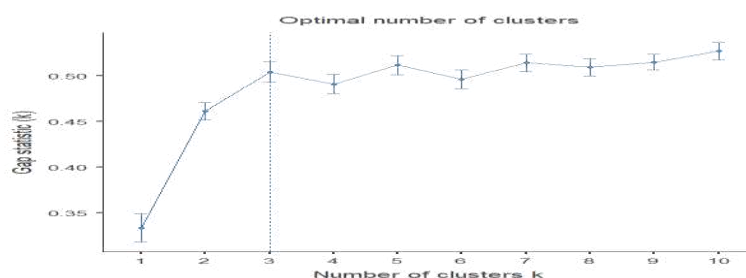


Рис. 3.6. Оптимальна кількість кластерів для дослідження

Отже, оптимальну кількість кластерів визначаємо за пунктирною лінією на вісі ординат (Рис.3.6) (Миколюк, 2024а).

З Рис.3.7 видно три профілі досліджуваних з порушеннями слуху. На цьому рисунку зображено значення змінних для трьох кластерів.

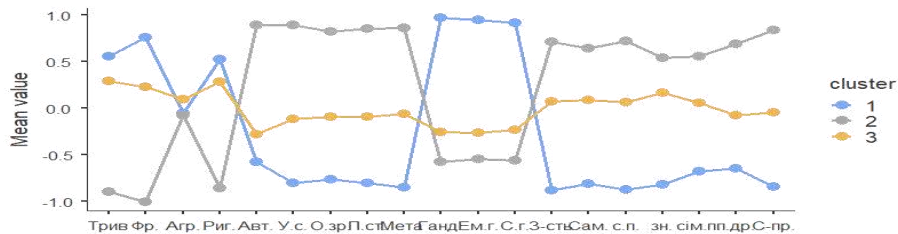


Рис.3.7. Розподіл змінних по кластерах

Всі змінні у даному кластерному аналізі стандартизовані, оскільки змінні мають різний діапазон значень. Важливо зазначити, що це може вплинути на алгоритм кластеризації, який визначає відстані між точками (Миколюк, 2024а).

Програмою Jamovi визначено показники трьох виділених кластерів. Ці показники представлені в таблиці 3.70.

Таблиця 3.70

Показники трьох кластерів

Змінні	Кластер 1	Кластер 2	Кластер 3
Тривожність	0,557	-0,893	0,292
Фрустрація	0,760	-1,000	0,229
Агресивність	-0,053	-0,73	0,095
Ригідність	0,526	-0,853	0,283
Автономія	-0,577	0,896	-0,280
Управління середовищем	-0,804	0,986	-0,116
Особистісне зростання	-0,758	0,823	-0,092
Позитивні стосунки	-0,803	0,857	-0,087
Мета в житті	-0,848	0,862	0,057
Самоприйняття	-0,844	0,841	-0,045
Гандикап	0,974	-0,577	-0,255
Емоц.гандикап	0,952	-0,543	-0,265
Соц.гандикап	0,920	-0,557	-0,231

Продовження таблиці 3.70

Задоволеність життям	-0,878	0,718	0,075
Самооцінка	-0,810	0,642	0,086
Соціальна підтримка	-0,874	0,721	0,070
Значущий інший	-0,919	0,546	0,167
Сімейна підтримка	-0,679	0,556	0,059
Підтримка друзів	-0,645	0,693	-0,073

Отже, надаємо більш детальну характеристику кожного із кластерів.

Кластер 1. «Низька вираженість суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху». У даній групі (78 досліджуваних – див. додаток П) наявні високі показники за такими параметрами: тривожності, фрустрації, ригідності; у групі виявлено високий рівень гандикапу, що поєднується з низькою самооцінкою. Шкали психологічного благополуччя мають низькі бали. Виявлено низькі показники соціальної складової суб'єктивного благополуччя, таких як соціальна підтримка, значущий інший, сімейна підтримка та підтримка друзів (Миколюк, 2024а). Отже, у цій групі осіб з порушеннями слуху наявні труднощі як в соціальній, так і психологічних сферах. Високий рівень гандикапу свідчить про труднощі прийняття такими особами свого порушення слуху як нової реальності життя; ця категорія осіб схильна до зміни свого «Я-образу» в більш негативний бік, як результат низького самоприйняття. Саме наявність емоційного та соціального гандикапу суттєво обмежують якість життя. Такі особи можуть відчувати тривожність, фрустрацію та ригідність через емоційний гандикап. Негативний вплив соціального гандикапу спричиняє почуття самотності, ізоляції та безпорадності. Особи з порушеннями слуху з вираженим соціальним гандикапом часто зазнають прояви аудизму (упередженого негативного ставлення) з боку чуючого суспільства, і це є достатньою підставою для самоізоляції таких осіб. Постійне перебування в негативних психічних станах та «нав'язливе почуття гандикапу» може призвести до психічного дистресу, до тривожно-депресивних розладів. Цій групі осіб притаманний низький

рівень автономії, що може призвести до зниження самостійності в управлінні своїм життям та середовищем; у досліджуваних цієї групи, певною мірою, може бути присутня «вивчена безпорадність» (несамостійне ухвалення власних рішень, надмірна залежність від думок інших, відчуття некомпетентності, невпевненість у своїх здібностях), це, в свою чергу, провокує небажання змінити стан речей та своє життя на краще. У таких випадках порушення слуху для цієї категорії осіб є значною перепорою у досягненні навчальної та професійної самореалізації. Низький рівень показника позитивних стосунків вказує на труднощі в налагодженні взаємин з іншими або розчарування міжособистісними стосунками, або постійний пошук «свого місця» у системі цих взаємин. Особливо це актуально для осіб з маргінальною ідентичністю. Описана категорія осіб схильна до відчуття беззмістовності у постановці й досягненні цілей, наявності відчуття застою, що супроводжується зниженням інтересу до певних видів діяльності. Низька самооцінка в осіб з порушеннями слуху може виступати як «властивість особистості», що спричинена особливістю роботи нервової системи, або як наслідок переживання гандикапу (надмірного переживання щодо втрати слуху), що слугує бар'єром для досягнення особистісного оптимального функціонування, щастя, автентичності. Особи з порушеннями слуху цієї категорії найчастіше стикаються зі стереотипами щодо глухих та дискримінацією, що призводять до патологічно зниженої самооцінки цих осіб. Низькі показники сімейної підтримки, підтримки друзів та значущого іншого вказують на відсутність соціальної підтримки як такої та спричиняє в осіб з порушеннями слуху цієї підгрупи почуття самотності та нерозуміння інших (Миколюк, 2024а).

Отже, саме ця підгрупа осіб з порушеннями слуху потребує корекційної та психотерапевтичної роботи. Одним із важливих етапів цієї роботи є психоедукація (навчальна та роз'яснювальна робота) у різних форматах (у паперовому варіанті, або в мобільному застосунку) (Миколюк, 2024а).

Кластер 2. «Висока вираженість суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху». Досліджувані даної групи (84 досліджуваних, див. додаток П) мають високі показники шкал психологічного благополуччя, задоволеності життям та соціальної підтримки. Низькі показники наявні в самооцінці психічних станів (тривожність, фрустрація, агресивність та ригідність) (Миколіук, 2024а). Низькі показники негативних психічних станів вказують на розвинуту саморегуляцію таких досліджуваних і високу адаптацію до мінливих умов життя. Порушення слуху для цієї категорії осіб не є перешкодою для досягнення відчуття суб'єктивного благополуччя. Ця підгрупа має адекватну самооцінку, що, у свою чергу, сприяє самоприйняттю. Високий рівень автономії (як здатності ефективно діяти в різних життєвих ситуаціях) та управління середовищем є стрижнем розвитку вроджених психологічних потреб (за теорією самодетермінації Р. Райана, Е. Дісі) (2000), зокрема, високе почуття компетентності та наявність соціальних зв'язків. Задоволення внутрішніх психологічних потреб є важливим для даної категорії осіб з порушеннями слуху. Задоволення цих потреб сприяє розвитку суб'єктивного благополуччя. Такі особи активно ставлять цілі й досягають їх, що сприяє розвитку особистісного зростання та професійного благополуччя й розвитку їх самоефективності; розвивають внутрішню мотивацію до самовдосконалення. Наявність позитивних стосунків й сприяливого соціального середовища, де особа з порушеннями слуху відчуває себе прийнятою, допомагають поліпшити наявні соціальні зв'язки (Ryan, Deci, 2000). Такі особи мають достатню підтримку з боку сім'ї, друзів та значущого іншого й можуть з ними порозумітися (Миколіук, 2024а). Аналіз цієї підгрупи показав, що цих осіб з порушеннями слуху можна назвати самоактуалізованими (згідно із теорією ієрархії потреб А. Маслоу, 1954), оскільки вони приймають себе незалежно від ступеня втрати слуху, прагнуть пошуку сенсу життя та реалізують свої можливості, щоб досягти максимального потенціалу, розвивають себе як особистість та встановлюють

глибокі соціальні зв'язки (Миколюк, 2024а). Вказана підгрупа, зазвичай, не потребує психологічної інтервенції.

Кластер 3. «Помірна вираженість суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху». Найбільша кількість осіб віднесена до кластеру 3 (108 досліджуваних – див. додаток П). Цей кластер має середні показники за всіма змінними, які сприяють суб'єктивному благополуччю, так і тих, які не сприяють розвитку благополуччя особистості з порушеннями слуху (Миколюк, 2024а). Самооцінка психічних станів в такої групи досліджуваних має певний рівень вираженості, але не є критичною, що свідчить про достатній рівень саморегуляції таких опитаних. Спостерігається знижений рівень автономії та управління середовищем, що вказує на певні труднощі в ухваленні самостійних рішень та створенні певного контексту середовища, однак не є значущим чинником для погіршення почуття суб'єктивного благополуччя. У цій підгрупі спостерігається певна незадоволеність собою, наявність внутрішньоособистісного конфлікту, що призводить до погіршення самоприйняття такими особами. Ця група досліджуваних не зосереджується на важливості саморозвитку, на досягненні максимального особистісного потенціалу. Даній категорії осіб притаманні недостатньо розвинуті соціальні зв'язки. Досліджувані цієї підгрупи мають обмежене коло спілкування і майже відсутню підтримку друзів. В таких опитаних все ж спостерігається незначна соціальна підтримка, як правило, за рахунок підтримки значущого іншого та (або) сімейної підтримки. Через обмеженість кола спілкування знижується розвиток позитивних стосунків. Показники гандикапу знаходяться на середньому рівні, та не мають руйнівного впливу на самооцінку таких досліджуваних. Щодо самооцінки, то існують певні негативні аспекти, які, ймовірно, тривожитимуть таку особу з порушеннями слуху, але не настільки, щоб порушувати рівень самоповаги та благополуччя таких осіб. Їх самооцінка, ймовірно, залежить від рівня підтримки значущого іншого чи сімейної підтримки, а також наявності мети в житті (Миколюк, 2024а). Отже, більшість

змінних даної групи досліджуваних з порушеннями слуху мають середній рівень вираженості. Такі особи можуть поліпшити певні психологічні показники, досягаючи достатнього рівня суб'єктивного благополуччя, як це показано в кластері 2, або погіршити ці характеристики, як це в кластері 1. Досліджувані з кластеру 3 мають стабільні психологічні характеристики, але їх недостатньо для досягнення відчуття щастя, оптимізму, задоволеності життям в повній мірі (Миколюк, 2024а).

Досліджуваним даної підгрупи психологічна допомога може надаватися за потребою. Може бути рекомендована психоедукація (Миколюк, 2024а).

3.5. Виокремлення психологічних чинників суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху (множинний регресійний аналіз)

Для емпіричного визначення психологічних чинників суб'єктивного благополуччя в осіб з порушеннями слуху здійснено множинний регресійний аналіз. До регресійної моделі увійшли такі незалежні змінні, як: автономія, управління середовищем, позитивні стосунки, тривожність, агресивність, ригідність, гандикап, соціальна підтримка, мета в житті, самоприйняття, самооцінка. Залежна змінна – задоволеність життям.

Визначаємо показники придатності моделі (таблиця 3.71).

Таблиця 3.71

Основні показники регресійної моделі

Регресійна модель	R	R ²	Adjusted R	F	df 1	df 2	p
1	0,698	0,487	0,465	22,3	11	258	<0,001

З таблиці 3.71 видно наступні показники: R (коефіцієнт множинної кореляції) свідчить про те, що модель добре відображає лінійний зв'язок між предикторами та залежною змінною. Коефіцієнт детермінації (R²) пояснює 48,7 % дисперсії залежної змінної задоволеності життям. Скоригований коефіцієнт детермінації (Adjusted R) враховує кількість предикторів у моделі

(Adjusted $R=0,465$). Це означає, що після коригування на кількість предикторів, модель пояснює 46,5% варіації залежної змінної). Згідно із значенням F-статистики, ця модель свідчить про її значущість; df 1 (кількість ступенів свободи чисельника) показує кількість предикторів у регресійній моделі – їх 11. Модель продемонструвала статистичну значущість і придатна для подальшого аналізу.

Перевіряємо регресійну модель на предмет визначення нормальності розподілу та колінеарності.

Нормальність розподілу визначаємо за допомогою тесту Шапіро-Уїлка (таблиця 3.72).

Таблиця 3.72

Нормальність розподілу регресійної моделі за тестом Шапіро-Уїлка

Statistic	P
0,997	0,909

Отже, із таблиці 3.72 видно, що дані регресійної моделі є нормально розподіленими.

Наступним кроком є визначення мультиколінеарності між змінними у регресійній моделі. Мультиколінеарність є важливим аспектом при побудові будь-яких регресійних моделей. Оскільки велика кореляція між незалежними змінними може призвести до проблем з оцінкою коефіцієнтів моделі та їх інтерпретацією. Для перевірки мультиколінеарності використовуються два показники: VIF та Tolerance. VIF (фактор інфляції дисперсії) визначає, наскільки варіація коефіцієнта регресії збільшується через кореляцію з іншими незалежними змінними. Tolerance є оберненим показником VIF. Значення VIF від 5 до 10 свідчить про значну мультиколінеарність. Значеннями толерантності менше 0,1 або 0,2 вважаються ознакою значної мультиколінеарності. В таблиці 3.73 представлені значення VIF та Tolerance незалежних змінних.

Таблиця 3.73

Визначення мультиколінерності в регресійній моделі

Незалежні змінні	VIF	Tolerance
Автономія	1,76	0,567
Управління середовищем	2,01	0,497
Позитивні стосунки	2,24	0,446
Тривожність	1,84	0,544
Агресивність	1,24	0,809
Ригідність	1,87	0,536
Гандикап	1,29	0,773
Соціальна підтримка	1,69	0,591
Мета в житті	2,27	0,440
Самоприйняття	2,35	0,425
Самооцінка	1,77	0,564

Із Табл. 3.73 видно, що всі значення VIF знаходяться в діапазоні від 1,24 до 2,35, що значно нижче загальноприйнятого порогу у 5 або 10. Всі значення толерантності перебувають в діапазоні від 0,425 до 0,809, що значно нижче порогу у 0,1 або 0,2. Отже, в даних немає значної колінеарності. Значення VIF та Tolerance знаходяться в прийнятних межах, це означає, що предиктори не сильно корелюють між собою. Немає сильних ознак кореляцій між змінними, що могли б спричинити проблеми з оцінкою регресії або збільшенням варіацій в оцінках коефіцієнтів.

Наступним кроком є оцінка коефіцієнтів регресії з метою визначення психологічних чинників суб'єктивного благополуччя в осіб з порушеннями слуху (таблиця 3.74). Згідно з даними таблиці 3.74 статистично значущими психологічними чинниками є самоприйняття, соціальна підтримка та самооцінка. Найсильнішим предиктором є самоприйняття, що прогнозує значення залежної змінної задоволеності життям. Аналогічні результати отримані іншою групою дослідників на вибірці з типовим розвитком: найважливішою передумовою задоволеності життям є самоприйняття (Serdiuk et al., 2024). Отже, емпірично підтвердженими психологічними чинниками суб'єктивного благополуччя в осіб з порушеннями слуху є такі:

особистісними чинниками є самоприйняття та самооцінка, а значущим соціально-психологічним є соціальна підтримка.

Таблиця 3.74

Коефіцієнти регресійної моделі

Предиктор	Estimate	SE	t	p	Stand. Estimate
Intercept	-1,10634	3,5528	-0,311	0,756	
Автономія	-0,03681	0,0722	-0,510	0,611	-0,03020
Упр. середов.	0,19648	0,1008	1,949	0,052	0,12328
Позитивні стосунки	0,02619	0,0795	0,330	0,742	0,02201
Тривожність	-0,14626	0,0851	-1,720	0,087	-0,10400
Агресивність	0,00780	0,0644	0,121	0,904	0,00600
Ригідність	-0,05383	0,0839	-0,641	0,522	-0,03907
Гандикап	-0,00765	0,0136	-0,563	0,574	-0,02853
Соціальна підтримка	1,09798	0,3496	3,140	0,002	0,18217
Мета в житті	-0,06032	0,0796	-0,758	0,449	-0,05092
Самоприйняття	0,40123	0,0803	4,999	<0, 001	0,34193
Самооцінка	0,22629	0,0774	2,922	0,004	0,17349

Залежна змінна: задоволеність життям.

Таким чином, нами визначено психологічні чинники, які впливають на суб'єктивне благополуччя осіб з порушеннями слуху. Однак, треба розуміти, що ці чинники мають певні відмінності у переживанні суб'єктивного благополуччя у різних категорій цих осіб. Наприклад, самоприйняття допомагає особам з порушеннями слуху (з ранньою втратою слуху, цивільні) усвідомити та прийняти свої особливості здоров'я, що сприяє психологічній стабільності та запобігає розвитку гандикапу. Адекватна самооцінка для них дає змогу реалістично оцінити свої можливості, ставити досяжні цілі та успішно інтегруватися в суспільство. В умовах соціальної ізоляції, яка часто супроводжує порушення слуху, самоприйняття та позитивна самооцінка стають ключовими чинниками для збереження психічного здоров'я. Соціальна підтримка від родини, друзів та закладів освіти допомагає таким особам подолати соціальний гандикап та відчуття самотності. Підтримка в навчанні,

працевлаштуванні та отриманні необхідних послуг сприяє соціальній інтеграції та підвищує якість життя.

Що стосується військовослужбовців, то в умовах бойових дій, де стрес та психологічне навантаження надзвичайно високі, самоприйняття допомагає військовим з порушеннями слуху зберігати внутрішню рівновагу. Адекватна самооцінка дає їм змогу правильно оцінювати свої сили та можливості, що є критично важливим для виконання бойових завдань та збереження життя. Самоприйняття та позитивна самооцінка сприяють формуванню життєстійкості та адаптації в екстремальних умовах. Соціальна підтримка від побратимів та командирів є життєво необхідною для збереження бойового духу та життєстійкості. Підтримка в отриманні необхідної медичної та психологічної допомоги допомагає військовим з порушеннями слуху впоратися з наслідками травм та бойового стресу. Важливо, щоб армійське середовище було готове надавати кваліфіковану підтримку військовослужбовцям з порушеннями слуху. Слід зазначити про значну роль родини військовослужбовців з порушеннями слуху; вони можуть надати необхідну емоційну підтримку військовослужбовцю, допомагаючи йому впоратися з труднощами та зберігати впевненість у своїх силах.

3.6. Рекомендації щодо надання психологічної підтримки військовим та особам з пізньою втратою слуху

Огляд світової та української психологічної літератури (див. Додаток С) показав, що більшість досліджень зосереджені на роботі з дошкільнятами, дітьми та студентами з порушеннями слуху, тоді як сучасні дослідження, присвячені психологічному консультуванню дорослих та військових із втратою слуху, майже відсутні. Водночас така допомога є важливою, оскільки невирішені психологічні проблеми негативно впливають на суб'єктивне благополуччя та якість життя цих осіб.

Надання психологічної допомоги військовослужбовцям з порушеннями слуху повинно відбуватись, на нашу думку, як частина комплексної реабілітації. До складу реабілітаційної команди фахівців для військовослужбовців з порушеннями слуху повинні додатково включатися клінічний психолог, психіатр, невролог, отоларинголог, аудіометрист. Перш ніж почне працювати клінічний психолог, повинно бути з'ясовано причина та ступінь втрати слуху та наявність інших діагнозів, пов'язаних із психічним здоров'ям.

Ефективність психологічного консультування багато в чому залежить від особистості психолога, його професійної компетентності, обраного психотерапевтичного підходу та вміння застосовувати різні техніки. При роботі з дорослими з порушеннями слуху психологу необхідно враховувати специфічні психологічні особливості таких осіб, їхню культурну ідентичність, вік, час втрати слуху, рівень освіти та соціальні умови розвитку.

У різних країнах світу психологи, які консультують дорослих із втратою слуху, застосовують різні підходи до психотерапії, зокрема, когнітивно-поведінкову терапію, психоаналіз та гештальт-терапію. На нашу думку, ефективним підходом для такої категорії клієнтів є індивідуальна психотерапія авторства А. Адлера, оскільки вона спрямована на зменшення почуття неповноцінності, що може виникати внаслідок порушення здоров'я. Що стосується застосування психотехнік, то тут, на нашу думку, ефективним є еkleктичний (інтегративний) підхід, який передбачає комбінування різних психотехнік із різних напрямів психотерапії для максимально ефективної роботи з клієнтами (Fengler, 1986). У випадку роботи з особами з порушеннями слуху це означає гнучке використання технік з когнітивно-поведінкової терапії, гештальт-терапії, індивідуальної терапії А. Адлера та інші, а також допоміжних методів, таких як арттерапія чи танцювальна терапія та інші. Такий підхід дозволяє адаптувати інструменти під індивідуальні потреби кожного клієнта, враховуючи його час та ступінь втрати слуху, вік, освітній

рівень та інші важливі чинники, що впливають на якість психотерапевтичної допомоги.

На підставі отриманих результатів дисертаційного дослідження та з метою проведення більш ефективної роботи з дорослими та військовослужбовцями з порушеннями слуху, які використовують або не використовують засоби слухопротезування у повсякденному житті, спілкуються переважно усним мовленням, ми виділили основні запити, з якими найчастіше можуть звертатися клієнти цієї категорії осіб. Також підготували матеріал з психотехніками та надали рекомендації клінічним психологам по їх застосуванню (у додатку Т є перелік основних запитів дорослих клієнтів з пізньою втратою слуху, наведено психологічні цілі, яких прагне досягти психолог, а також техніки із різних видів психотерапій, що можуть бути застосовані для опрацювання цих психологічних проблем клієнтів з порушеннями слуху).

Всі інструкції психотехнік, що застосовуються психологом для роботи з особами з порушеннями слуху повинні бути чітко проговорені та надані у письмовому вигляді, з метою полегшення сприйняття та уникнення зайвих перепитувань та уточнень з боку клієнта. Це допоможе зберегти час та підвищити ефективність застосування технік.

Для психологічної підтримки військовослужбовців з порушеннями слуху, кращого розуміння ними наслідків порушення слуху і шляхів конструктивного подолання, пов'язаних з цими проблемами, нами розроблено варіант психоедукаційного листа підтримки для військовослужбовців з порушеннями слуху. Він може бути таким:

**Психоедукаційний листок для військовослужбовців з
порушеннями слуху**

Шановні військовослужбовці!

Ми розуміємо, що Ваша служба у Збройних Силах України може спричиняти додаткові виклики, пов'язані з порушеннями слуху. Однак, ваша

відвага та бажання захищати Батьківщину, заслуговують на глибоку повагу. Цей листок створений для того, щоб допомогти вам краще розуміти свої особливості, як особи з порушеннями слуху, та ефективніше взаємодіяти з оточенням.

Що таке порушення слуху?

Порушення слуху – це стан, при якому людина не повністю або зовсім не сприймає звуки. Це може бути пов'язано з різними причинами, включаючи генетичні фактори, травми, отримані в умовах бойових дій, захворювання або вплив надмірного шуму. Важливо пам'ятати, що порушення слуху – це не ваша вина, і ви не самотні в цьому.

Як порушення слуху впливає на життя військовослужбовця?

Сприйняття інформації: можливі труднощі зі сприйняттям вербальних команд, повідомлень та інших звукових сигналів.

Комунікація: можуть виникати труднощі з розумінням розмов, особливо в шумних умовах або при швидкому мовленні.

Психологічний стан: можливі відчуття ізоляції, тривоги, невпевненості в собі через обмежену участь у соціальних взаємодіях.

Фізична безпека: важливо бути особливо уважним до сигналів небезпеки, які можуть бути не почуті.

Стратегії адаптації та самопомоги

Комунікація: використовуйте письмову мову, жести, міміку для передачі інформації. Повідомте командира та колег про свої особливості, щоб вони могли адаптувати спілкування. У разі медичних показань, застосовуйте засоби слухопротезування, такі як слухові апарати, кохлеарні імпланти. Не соромтеся попросити повторити або перефразувати інформацію.

Психологічна підтримка:

Спілкуйтеся з психологом або іншими фахівцями з питань ментального здоров'я. Знайдіть підтримку серед колег та рідних. Займайтеся релаксаційними практиками, фізичними вправами.

Безпека:

Використовуйте індивідуальні засоби захисту слуху (беруші, спеціальні шоломи, навушники та ін.). Регулярно перевіряйте свій слух та роботу своїх засобів слухопротезування (у разі їх носіння).

Співпраця з командиром та колегами:

Поясніть, як ви можете найбільш ефективно сприймати інформацію.

Пам'ятайте: Ваша сила – у вашій унікальності. Ви – невід'ємна частина нашої команди. Разом ми здатні подолати будь-які труднощі!

Якщо у вас виникнуть додаткові питання, зверніться до клінічного психолога (контактні дані).

Висновки до розділу 3

У результаті проведеного емпіричного дослідження суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху, отримано наступні результати: опитані жіночої статті виявили більшу задоволеність життям, ніж чоловіки з порушеннями слуху. Учасники юнацького віку мають вищий рівень задоволеності життям порівняно з іншими віковими групами. Виявлено, що, чим старша особа з порушеннями слуху, тим нижча задоволеність життям. Час втрати слуху також впливає на рівень задоволеності життям: чим раніше особа втратила слух, тим вищий рівень задоволеності життям. Цивільні виявляють більшу задоволеність життям, ніж військовослужбовці з порушеннями слуху. Засоби слухопротезування теж впливають на задоволеність життям: досліджувані, які носять один слуховий апарат, мають найвищу задоволеність життям, а найменший рівень – кохлеарно імплантовані на обидва вуха. Учні спеціальних шкіл мають найвищу задоволеність життям, порівняно з опитаними з іншими рівнями освіти. Учасники, які мають глухих батьків, виявляють вищу задоволеність життям, ніж інші групи опитаних. За типом культурної ідентичності найкращі показники задоволеності життям в

досліджуваних із глухою ідентичністю, а найменш задоволені своїм життям—учасники з чуючою ідентичністю.

Вищі показники за шкалами автономії, особистісного зростання, позитивних стосунків та самоприйняття виявлено в опитаних юнацького віку. За 6 шкалами психологічного благополуччя найвищий рівень продемонстрували досліджувані з ранньою втратою слуху. За шкалами «автономія», «управління середовищем», «самоприйняття» та «позитивні стосунки» найвищі показники виявлено в опитаних, що носять 2 слухових апарати. За всіма шкалами кращі показники психологічного благополуччя у цивільних з порушеннями слуху порівняно з військовослужбовцями. За шкалою «мета в житті» найвищий показник виявлено в досліджуваних, що не носять слухові апарати. Найкращий рівень самоприйняття виявляють ті учасники, які користуються двома слуховими апаратами. В опитаних, в яких один з батьків має порушення слуху, наявні вищі показники за такими шкалами, як автономія, управління середовищем, позитивні стосунки, наявність мети в житті та самоприйняття. У досліджуваних, які мають глухих батьків, найбільш вираженими є показники за шкалою «Особистісне зростання». За шкалами «Автономія», «Управління середовищем», «Особистісне зростання» та «Мета в житті» переважають вищі значення у досліджуваних з чуючою ідентичністю. За шкалою «Позитивні стосунки» найкращі показники в учасників дослідження із глухою ідентичністю. У досліджуваних з бікультурною ідентичністю найкращі показники за шкалою «Самоприйняття».

Стосовно самооцінки в досліджуваних з порушеннями слуху, то маємо наступні результати: високий рівень самооцінки виявлено в опитаних юнацького віку. Досліджувані, які мають ранню втрату слуху, незначно випереджають за рівнем самооцінки учасників з пізньою втратою слуху; вищий рівень самооцінки виявлений у цивільних. Найвищий показник самооцінки виявляє та підгрупа, яка носить один слуховий апарат, а

найменший – підгрупа, яка кохлеарно імплантована на два вуха. Учасники дослідження, які навчаються в спеціальних школах, мають найвищий показник самооцінки. Найвищу самооцінку виявлено в досліджуваних із глухою ідентичністю.

Щодо соціально-психологічної складової суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху, то маємо наступні результати: найкращі показники соціальної підтримки, сімейної підтримки, підтримки друзів та значущого іншого виявлено в середньому дорослому віці. Опитані з пізньою втратою слуху мають кращі показники соціальної підтримки та показники інших субшкал. Військовослужбовці з порушеннями слуху показали найвищі рівні соціальної підтримки, а також виділилися найвищими показниками за субшкалами значущого іншого та підтримки друзів. Єдиною субшкалою, де вони не показали найвищих результатів, була «сімейна підтримка». Досліджувані, які мають односторонню кохлеарну імплантацію та ті, що не користуються жодними слуховими пристроями, отримали найвищі оцінки за субшкалою «Значущий інший». Показники за субшкалою «Сімейна підтримка» були вищими серед осіб із однобічною кохлеарною імплантацією та тих, хто іноді користується слуховими апаратами. Субшкала «підтримка друзів» є найбільш вираженою серед досліджуваних, які іноді носять слухові апарати. Соціальна підтримка та її різновиди були краще представлені серед опитаних із професійною освітою, окрім змінної «підтримка друзів», яка має середній рівень. Досліджувані з чуючою ідентичністю показали вищі результати за субшкалами «Значущий інший» та «Сімейна підтримка», однак найвищі показники соціальної підтримки та підтримки друзів у досліджуваних із глухою ідентичністю.

Жінки виявили вищий рівень фрустрації, ніж чоловіки; чоловіки мали вищі рівні тривожності, агресивності та ригідності; військовослужбовці з порушеннями слуху виявили більшу тривожність й ригідність, порівняно з цивільними; найвищі показники тривожності, агресивності та ригідності

показала та група досліджуваних, яка кохлеарно слухопротезована на обидва вуха. Учасники дослідження, з повною загальною середньою освітою, виявили найбільші показники за фрустрацією та ригідністю. Найменш тривожними є учні спеціальних закладів освіти. Найменші показники тривожності, агресивності та ригідності виявлено в опитаних з порушеннями слуху, які мають глухих батьків.

Щодо гандикапу в досліджуваних з порушеннями слуху, то маємо наступні результати: емоційний та соціальний гандикап переважають в досліджуваних з ранньою втратою слуху. Цивільні більше зазнають впливу всіх видів гандикапу, ніж військові з порушеннями слуху. Найвищі показники гандикапу мають такі підгрупи опитаних: на обидва вуха кохлеарно імплантовані та ті, що носять постійно 2 слухових апарати. Майже не зазнають впливу гандикапу досліджувані, які не носять слухові апарати. Соціальний гандикап більш виражений в опитаних, які навчаються в спеціальних закладах освіти та в тих, хто має глухих батьків. Емоційний гандикап найбільш виражений в досліджуваних із повною загальною середньою освітою. Соціальний гандикап найбільш виражений у здобувачів освіти спеціальної школи. Найнижчі показники гандикапу виявлено в учасників з бікультурною ідентичністю.

Отже, особистісні чинники, що сприяють суб'єктивному благополуччю, більш яскраво проявляються у досліджуваних з ранньою втратою слуху, а також серед цивільних осіб й учнів спеціальних закладів освіти. Соціально-психологічна складова психологічних чинників суб'єктивного благополуччя краще представлена в учасників дорослого віку, досліджуваних з пізньою втратою слуху та військовослужбовців.

Проективний тест «Хто Я» М. Куна, Т. МакПартленда показав різні ідентичності в опитаних з порушеннями слуху. Однак, порушення слуху не є значущою частиною ідентичності в досліджуваних із втратою слуху.

У кореляційному аналізі виявлено як позитивні, так і негативні кореляційні зв'язки. Позитивна самооцінка у людей з порушеннями слуху підвищує їхню якість життя та позитивне функціонування. Збільшення рівня соціальної підтримки поліпшує задоволеність життям таких осіб. Наявність «значущого іншого» позитивно сприяє задоволеності життям, адже він забезпечує емоційну підтримку. Сімейна підтримка та підтримка друзів також сприяють підвищенню задоволеності життям. Кореляційний аналіз також підтвердив, що самоприйняття поліпшує задоволеність життям в осіб з порушеннями слуху.

В результаті факторного аналізу було виділено п'ять факторів. Перший фактор отримав назву «Психологічне благополуччя». Цей фактор відображає загальний рівень позитивного функціонування осіб з порушеннями слуху, їх самореалізації та позитивного прийняття своїх власних переваг й обмежень, пов'язаних зі здоров'ям. Другий фактор, «Соціальна підтримка», підкреслює, що високий рівень підтримки сприяє зміцненню соціальних зв'язків осіб з порушеннями слуху з родиною, значущими іншими та друзями. Третій фактор, «Гандикап», охоплює особистісні та соціальні аспекти переживання втрати слуху, які ускладнюють досягнення суб'єктивного благополуччя. Четвертий фактор, «Психологічний дистрес», характеризує особливості прояву тривожності та фрустрації в осіб з порушеннями слуху. П'ятий фактор, «Агресивність», може виникати як захисна реакція на аудизм та дискримінацію з боку осіб, щочують, а також через низьку самооцінку та переживання соціальної ізоляції.

За результатами кластерного аналізу виділено 3 кластери вираженості суб'єктивного благополуччя у досліджуваних з порушеннями слуху: низький, помірний, високий та надана ґрунтовна характеристика опитаних, які відносяться до різних кластерів.

Виокремлено емпірично психологічні чинники суб'єктивного благополуччя в осіб з порушеннями слуху. Множинний регресійний аналіз

показав, що статистично значущими особистісними чинниками є: «самоприйняття», «самооцінка». А значущим соціально-психологічним чинником є «соціальна підтримка». Предиктор «самоприйняття» найсильніше впливає на прогнозування показника «задоволеність життям».

Визначення основних психологічних чинників, що позитивно впливають на суб'єктивне благополуччя осіб з порушеннями слуху, надало можливість розробити рекомендації щодо психологічної допомоги даній категорії осіб.

З'ясовано, що для військовослужбовців з порушеннями слуху, важливим є проведення комплексної реабілітації, що містить ґрунтовну медичну допомогу та психологічну підтримку (для стабілізації психоемоційного стану військових, для розвитку навичок саморегуляції та опанування новими продуктивними копінг-стратегіями при вирішенні складних стресових ситуацій). Розроблено психоедукаційний лист підтримки для військовослужбовців з порушеннями слуху.

Результати наукового дослідження, представлені в даному розділі, висвітлено в наступних роботах авторки:

1. Миколюк, Д.О. (2024). Суб'єктивне благополуччя осіб з порушеннями слуху: аналіз емпіричних даних. *Габітус*, 65, 177-183. DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.65.31>
2. Миколюк, Д.О. (2024). Чинники суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху: емпіричне дослідження. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія*, 5, 35 (74), 119-127. DOI: <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2024.5/19>
3. Миколюк, Д. О. (2023). Культурна ідентичність як соціальний чинник благополуччя осіб з порушеннями слуху. У І. Р. Крупник, І. С. Попович, Н. І. Тавровецька, & О. М. Танасійчук (Ред.), *Соціально-психологічні технології розвитку особистості: Збірник наукових праць за матеріалами VIII Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих вчених, аспірантів та студентів «Соціально-психологічні технології розвитку особистості»* (с. 73–77). ХДУ

4. Миколіук, Д.О. (2023). Світовий та український досвід психологічної допомоги дорослим особам з порушеннями слуху: порівняльний аналіз. *Інклюзія і суспільство*, 1, 67-75. DOI: <https://doi.org/10.32782/2787-5137-2023-1-8>
5. Миколіук, Д. О. (2024). Психоедукація військовослужбовців для запобігання акустичної травми. У І. В. Данилюк & С. Ю. Пащенко (Ред.), *Проблеми особистості в сучасній науці: результати та перспективи дослідження: Матеріали XXVI Міжнародної конференції молодих науковців* (с. 134–136). Видавництво Ліра-К. URL: https://psy.knu.ua/index.php?preview=1&option=com_dropfiles&format=&task=frontfile.download&catid=1038&id=3275&Itemid=1000000000
6. Миколіук, Д. О. (2023). Особливості нейрореабілітації осіб з порушеннями слуху. У І. В. Данилюк та ін. (Ред.), *Мозок, Культура, Особистість: матеріали I Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю* (с. 67–70). КНУ імені Тараса Шевченка

ВИСНОВКИ

Для реалізації поставлених у цьому дисертаційному дослідженні завдань було проведено наступну роботу:

1. Здійснено теоретико-методологічний аналіз проблеми суб'єктивного благополуччя як теоретичної проблеми та в осіб з порушеннями слуху. Дано авторські визначення суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху як у вузькому розумінні: це складне явище, яке охоплює задоволеність власним життям, емоційний стан, адаптацію та самооцінку цих осіб, так і в широкому розумінні: суб'єктивне благополуччя осіб з порушеннями слуху – це складний конструкт, що охоплює емоційні (позитивні та негативні переживання) та когнітивні (задоволеність життям) аспекти. Суб'єктивне благополуччя осіб з порушеннями слуху включає здатність адаптуватися до соціальних, фізичних та психологічних викликів, пов'язаних із порушеннями слуху, а також рівень сприйняття підтримки від сім'ї, друзів та суспільства. Важливу роль відіграють такі показники: як автономія, самооцінка, наявність мети в житті та якість міжособистісних стосунків. Суб'єктивне благополуччя осіб з порушеннями слуху також можна розглядати як відчуття гармонії між своїми особистими очікуваннями та реальністю життя, здатністю приймати себе та свої особливості, уміння знайти своє місце у соціумі та можливість повної реалізації свого потенціалу в ньому. З'ясовано, що існують відмінності дослідження благополуччя осіб з порушеннями слуху, від яких залежить ефективність проведення емпіричного дослідження (гандикап, культурна ідентичність осіб з порушеннями слуху). Крім того, необхідно враховувати низку демографічних даних, що впливають на суб'єктивне благополуччя осіб з порушеннями слуху при дослідженні цивільних опитаних (рання чи пізня втрата слуху; тип комунікації у родині: усна чи жестова мова, тип культурної ідентичності осіб з порушеннями слуху).

Нами виділено основні психологічні чинники, що впливають на суб'єктивне благополуччя осіб з порушеннями слуху й побудована теоретична модель психологічних чинників суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху.

2. Емпірично визначено суб'єктивне благополуччя в осіб з порушеннями слуху. Виявлено, що жінки та досліджувані юнацького віку, цивільні опитані та досліджувані з ранньою втратою слуху мають вищі показники задоволеності своїм життям. Вищі показники психологічного благополуччя мають опитані з ранньою втратою слуху. Виявлено вищі показники за шкалами «автономія», «управління середовищем», «самоприйняття» та «позитивні стосунки» в тих опитаних, що носять слухові апарати. Вищу самооцінку демонструють опитані юнацького віку, цивільні та досліджувані з глухою ідентичністю. Соціальна підтримка більш виражена в досліджуваних середнього дорослого віку, в учасників з пізньою втратою слуху та військових. Жінки з порушеннями слуху демонструють вищий рівень фрустрації, а чоловіки – більш тривожні, агресивні та мають вищі прояви ригідності. Військові досліджувані мають вищі рівні тривожності й ригідності порівняно з цивільними опитаними. Найбільший прояв гандикапу виявлено в осіб з ранньою втратою слуху та в тих, хто використовує кохлеарні імпланти або постійно носять 2 слухових апарати.

Визначено типи ідентичностей за проєктивним тестом «Хто Я» М. Куна, Т.МакПартленда. Військовослужбовці з порушеннями слуху демонструють, переважно, сімейну ідентичність, яка проявляється у приналежності до сім'ї та глибокими емоційними зв'язками із близькими. Їхні особистісні якості розкриваються через самоопис поведінки та характеру. Мілітарна ідентичність відображається у належності до Збройних сил України, ролі в захисті країни та важливих стосунках із побратимами, що зміцнюють командний дух. Патріотизм мотивує їх на захист України. Вони також ідентифікують себе через професію, яку мали до війни, і планують професійний розвиток після її

завершення. Контент-аналіз показав, що цивільні досліджувані з порушеннями слуху найвиразніше розкривають свої особистісні якості через описи своєї зовнішності та характеру. Їхня сімейна ідентичність варіюється залежно від віку: учні спеціальних шкіл розповідають про стосунки з батьками та емоційні зв'язки з родиною, тоді як дорослі описують власні сім'ї та отримувану емоційну підтримку. Результати проєктивного тесту показали, що більшість цивільних та військових досліджуваних з порушеннями слуху не вважають втрату слуху частиною своєї ідентичності.

Аналіз кореляційних зв'язків суб'єктивного благополуччя в осіб з порушеннями слуху показав, що позитивна самооцінка цих осіб поліпшує їх якість життя та оптимальне функціонування. Наявність соціальної підтримки покращує задоволеність життям цієї категорії осіб. Присутність «значущого іншого» забезпечує емоційну підтримку та сприяє задоволеності життям осіб з порушеннями слуху. Сімейна підтримка та підтримка друзів також підвищують рівень задоволеності життям таких осіб. Самоприйняття сприяє суб'єктивному благополуччю в осіб з порушеннями слуху.

Факторний аналіз виявив п'ять латентних факторів, що впливають на суб'єктивне благополуччя осіб із порушеннями слуху. Фактор 1. Психологічне благополуччя: відображає самореалізацію, оптимізм, прийняття себе та розвиток стосунків і наявність цілей в осіб з порушеннями слуху. Фактор 2. Соціальна підтримка: описує підтримку від родини, друзів та значущих інших, що зміцнює суб'єктивне благополуччя таких осіб. Фактор 3. Гандикап: відображає соціальні та особистісні труднощі, які перешкоджають суб'єктивному благополуччю. Фактор 4. Психологічний дистрес: містить тривожність та фрустрацію, що ведуть до дезадаптації та знижують суб'єктивне благополуччя таких осіб. Фактор 5. Агресивність: є реакцією на аудизм, ізоляцію та дискримінацію, що погіршує суб'єктивне благополуччя осіб з порушеннями слуху.

Для з'ясування вираженості суб'єктивного благополуччя в опитаних з порушеннями слуху, здійснено кластерний аналіз методом k-means. Аналіз показав, що існує три кластери вираженості суб'єктивного благополуччя в досліджуваних з порушеннями слуху. Кластер 1. «Низький». До цієї групи увійшли 78 досліджуваних. В опитаних цього кластеру наявні високі показники за такими параметрами: тривожності, фрустрації, ригідності; у групі виявлено високий рівень гандикапу, що поєднується з низькою самооцінкою. Шкали психологічного благополуччя мають низькі бали. Виявлено низькі показники соціальної складової суб'єктивного благополуччя, таких як соціальна підтримка, значущий інший, сімейна підтримка та підтримка друзів. Кластер 2. «Високий». Досліджувані даної групи (84 опитані) мають високі показники шкал психологічного благополуччя, задоволеності життям та соціальної підтримки. Низькі показники наявні в самооцінці психічних станів (тривожність, фрустрація, агресивність та ригідність). Кластер 3. «Помірний». Найбільша кількість осіб віднесена до кластеру 3 (108 досліджуваних). Цей кластер має середні показники за всіма змінними, які сприяють суб'єктивному благополуччю, так і тих, які погіршують суб'єктивне благополуччя опитаних з порушеннями слуху.

3. Виокремлено психологічні чинники суб'єктивного благополуччя в осіб з порушеннями слуху. Виявлено, що найбільший вплив на суб'єктивне благополуччя мають такі психологічні (особистісні) чинники: «самоприйняття», «самооцінка». «Самоприйняття» є найсильнішим предиктором задоволеності життям. А емпірично підтвердженим соціально-психологічним чинником суб'єктивного благополуччя в осіб з порушеннями слуху є «соціальна підтримка».

4. На основі отриманих результатів дисертаційного дослідження, виявлення основних психологічних чинників суб'єктивного благополуччя в осіб з порушеннями слуху розроблено рекомендації для психологів щодо особливостей психологічного консультування такої категорії осіб та

необхідності проведення психоедукаційної роботи. Для військовослужбовців з порушеннями слуху розроблено психоедукаційний лист підтримки.

Перспективи подальших досліджень вбачаємо в розробці методичних рекомендацій для закладів післядипломної освіти з підвищення кваліфікації психологів, які працюють з особами з порушеннями слуху. Плануємо також здійснити адаптацію ряду методик для глухих українською жестовою мовою.

Список використаних джерел

1. Абрамюк, О. О., & Липецька, А. С. (2018). Концептуальна структура феномену суб'єктивне благополуччя та особливості його вимірювання. *Психологія: реальність і перспективи*, (11), 10-17. Вилучено із http://nbuv.gov.ua/UJRN/prp_2018_11_4
2. Адамюк, Н. (2021). Сучасний погляд на жестову мову. *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови*, 1(14), 11–21. <https://doi.org/10.33189/epsn.v1i14.33>
3. Адамюк, Н., Дробот, О., Замша, А., & Федоренко, О. (2018). До проблеми розроблення вітчизняної концепції бімодально-білінгвального підходу до навчання глухих та напівглухих. *Інноваційна педагогіка*, 1(7), 125–129. http://www.innovpedagogy.od.ua/archives/2018/7/part_1/28.pdf
4. Андрушко, Я. С. (2018). Щастя в теоретико-емпіричному дискурсі дослідження. *Науковий вісник ХДУ. Серія: Психологічні науки*, 1(2), 7–13.
5. Артеменко, А., & Батаєва, К. (2022). *Мілітарна ідентичність та соціальна адаптація ветеранів АТО/ООС: монографія*. Вид-во ХГУ «НУА».
6. Арц, О. В. (2021). Теоретична модель особи з комплексом гандикапу та основні форми його прояву. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія Психологічні науки*, 2. <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2021-2-1>
7. Базика, Є. Л. (2022). Взаємозв'язок емоційної стійкості та психологічного благополуччя осіб періоду середньої дорослості. *Психологія та соціальна робота*, 1-2(55-56), 7–16. DOI: <https://doi.org/10.18524/2707-0409.2022.1-2.286659>
8. Бондарчук, О. І. (2018). Суб'єктивне благополуччя як індикатор успішного життєвого шляху керівників освітніх організацій. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*, 3(3), 37–46. [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Tipp_2018_3\(3\)_6](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Tipp_2018_3(3)_6)
9. Бондарчук, О., & Казакова, С. (2022). Особливості психологічного благополуччя керівників закладів професійної (професійно-технічної) освіти з різними типами ставлення до персоналу освітньої організації. *Організаційна психологія. Економічна психологія*, (3(27)), 75-84. <https://doi.org/10.31108/2.2022.3.27.7>
10. Боснюк, В. Ф. (2023). Суб'єктивне благополуччя як ключовий показник позитивного психологічного функціонування особистості. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*, (2), 5-9. DOI: <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2023.2.1>
11. Боснюк, В. Ф., & Олефір, В. О. (2021). Когнітивний компонент суб'єктивного благополуччя особистості в ситуації пандемії COVID-19. *Психологічний часопис: науковий журнал*, 7(4), 57-68. DOI: <https://doi.org/10.31108/1.2021.7.4>

12. Боярчук, О. Д. (2008). *Анатомія, фізіологія і патологія органів слуху та мови: Навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів*. Луганськ: Альма-матер.
13. Винославська, О. (2023). Критичне ставлення до фейкової інформації як особистісний фактор психологічного благополуччя в умовах війни. *Організаційна психологія. Економічна психологія*, 30(4), 6-15. DOI: <https://doi.org/10.31108/2.2023.4.30.1>
14. Віговська, О. О. (2016). Якість життя як умова конструктивного самозбереження особистості. *Дисертація на здобуття ступеня канд. псих. наук*. Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки.
15. Волинець, Н. (2018). Особливості особистісного благополуччя офіцерів і військовослужбовців старшинського та сержантського складу Державної прикордонної служби України. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*, 3, 54–75.
16. Волинець, Н. В. (2018). Психологічний аналіз переживання психологічного благополуччя особистістю. *Психологічні перспективи*, 31, 22–44. http://nbuv.gov.ua/UJRN/Ppst_2018_31_5
17. Володарська, Н. Д. (2019). Почуття благополуччя у контексті психології цінностей особистості. *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Психологія обдарованості*, 6(15), 152. Київ-Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І. Франка.
18. Володарська, Н. Д., & Карабаєва, І. І. (2021). Вплив емоційних зв'язків на розвиток психологічного благополуччя сім'ї. *Науковий вісник ХДУ. Серія: Психологічні науки*, 3. <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2021-3-4>
19. Галушка, А. М., Подолян, Ю. В., Швець, А. В., & Горшков, О. О. (2019). Особливості бойового травмування, що супроводжувалося акубаротравмою у військовослужбовців-учасників бойових дій. *Військова медицина України*, 19, 56–66.
20. Галушка, А. М., Подолян, Ю. В., Швець, А. В., Іванцова, Г. В., & Ричка, О. В. (2019). Ретроспективний аналіз поширеності симптомів, характерних для акубаротравми, у поранених та хворих військовослужбовців-учасників АТО (ООС). *Військова медицина України*, 19, 17–22.
21. Голуб, Н. П. (Уклад.). (2015). *Анатомія, фізіологія та патологія органів слуху і мовлення: Навчальний посібник для студентів факультету дошкільної та корекційної освіти*. Умань: Візаві.
22. Горбаль, І. С. (2012). Відчуття суб'єктивного благополуччя як передумова та втілення психологічного здоров'я особистості. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна*, 2(2), 297, 303. DOI: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvldu_2012_2\(2\)_35](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvldu_2012_2(2)_35)
23. Горбаль, І. С. (2013). Психологічні кореляти суб'єктивного благополуччя. *Вісник Одеського національного університету. Серія «Психологія»*, 18(22), 161.

24. Горбаль, І. С. (2016). *Соціально-психологічні чинники суб'єктивного благополуччя пенсіонерів* (Дисертація на здобуття ступеня кандидата психологічних наук). Львівський національний університет імені Івана Франка. С. 22-23,
25. Гордовська, Т. І., & Малімон, Л. Я. (2022). Суб'єктивне благополуччя як показник психічного здоров'я особистості. *Психологічні студії*, (2), 24
26. Гошовська, Д. Т., & Гошовський, Я. О. (2019). Самоусвідомлення особистості з психофізичними вадами: емпіричний вимір проблеми. *Психологічні перспективи*, 33, 91–102. http://nbuv.gov.ua/UJRN/Ppst_2019_33_9
27. Гошовська, Д., & Фінів, О. (2020). Психологічні особливості гандикапізму як негативного й упередженого ставлення до людей з вадами здоров'я. *Психологія: реальність і перспективи*, 14, 53–58. https://doi.org/10.35619/prap_rv.vi14.150
28. Гуляєва, О. В. (2018). *Чинники психологічного благополуччя у студентів з обмеженими можливостями здоров'я*. Дисертація на здобуття ступеня кандидата психологічних наук. Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна
29. Данильченко, Т. В. (2016). Суб'єктивне соціальне благополуччя як психологічний феномен. *Психологічні перспективи*, 28, 93-107. Вилучено із http://nbuv.gov.ua/UJRN/Ppst_2016_28_11
30. Данильченко, Т. В. (2020). Особливості особистісного благополуччя військовослужбовців, що перебували в зоні АТО. *Український психологічний журнал*, (2)(14), 64-74.
31. Данилюк, І. В., & Шиковець, С. О. (2019). Проблема впливу етнолінгвістичної ідентичності на психологічне благополуччя та здоров'я особистості. *Актуальні проблеми психології: збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України*, 6(15), 25–30.
32. Данилюк, І., Малишева, К., Льошенко, О., & Кондратьєва, В. (2024). Оцінка впливу програми психологічної реабілітації «Захищені любов'ю» на ментальне благополуччя українських дітей під час війни. *Організаційна психологія. Економічна психологія*, 32(2), 25-40. <https://doi.org/10.31108/2.2024.2.32.3>
33. Даценко, О. А. (2020). Задоволеність життям як критерій позитивного функціонування особистості. *Актуальні проблеми психології в закладах освіти*, 10, 31-42.
34. Дворник, М. (2020). Електронна підтримка психологічного благополуччя військовослужбовців: первинний аналіз даних. *Проблеми політичної психології*, 23(1), 54–71. <https://doi.org/10.33120/popp-Vol23-Year2020-46>
35. Джаббарова, Л. В. (2020). *Особливості взаємозв'язку психологічного благополуччя з особистісною та соціальною ідентичністю* (Дисертація на здобуття ступеня кандидата психологічних наук). Харківський національний університет.

36. Єрмолаєва, Є. С. (2017). Параметри психологічного благополуччя студентів. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки*, 4(2), 36-40. Вилучено із http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvkhp_2017_4%282%29_8
37. Іваннікова, Г. В. (2021). *Особистісні ресурси психологічного благополуччя студентів з інвалідністю* (Дисертація на здобуття ступеня канд. псих. наук). Національна академія педагогічних наук України, Інститут психології імені Г. С. Костюка.
38. Карамушка, Л. М., Креденцер, О. В., Терещенко, К. В., Лагодзінська, В. І., Івкін, В. М., & Ковальчук, О. С. (2023). *Методики дослідження психічного здоров'я та благополуччя персоналу організацій: Психологічний практикум* (Л. М. Карамушка, Ред.). Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України.
39. Карамушка, Л., Креденцер, О., & Терещенко, К. (2023). Суб'єктивне благополуччя освітнього персоналу в умовах війни. *Організаційна психологія. Економічна психологія*, 30(4), 23-33. <https://doi.org/10.31108/2.2023.4.30.3>
40. Каргіна, Н. В. (2015). Основні підходи до вивчення психологічного благополуччя особистості: теоретичний аспект. *Наука і освіта*, (3), 48-55. Вилучено із: http://nbuv.gov.ua/UJRN/NiO_2015_3_10
41. Каргіна, Н. В. (2018). *Ресурси та чинники психологічного благополуччя особистості* (Дисертація на здобуття ступеня кандидата психологічних наук). Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського
42. Каргіна, Н. В. (2018). Ресурси та чинники психологічного благополуччя особистості (Автореферат на здобуття ступеня канд. псих. наук). С.6
43. Каргіна, Н. В. (2019). Теоретичні аспекти психологічного благополуччя в екзистенційному розумінні. *Психологічні перспективи*, 33, 127-138. Вилучено із http://nbuv.gov.ua/UJRN/Ppst_2019_33_12
44. Киричук, О. О. (2020). *Фасилітаційні чинники суб'єктивного благополуччя особистості: Автореферат на здобуття ступеня кандидата психол. наук*. Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки.
45. Кирпенко, Т. М., Швалб, Ю. М., Вернік, О. Л., Вовчик-Блакитна, О. О., Павленко, О. В., & Рудоміно-Дусятська, О. В. (2021). *Еколого-психологічні детермінанти суб'єктивного благополуччя особистості: монографія*. Київ – Львів: Видавець Вікторія Кундельська. С.145-147, 154, 143-144
46. Ключко, Л. (2019). Психологічні чинники феномену суб'єктивного благополуччя та його впливу на задоволеність життям особистості. *Психологія: реальність і перспективи*, 13, 36-41. Вилучено із http://nbuv.gov.ua/UJRN/prp_2019_13_9
47. Коваленко А.Б, Грищук Е.Ю., & Рогаль Н.І. (2020). Психологічні чинники благополуччя курсантів. *Український психологічний журнал*. 1(13), 85-104

48. Коваленко, А. Б., & Вишнягова, Ю. А. (2017). Психологічне благополуччя військовослужбовців, що отримали поранення в зоні АТО. *Український психологічний журнал*, (3), 124–134. http://nbuv.gov.ua/UJRN/ukpsj_2017_3_13
49. Козачек, Н. О., & Райчук, М. І. (2018). Причини порушень слуху у дітей та сучасні технічні засоби реабілітації. У І. Ф. Прокопенко (Ред.), *Педагогіка здоров'я: Збірник наукових праць VIII Всеукраїнської науково-практичної конференції* (с. 703–706). Харків: Харківський національний педагогічний університет імені Г. С. Сковороди.
50. Коробка, І. М. (2022). Суб'єктивне благополуччя: теоретичні інтерпретації, чинники й ресурси підтримання. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки*, (2), 85-93.
51. Котух, О. В. (2023). Психологічне благополуччя внутрішньо переміщеної особи: адаптація та інтеграція в нову громаду. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки*, 1, 56-61. <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2023-1-7>
52. Круглов, К. О., & Блискун, О. О. (2020). Особливості суб'єктивного соціального благополуччя молодих співробітників в організації. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки*, (4), 100-107. DOI: <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2020-4-14>
53. Кульбіда, С. (2012). Філософські підходи теоретико-методологічної бази спеціальної освіти: джерела розвитку нечуючої особистості. Сучасні тенденції розвитку освіти нечуючих, 175–195.
54. Кульбіда, С. В. (2017). Статус глухої людини в соціумі: особистість чи стигматизований індивід? Молодь в умовах нової соціальної перспективи: Зб. наук. праць (Вип. 16, с. 477–488). НПУ імені М. П. Драгоманова. <http://kod.npu.edu.ua/index.php/konferentsii/25-vidbulasia-konferentsiia-molod-v-umovakh-novoi-sotsialnoi-perspektyvy#матеріали-конференції>
55. Курова, А. В. (2014). Деякі аспекти суб'єктивного благополуччя особистості. *Вісник Одеського національного університету. Серія: Психологія*, 19(1), 174-179. Вилучено із http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vonu_psi_2014_19_1_23
56. Курова, А. В. (2014). Деякі аспекти суб'єктивного благополуччя особистості. *Вісник Одеського національного університету. Серія: Психологія*, 19(1), 175-177. Вилучено із http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vonu_psi_2014_19_1_23
57. Курова, А. В. (2015). Концепт суб'єктивного благополуччя особистості в психології. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки*, 1(1), 38-41. Вилучено із [http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvkhп_2015_1\(1\)_9](http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvkhп_2015_1(1)_9)
58. Лазеба, Є. С. (2021). Структура суб'єктивного благополуччя: сучасні та класичні підходи. У *Синергетичний підхід до проектування життєвого*

- простору особистості: зб. наук. матеріалів Міжнарод. наук.-практ. онлайн-конф. (27-28 квітня 2021 р., м. Полтава) (с. 158-162). Полтава.
59. Левенець, Н. (2021). Екзистенційні чинники суб'єктивного благополуччя у студентської молоді. *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія Психологія*, (70), 16, 20. DOI: <https://doi.org/10.26565/2225-7756-2021-70-02>
 60. Лукасевич, О. А. (2017). Суб'єктивне благополуччя як психологічний феномен. *Проблеми сучасної психології*, (2), 109-114. Вилучено із http://nbuv.gov.ua/UJRN/pspz_2017_2_21
 61. Маслова, О., & Гопей, М. (2016). Порівняльний аналіз вад слуху школярів відповідно до встановлених педагогічних і медичних класифікацій. *Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки*, 21, 121–126. Вилучено з <https://www.sportvisnyk.vnu.edu.ua/index.php/sportvisnyk/article/view/315>
 62. Мащак, С. О., & Кучвара, Х. Б. (2023). Особливості суб'єктивного благополуччя українців в умовах війни. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*, (6), 5-9. DOI: <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2022.6.1>
 63. Меленчук Н.І., Зозуля Л.В. (2022). Психологічне благополуччя осіб з різним рівнем самореалізації особистості. *Габітус*, 35, 143-148. DOI <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2022.35.21>
 64. Миколіук Д.О. (2024а). Батьківське ставлення до підлітків і молоді з порушеннями слуху як чинник суб'єктивного благополуччя їхніх дітей. *Габітус*, 61, 196-203. DOI: <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.61.36>
 65. Миколіук Д.О., Мілютіна К.Л. (2024). Вплив ставлення студентів ЗВО до однокурсників з порушеннями слуху. *Габітус*, 62, 101-106. DOI: <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.62.17>
 66. Миколіук, Д. (2023b). Світовий та український досвід психологічної допомоги дорослим особам з порушеннями слуху: Порівняльний аналіз. *Інклюзія і суспільство. Розділ: Психологічні науки*, (1), 67–74. <https://doi.org/10.32782/2787-5137-2023-1-8>
 67. Миколіук, Д. (2024b). Ставлення викладачів ЗВО до студентів з порушеннями слуху як чинник їх психологічного благополуччя. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія*, 35(3), 58-65.
 68. Миколіук, Д. О. (2023а). Культурна ідентичність як соціальний чинник благополуччя осіб з порушеннями слуху. У І. Р. Крупник, І. С. Попович, Н. І. Тавровецька, & О. М. Танасійчук (Ред.), *Соціально-психологічні технології розвитку особистості: Збірник наукових праць за матеріалами VIII Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих вчених, аспірантів та студентів «Соціально-психологічні технології розвитку особистості»* (с. 73–77). ХДУ

69. Миколіук, Д. О. (2023с). *Особливості нейрореабілітації осіб з порушеннями слуху*. У І. В. Данилюк та ін. (Ред.), *Мозок, культура, особистість: Матеріали I Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю* (с. 67-70). Київ: КНУ імені Тараса Шевченка.
70. Миколіук, Д. О. (2024с). *Психоедукація військовослужбовців для запобігання акустичної травми*. У І. В. Данилюк & С. Ю. Пашенко (Ред.), *Проблеми особистості в сучасній науці: результати та перспективи дослідження: Матеріали XXVI Міжнародної конференції молодих науковців, 25-26 квітня 2024 р.* (с. 134-136). Київ: Видавництво Ліра-К. Online-видання.
71. Миколіук, Д.О. (2024b). Чинники суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху: емпіричне дослідження. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія*, 5, 35 (74), 119-127. DOI: <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2024.5/19>
72. Миколіук, Д.О. (2024a). Суб'єктивне благополуччя осіб з порушеннями слуху: аналіз емпіричних даних. *Габітус*, 65, 177-183. DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.65.31>
73. Миколіук, Д.О., & Мілютіна, К.Л. (2021). Перспективи дослідження суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху. *Габітус*, 31, 123-128. DOI: <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2021.31.22>
74. Михайленко, Л. & Івашко, К. (2020). Проблема суб'єктивного благополуччя особистості в позитивній психології. У *Щастя та сучасне суспільство: збірник матеріалів міжнародної наукової конференції* (Львів, 20-21 березня 2020 р., с. 172-177). Львів: СПОЛОМ.
75. Назар, Ю. О. (2023). Посттравматичне зростання в контексті моделей благополуччя особистості. *Габітус*, (48), 125–129. DOI: <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2023.48.22>
76. Омельченко І.М., Кобильченко В.В. (2020). Нова парадигма спеціальної психології. *Особлива дитина: навчання і виховання*, 3, 7-14.
77. Омелянська, В. І., Ісаєвич, С. І., & Заболотна, Н. М. (2023). Динамічність переживання психологічного благополуччя. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*, (1), 30-34. <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2023.1.6>
78. Осьодло, В., & Будагьянц, Л. (2022). Розпізнати бойову психічну травму: вступ до філософії військової психології. *Вісник Національного університету оборони України*, 68(4), 113–122. <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2022-68-4-113-122>
79. Отич, Д., & Чабан, І. (2022). Психологічні особливості суб'єктивного благополуччя осіб дорослого віку. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова*, Випуск 18 (63), Серія 12. Психологічні науки. DOI: [https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series12.2021.18\(63\).04](https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series12.2021.18(63).04)

80. Пахоль, Б. Є. (2017). Суб'єктивне та психологічне благополуччя: сучасні і класичні підходи, моделі та чинники. *Український психологічний журнал*, (1), 80-104. Вилучено із: http://nbuv.gov.ua/UJRN/ukpsj_2017_1_9
81. Педоренко, В. М. (2023). Психологічне благополуччя вимушених українських переселенців в умовах іншої країни (на прикладі Німеччини). *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*, (3), 80-83. DOI: <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2023.3.16>
82. Помиткін, Е. О., & Помиткіна, Л. В. (2024). Покращення суб'єктивного благополуччя студентської молоді в умовах військових дій. *Наукові записки. Серія: Психологія*, (1), 116–123. DOI: <https://doi.org/10.32782/cusu-psy-2024-1-16>
83. Радько, О. В. (2019). Феномен психологічного благополуччя особистості в сучасній психології та його компоненти: теоретична модель. *Теорія і практика сучасної психології*, 6(1), 148-152. DOI: <https://doi.org/10.32840/2663-6026.2019.6-1.30>
84. Савченко, О., & Калюк, О. (2022). Методика діагностики когнітивних аспектів суб'єктивного благополуччя особистості. *Організаційна психологія. Економічна психологія*, 1(25), 89-101. DOI: <https://doi.org/10.31108/2.2022.1.25.10>
85. Санько, К. О. (2016). Психологічне благополуччя як основа повноцінного та психологічно здорового функціонування особистості. *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія Психологія*, (59), 42-45. Вилучено із <https://periodicals.karazin.ua/psychology/article/view/6034>
86. Семків І. І. (2012). Суб'єктивне благополуччя як психологічна винагорода за проявлену соціальну активність. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 12 : Психологічні науки. Вип. 37. С. 234-237. Вилучено із: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_012_2012_37_64.*
87. Сергєєнкова, О. П., Столярчук, О. А., Коханова, О. П., & Пасєка, О. В. (2012). *Вікова психологія: Навчальний посібник*. Центр учбової літератури.
88. Сергєєнкова, О. П., Столярчук, О. А., Коханова, О. П., & Пасєка, О. В. (2012). *Загальна психологія. Навч. посіб.* Київ: Центр учбової літератури.
89. Сердюк, Л. (2020). Позитивний підхід у досягненні психологічного благополуччя особистості. У *Щастя та сучасне суспільство: збірник матеріалів міжнародної наукової конференції* (Львів, 20-21 березня 2020 р.) (с. 235-238). Львів: Сполом.
90. Сердюк, Л. (2021). Внутрішні ресурси психологічного благополуччя особистості. *Організаційна психологія. Економічна психологія*, (2-3 (23), 91-99. <https://doi.org/10.31108/2.2021.2.23.10>
91. Сердюк, Л. З. (2017). Структура та функція психологічного благополуччя особистості. *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Психофізіологія. Психологія праці. Експериментальна психологія*, 17, 124-133

92. Сердюк, Л. З. (2023). Сучасна психологія особистості в Україні: основні тенденції розвитку. *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України*, 5(23), 122, 120,126.
93. Сердюк, Л. З., Данилюк, І. В., Турбан, В. В., Пенькова, О. І., & Володарська, Н. Д. (2021). *Самодетермінація психологічного благополуччя особистості: Монографія* (Л. З. Сердюк, Ред.). Київ – Львів: Видавець Вікторія Кундельська. С.5, 154, 68, 160.
94. Сердюк, Л., & Отенко, С. (2021). Салютогенетична основа психічного здоров'я та психологічного благополуччя особистості. *Організаційна психологія. Економічна психологія*, (4 (24), 68-74. <https://doi.org/10.31108/2.2021.4.24.9>
95. Скрипаченко, Т. В. (2016). Психологічний аналіз феномену задоволеності життям. *Проблеми сучасної психології*, (2), 124-130. Вилучено із http://nbuv.gov.ua/UJRN/pspz_2016_2_22
96. Скрипаченко, Т. В. (2016). Психологічний аналіз феномену задоволеності життям. *Проблеми сучасної психології*, 2, 124–130. http://nbuv.gov.ua/UJRN/pspz_2016_2_22
97. Скрипаченко, О., Долинська, Л., Огороднійчук, З., & ін. (2020). *Загальна психологія: Підручник*. Каравела.
98. Смірнова, Т., Осьодло, В. & Чижевський, С. (2023). Подолання наслідків бойового стресу у військовослужбовців – учасників бойових дій шляхом психосоціального відновлення. *Вісник Національного університету оборони України*, 76(6), 168–177. <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2023-76-6-168-177>
99. Ставицький, О. О. (2012). Психологічна експертиза комплексу гандикапу у людей з обмеженими фізичними можливостями. *Вісник післядипломної освіти*, 6, 392–399. http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vpo_2012_6_48
100. Ставицький, О. О. (2012). Ситуативне моделювання ставлення до інвалідів. *Психологічні перспективи*, 19, 190–197.
101. Ставицький, О. О. (2014). Психологія проявів комплексу гандикапу: демографічний аспект. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Психологічні науки*, 121(2), 160–164. [http://nbuv.gov.ua/UJRN/VchdpuPH_2014_121\(2\)_35](http://nbuv.gov.ua/UJRN/VchdpuPH_2014_121(2)_35)
102. Ставицький, О. О., & Ставицька, О. Г. (2020). Емпіричне дослідження ставлення інвалідизованих осіб до себе залежно від професійної спрямованості. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія Психологічні науки*, 1, 63-70. <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2020-1-9>
103. Ставицький, О. О., & Ставицька, О. Г. (2023). Психологічний інструментарій: опитувальник симптомокомплексу гандикапу. *Психологія: реальність і перспективи. Збірник наукових праць РДГУ*, 20. <https://doi.org/10.35619/prapr.v1i20.324>

104. Таран, Т. В. (2016). Особливості символічного відображення у військових, які виконують військовий обов'язок у зоні АТО. In *Психологічна допомога особам, які беруть участь в антитерористичній операції: матеріали міжвідом. наук.-практ. конф.* (Київ, 30 берез. 2016 р.) (ч. 1, с. 207.). Нац. акад. внутр. справ.
105. Тарасенко, М. В., Науменко, О. М., & Деєва, Ю. В. (2022). Ураження середнього та внутрішнього вуха при мінно-вибуховій травмі – реалії сьогодення. IV Україно-польський конгрес «Інноваційні технології в оториноларингології» (Supplement № 2 (130)). *Ukrainian Scientific Medical Youth Journal*. <http://mmj.nmuofficial.com>
106. Титаренко, Т. М. (2021). Можливості збереження психологічного благополуччя в ситуації пандемії: Наукова доповідь на методологічному семінарі НАПН України «Актуальні проблеми психологічної протидії негативним інформаційним впливам на особистість в умовах сучасних викликів» 8 квітня 2021 р. *Вісник Національної академії педагогічних наук України*, 3(1), 1-7. Вилучено із <https://doi.org/10.37472/2707-305X-2021-3-1-13-6>
107. Ушакова, І. (2019). Психології сім'ї: конспект лекцій. Харків: НУЦЗУ.
108. Халєєва, Г. (2019). Сучасні тенденції вивчення суб'єктивного благополуччя особистості в підлітковому та юнацькому віці. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Психологія*, 1(10), 103–105. [https://doi.org/10.17721/BSP.2019.1\(10\).26](https://doi.org/10.17721/BSP.2019.1(10).26)
109. Харитинський, А. (2022). Психологічний зміст поняття суб'єктивного благополуччя особистості. *Організаційна психологія. Економічна психологія*, (3(27)), 149-159. DOI: <https://doi.org/10.31108/2.2022.3.27.15>
110. Харцій, О. М., & Чередник, А. О. (2022). Взаємозв'язок асертивності особистості з відчуттям суб'єктивного благополуччя та задоволеністю життям серед молоді під час війни. *Габітус*, 37. DOI: <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2022.37.26>
111. Хоменко Є.Г. (2023). Психологічне благополуччя студентів у військовий час. *Габітус*, 51, 121-122
112. Хоменко, Є. Г. (2023). Психологічне благополуччя студентів у військовий час. *Габітус*, 51, 121-125.
113. Целюк, Т. Л. (2015). Психологічне та суб'єктивне благополуччя: проблема розмежування понять. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки*, (5), 74–78. Вилучено із http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvkhp_2015_5_16
114. Чайка, Г. В. (2018). Сучасні дослідження психологічного благополуччя (за матеріалами зарубіжних авторів). *Актуальні проблеми психології*, 21(17), 294–304.
115. Чиханцова О. А. (2020). Якість життя особистості та особливості її вимірювання. *Інсайт: психологічні виміри суспільства*, (4), 11-28. <https://doi.org/10.32999/2663-970X/2020-4-1>

116. Чуйко, О. В., Кунцевська, А. В., Тохтамиш, О. М., та ін. (2021). *Сучасні теорія і практика соціальної реабілітації: монографія* (О. В. Чуйко, Ред.). ВПЦ "Київський університет".
117. Шамич, О. М. (2019). Психологічні фактори суб'єктивного благополуччя паралімпійців. У *Актуальні проблеми психології. Психологія обдарованості. Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України*. С. 376-377.
118. Шевчук, В. В. (2024). Еволюція наукових поглядів на поняття «Психологічне благополуччя». *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*, (2), 71-76. DOI:<https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2024.2.14>
119. Шишко Н. С. (2020). *Соціальні інтернет-практики як чинник психологічного благополуччя старшокласників*. (Дисертація на здобуття ступеня кандидата психологічних наук. (Інститут соціальної та політичної психології НАПН України). С.23, 24.
120. Aanondsen, C. M., Jozefiak, T., Lydersen, S., Heiling, K., & Rimehaug, T. (2023). Deaf and hard-of-hearing children and adolescents' mental health, Quality of Life and communication. *BMC psychiatry*, 23(1), 297. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04787-9>
121. Abrams, T. E., Barnett, M. J., Hoth, A., Schultz, S., & Kaboli, P. J. (2006). The relationship between hearing impairment and depression in older veterans. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(9), 1475–1477. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2006.00875.x>
122. Alshuaib, W. B., Al-Kandari, J. M., & Hasan, S. M. (2015). Classification of Hearing Loss. In *Update On Hearing Loss*. InTech. <https://doi.org/10.5772/61835>
123. Araújo, P. G., Mondelli, M. F., Lauris, J. R., Richiéri-Costa, A., & Feniman, M. R. (2010). Assessment of the auditory handicap in adults with unilateral hearing loss. *Brazilian journal of otorhinolaryngology*, 76(3), 378–383. <https://doi.org/10.1590/S1808-86942010000300018>
124. Ban, Y., Sun, J., Bai, B., & Liu, J. (2023). Parent-adolescent attachment and well-being among chinese hearing-impaired students: The mediating role of resilience and the moderating role of emotional and behavioral problems. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s10882-023-09899-4>
125. Baranauskienė, I., Kovalenko, A., & Leonova, I. (2020). Psychological factors influencing the feeling of loneliness in female students with hearing impairments . *Special Education*, 1(41), 141-171. <https://doi.org/10.21277/se.v1i41.557>
126. Baranauskienė, I., Kovalenko, A., Hryshchuk, E. & Rohal, N. (2022). The Peculiarities of Students' Subjective Social Well-being Puring the covid-19 Pandemic Depending on Their University Attendance Mode. *Social Welfare: Interdisciplinary Approach*, 12, 6-19

127. Bauman, D. (2004). Audism: Exploring the metaphysics of oppression. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 9(3), 239–246. <https://doi.org/10.1093/deafed/enh025>
128. Bennett, R. J., Saulsman, L., Eikelboom, R. H., & Olaithe, M. (2022). Coping with the social challenges and emotional distress associated with hearing loss: a qualitative investigation using Leventhal's self-regulation theory. *International journal of audiology*, 61(5), 353–364. <https://doi.org/10.1080/14992027.2021.1933620>
129. Bowles, S. V., Bartone, P. T., Ross, D., Berman, M., Rabinowitz, Y. G., Hawley, S., Zona, D. M., Talbot, M., & Bates, M. J. (2017). Well-being in the military. In *Handbook of military psychology* (pp. 213–238).
130. Bradburn, N. M. (1969). *The Structure of Psychological Well-Being*. Oxford: Aldine.
131. Brice, P. J., & Strauss, G. (2016). Deaf adolescents in a hearing world: a review of factors affecting psychosocial adaptation. *Adolescent health, medicine and therapeutics*, 7, 67–76. <https://doi.org/10.2147/AHMT.S60261>
132. Buljevac, M., Majdak, M., & Leutar, Z. (2012). The stigma of disability: Croatian experiences. *Disability and rehabilitation*, 34(9), 725–732. <https://doi.org/10.3109/09638288.2011.616570>
133. Byatt, T. J., Duncan, J., Dally, K., & de Beuzeville, L. (2021). Evolving identities of adolescents who are deaf or hard of hearing: A scoping review. *American Annals of the Deaf*, 166(1), 5–30. DOI: <https://doi.org/10.1353/aad.2021.0002>
134. Chapman, M., & Dammeyer, J. (2017). The relationship between cochlear implants and deaf identity. *American Annals of the Deaf*, 162(4), 319–332.
135. Chapman, M., & Dammeyer, J. (2017). The Significance of Deaf Identity for Psychological Well-Being. *Journal of deaf studies and deaf education*, 22(2), 187–194. <https://doi.org/10.1093/deafed/enw073>
136. Cheng, S., Deng, M., & Yang, Y. (2021). Social support and student engagement among deaf or hard-of-hearing students. *Communication Disorders Quarterly*, 43(1), 15–22. <https://doi.org/10.1177/1525740120950638>
137. Chia, E. M., Wang, J. J., Rochtchina, E., Cumming, R. R., Newall, P., & Mitchell, P. (2007). Hearing impairment and health-related quality of life: the Blue Mountains Hearing Study. *Ear and hearing*, 28(2), 187–195. <https://doi.org/10.1097/AUD.0b013e31803126b6>
138. Clark, J. G. (1981). Uses and abuses of hearing loss classification. *ASHA*, 23(7), 493–500.
139. Cooke, P. J., Melchert, T. P., & Connor, K. (2016). Measuring well-being: A review of instruments. *The Counseling Psychologist*, 44(5), 730–757. <https://doi.org/10.1177/0011000016633507>
140. Cooper, R. (2007). Can it be a good thing to be deaf? *The Journal of Medicine and Philosophy*, 32(6), 563–583. <https://doi.org/10.1080/03605310701680940>

141. Crowe, T. V. (2018). Factors associated with well-being in a sample of deaf adults. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 31(3), 285–298.
142. Das, K. V., Jones-Harrell, C., Fan, Y., Ramaswami, A., Orlove, B., & Botchwey, N. (2020). Understanding subjective well-being: Perspectives from psychology and public health. *Public Health Reviews*, 41(1), 25. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40985-020-00142-5>
143. Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2005). The importance of autonomy for development and well-being. In *Self-regulation and autonomy: Social and developmental dimensions of human conduct* (pp. 19-46). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781139152198.005>
144. Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Facilitating optimal motivation and psychological well-being across life's domains. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 49(1), 14–23. <https://doi.org/10.1037/0708-5591.49.1.14>
145. Diego, K. A., & Hardonk, S. C. (2023). Deaf Identity Under Pressure: Experiences of Deaf Persons in Iceland. *Journal of deaf studies and deaf education*, 28(2), 235–245. <https://doi.org/10.1093/deafed/enac049>
146. Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542–575. DOI: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542>
147. Diener, E., & Ryan, K. (2009). Subjective well-being: A general overview. *South African Journal of Psychology*, 39(4), 391–406. DOI: <https://doi.org/10.1177/008124630903900402>
148. Diener, E., & Scollon, C. N. (2014). The What, Why, When, and How of Teaching the Science of Subjective Well-Being. *Teaching of Psychology*, 41(2), 175-183. DOI: <https://doi.org/10.1177/0098628314530346>
149. Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of personality assessment*, 49(1), 71–75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
150. Diener, E., Lucas, R. E., & Oishi, S. (2018). Advances and Open Questions in the Science of Subjective Well-Being. *Collabra. Psychology*, 4(1), 15. <https://doi.org/10.1525/collabra.115>
151. Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: emotional and cognitive evaluations of life. *Annual review of psychology*, 54, 403–425. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.54.101601.145056>
152. Dodge, R., Daly, A., Huyton, J., & Sanders, L. (2012). The challenge of defining wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, 2(3), 222-235. DOI: 10.5502/ijw.v2i3.4
153. Eckert, M. A., Matthews, L. J., & Dubno, J. R. (2017). Self-Assessed Hearing Handicap in Older Adults With Poorer-Than-Predicted Speech Recognition in Noise. *Journal of speech, language, and hearing research : JSLHR*, 60(1), 251–262. https://doi.org/10.1044/2016_JSLHR-H-16-0011

154. Fengler, J. (1986). Psychotherapie mit Hörgeschädigten [Psychotherapy of patients with hearing impairment]. *Die Rehabilitation*, 25(4), 166–172.
155. Fisher, A. N., Ryan, M. K., Liao, Y.-H., Mikołajczak, G., Riedijk, L., Leander, N. P., Abakoumkin, G., Abdul Khaiyom, J. H., Ahmedi, V., Agostini, M., Atta, M., Bagci, S. C., Bélanger, J. J., Berisha Kida, E., Bernardo, A. B. I., Chobthamkit, P., Choi, H.-S., Cristea, M., Damnjanovic, K., Danyliuk, Ivan... Zúñiga, C. (2024). The Precarity of Progress: Implications of a Shifting Gendered Division of Labor for Relationships and Well-Being as a Function of Country-Level Gender Equality. *Sex Roles*, 90(5), 642–658.
156. Glickman, N. S. (1993). *Deaf identity development: Construction and validation of a theoretical model* (Doctoral dissertation). University of Massachusetts Amherst. DOI: <https://doi.org/10.7275/74yn-2m71>
157. Gopinath, B., Schneider, J., Hickson, L., McMahon, C. M., Burlutsky, G., Leeder, S. R., & Mitchell, P. (2012). Hearing handicap, rather than measured hearing impairment, predicts poorer quality of life over 10 years in older adults. *Maturitas*, 72(2), 146–151. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2012.03.010>
158. Gough, D. I. (2019). Rational-Emotive Therapy: A Cognitive-Behavioral Approach to Working with Hearing Impaired Clients. *JADARA*, 23(4). Retrieved from <https://repository.wcsu.edu/jadara/vol23/iss4/6>
159. Hallberg, L. R.-M., Hallberg, U., & Kramer, S. E. (2007). Self-reported hearing difficulties, communication strategies, and psychological general well-being (quality of life) in patients with acquired hearing impairment. *Disability & Rehabilitation*, 1(1), 1–10. <https://doi.org/10.1080/09638280701228073>
160. Hauser, P. C., O'Hearn, A., McKee, M., Steider, A., & Thew, D. (2010). Deaf epistemology: Deafhood and Deafness. *American annals of the deaf*, 154(5), 486–496. <https://doi.org/10.1353/aad.0.0120>
161. Helliwell, J. F., & Putnam, R. D. (2004). The social context of well-being. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences*, 359(1449), 1435–1446. DOI: <https://doi.org/10.1098/rstb.2004.1522>
162. Helvik, A. S., Jacobsen, G., & Hallberg, L. R. (2006). Psychological well-being of adults with acquired hearing impairment. *Disability and rehabilitation*, 28(9), 535–545. <https://doi.org/10.1080/09638280500215891>
163. Henriques, G., Kleinman, K., & Asselin, C. (2014). The Nested Model of Well-Being: A Unified Approach. *Review of General Psychology*, 18(1), 7-18. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0036288>
164. Hernández-Varas, E., Labrador Encinas, F. J., & Méndez Suárez, M. (2019). Psychological capital, work satisfaction and health self-perception as predictors of psychological wellbeing in military personnel. *Psicothema*, 31(3), 277–283. <https://doi.org/10.7334/psicothema2019.22>
165. Hilton, K., Jones, F., Harmon, S., & Cropper, J. (2013). Adolescents' experiences of receiving and living with sequential cochlear implants: An interpretative phenomenological analysis. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 18, 513–531. <http://dx.doi.org/10.1093/deafed/ent025>

166. Hintermair M. (2008). Self-esteem and satisfaction with life of deaf and hard-of-hearing people--a resource-oriented approach to identity work. *Journal of deaf studies and deaf education*, 13(2), 278–300. <https://doi.org/10.1093/deafed/enm054>
167. Hofmann, M., Meloche, M., & Zwolan, T. A. (2020). Health related quality of life in adolescent cochlear implant users. *Cochlear implants international*, 21(4), 198–205. <https://doi.org/10.1080/14670100.2020.1724676>
168. Hogan, A., Hawthorne, G., Kethel, L., Giles, E., White, K., Stewart, M., Plath, B., & Code, C. (2001). Health-related quality-of-life outcomes from adult cochlear implantation: a cross-sectional survey. *Cochlear implants international*, 2(2), 115–128. <https://doi.org/10.1179/cim.2001.2.2.115>
169. Holman, J. A., Hornsby, B. W. Y., Bess, F. H., & Naylor, G. (2021). Can listening-related fatigue influence well-being? Examining associations between hearing loss, fatigue, activity levels, and well-being. *International Journal of Audiology*, 60, 47–59. <https://doi.org/10.1080/14992027.2020.1853261>
170. Humes L. E. (2019). The World Health Organization's hearing-impairment grading system: an evaluation for unaided communication in age-related hearing loss. *International journal of audiology*, 58(1), 12–20. <https://doi.org/10.1080/14992027.2018.1518598>
171. Humes L. E. (2021). Development of the SWB-HL: A Scale of the Subjective Well-Being of Older Adults With Hearing Loss. *Frontiers in psychology*, 12, 640165. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.640165>
172. Humphries, T. (1975). *Audism: The making of a word*. Unpublished essay.
173. Husting, M. (2019). *Deaf cultural socialization: Exploring the role of parents in Deaf cultural identity development* [University of Wisconsin-Milwaukee]. <https://dc.uwm.edu/etd/2195>
174. Jayawickreme, E., Forgeard, M. J. C., & Seligman, M. E. P. (2012). The engine of well-being. *Review of General Psychology*, 16(4), 327–342. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0027990>
175. Jespersen, L. N., Michelsen, S. I., Tjørnhøj-Thomsen, T., Svensson, M. K., Holstein, B. E., & Due, P. (2019). Living with a disability: a qualitative study of associations between social relations, social participation and quality of life. *Disability and rehabilitation*, 41(11), 1275–1286. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1424949>
176. Kahneman, D., & Krueger, A. B. (2006). Developments in the Measurement of Subjective Well-Being. *Journal of Economic Literature*, 20, 3–24. <http://dx.doi.org/10.1257/089533006776526030>
177. Karić B., J., Kordić B., M., Vuksanović, G., & Mitrić, J. (2023). Self-assessment of adults with acquired hearing loss in the context of self-esteem and psychosocial functioning. *Biomedicinska Istraživanja*, 14(1), 77–86. <https://doi.org/10.59137/BII202301303K>

178. Kent, B., & Smith, S. (2006). They only see it when the sun shines in my ears: Exploring perceptions of adolescent hearing aid users. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 11, 461–476. [http:// dx.doi.org/10.1093/deafed/enj044](http://dx.doi.org/10.1093/deafed/enj044)
179. Keyes, C. L. M., & Shapiro, A. D. (2004). Social Well-Being in the United States: A Descriptive Epidemiology. In O. G. Brim, C. D. Ryff, & R. C. Kessler (Eds.), *How healthy are we?: A national study of well-being at midlife* (pp. 350–372). The University of Chicago Press.
180. Kokun, O., Aleshchenko, V. ., Osyodlo, V., Pischko, I. ., & Lozinska, N. . (2024). Personality and Health in Military Context: A Study of Combatants and Injured Servicemen. *Mental Health: Global Challenges Journal*, 7(1), 71–80. <https://doi.org/10.56508/mhgcj.v7i1.207>
181. Kokun, O., Serdiuk, L., & Lytvynenko, O. (2024). Psychological antecedents of life satisfaction. *Psychological Thought*, 17(2), 529-549.
182. Kovalenko, A. B., & Yatsenko, A. O.(2022). Psychological well-being of Ukrainians at the beginning of the full-scale russian invasion. *Український психологічний журнал*, 2 (18), 91-108.
183. Kuhn, M. H., & McPartland, T. S. (1954). An Empirical Investigation of Self-Attitudes. *American Sociological Review*, 19(1), 68–76. <https://doi.org/10.2307/2088175>
184. Kumar, R. S., Mawman, D., Sankaran, D., Melling, C., O'Driscoll, M., Freeman, S. M., & Lloyd, S. K. (2016). Cochlear implantation in early deafened, late implanted adults: Do they benefit?. *Cochlear implants international*, 17 Suppl 1, 22–25. <https://doi.org/10.1080/14670100.2016.1161142>
185. Kushalnagar, P., McKee, M., Smith, S. R., Hopper, M., Kavin, D., & Atcherson, S. R. (2014). Conceptual model for quality of life among adults with congenital or early deafness. *Disability and health journal*, 7(3), 350–355. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2014.04.001>
186. Kushalnagar, P., Topolski, T. D., Schick, B., Edwards, T. C., Skalicky, A. M., & Patrick, D. L. (2011). Mode of communication, perceived level of understanding, and perceived quality of life in youth who are deaf or hard of hearing. *Journal of deaf studies and deaf education*, 16(4), 512–523. <https://doi.org/10.1093/deafed/enr015>
187. Lachaux, J., Giéré, P. A., Vuillemin, Q., Colléony, T., Crambert, A., Siegrist, S., Parietti-Winkler, C., Schwartzbrod, P. É., & Andéol, G. (2024). Long-Term Hearing Loss after Acute Acoustic Trauma in the French Military: A Retrospective Study. *Military medicine*, 189(3-4), e698–e704. <https://doi.org/10.1093/milmed/usad337>
188. Ladd, P. (2003). *Understanding Deaf Culture*. Clevedon: Multilingual Matters Ltd.
189. Lambert, L., Hotchkiss, L., & Passmore, H.-A. (2019). Measuring wellbeing: How and why? In L. Lambert & N. Pasha-Zaidi (Eds.), *Positive psychology in the Middle East/North Africa: Research, policy, and practise* (pp. 207–234). Springer Nature Switzerland AG. https://doi.org/10.1007/978-3-030-13921-6_10

190. Larsen, R. J., Diener, E., & Emmons, R. A. (1985). An evaluation of subjective well-being measures. *Social Indicators Research*, 17, 1-18. DOI: <https://doi.org/10.1007/BF00354108>
191. Leigh, I. W., Maxwell-McCaw, D., Bat-Chava, Y., & Christiansen, J. B. (2009). Correlates of psychosocial adjustment in deaf adolescents with and without cochlear implants: a preliminary investigation. *Journal of deaf studies and deaf education*, 14(2), 244–259. <https://doi.org/10.1093/deafed/enn038>
192. Linton, M. J., Dieppe, P., & Medina-Lara, A. (2016). Review of 99 self-report measures for assessing well-being in adults: exploring dimensions of well-being and developments over time. *BMJ open*, 6(7), e010641. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010641>
193. Littlejohn, J., Venneri, A., Marsden, A., & Plack, C. J. (2022). Self-reported hearing difficulties are associated with loneliness, depression and cognitive dysfunction during the COVID-19 pandemic. *International journal of audiology*, 61(2), 97–101. <https://doi.org/10.1080/14992027.2021.1894492>
194. Lovretić, V., Pongrac, K., Vuletić, G. i Benjak, T. (2016). Role of social support in quality of life of people with hearing impairment. *Journal of Applied Health Sciences. Časopis za primijenjene zdravstvene znanosti*, 2 (1), 5-14. <https://doi.org/10.24141/1/2/1/1>
195. Lowe, D. A., & Moore, B. C. J. (2021). Audiometric assessment of hearing loss sustained during military service. *The Journal of the Acoustical Society of America*, 150(2), 1030. <https://doi.org/10.1121/10.0005846>
196. Luhmann, M., Krasko, J., & Terwiel, S. (2021). Subjective well-being as a dynamic construct. In J. F. Rauthmann (Ed.), *The handbook of personality dynamics and processes* (pp. 1231–1249). Elsevier Academic Press. DOI: <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-813995-0.00048-0>
197. Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: does happiness lead to success?. *Psychological bulletin*, 131(6), 803–855. DOI: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.6.803>
198. Ma, Y., Xue, W., Liu, Q., & Xu, Y. (2022). Discrimination and Deaf Adolescents' Subjective Well-Being: The Role of Deaf Identity. *Journal of deaf studies and deaf education*, 27(4), 399–407. <https://doi.org/10.1093/deafed/enac013>
199. Marinić, M. (2020). The correlation of discrimination and violence with life satisfaction, happiness and personal well-being among persons with physical and sensory disabilities. *Nova prisutnost*, 18(3), 561–574. <https://doi.org/10.31192/np.18.3.9>
200. Martela, F., & Sheldon, K. M. (2019). Clarifying the concept of well-being: Psychological need satisfaction as the common core connecting eudaimonic and subjective well-being. *Review of General Psychology*, 23(4), 458–474. DOI: <https://doi.org/10.1177/1089268019880886>
201. Martela, F., Ryan, R. M. (2023). Clarifying eudaimonia and psychological functioning to complement evaluative and experiential well-being: Why basic

- psychological needs should be measured in national accounts of well-being. *Perspectives on Psychological Science*, 18(3), 1121–1135.
202. Marzuki, N., Zubir Salim, A., & Rani, U. (2018). Emotional intelligence and psychological well-being among hearing-impaired: Does it relate? *MATEC Web of Conferences*, 150, 05084. <https://doi.org/10.1051/matecconf/201815005084>
203. Maslow, A. H. (1954). *Motivation and personality*. Harper and Row.
204. Maxwell-McCaw, D., & Zea, M. C. (2011). The Deaf Acculturation Scale (DAS): development and validation of a 58-item measure. *Journal of deaf studies and deaf education*, 16(3), 325–342. <https://doi.org/10.1093/deafed/enq061>
205. McAbee, E. R., Drasgow, E., & Lowrey, K. A. (2017). How do Deaf adults define quality of life? *American Annals of the Deaf*, 162(4), 333–349
206. Mekonnen, M., Hannu, S., Elina, L., & Matti, K. (2015). Socio-emotional problems experienced by deaf and hard of hearing students in Ethiopia. *Deafness & Education International*, 17(3), 155–162. <https://doi.org/10.1179/1557069X15Y.0000000002>
207. Merten, N., Schultz, A. A., Walsh, M. C., van Landingham, S. W., Peppard, P. E., Ryff, C. D. S., & Malecki, K. C. (2023). Psychological distress and well-being among sensory impaired individuals during COVID-19 lockdown measures. *Annals of epidemiology*, 79, 19–23. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2023.01.002>
208. Metselaar, M., Maat, B., Krijnen, P., Verschuure, H., Dreschler, W. A., & Feenstra, L. (2009). Self-reported disability and handicap after hearing-aid fitting and benefit of hearing aids: comparison of fitting procedures, degree of hearing loss, experience with hearing aids and uni- and bilateral fittings. *European archives of oto-rhino-laryngology : official journal of the European Federation of Oto-Rhino-Laryngological Societies (EUFOS) : affiliated with the German Society for Oto-Rhino-Laryngology - Head and Neck Surgery*, 266(6), 907–917. <https://doi.org/10.1007/s00405-008-0847-x>
209. Michael, R., & Povzner, E. (2021). Cognitive Autonomy and Social Support Among Adults With Different Hearing Status. *American annals of the deaf*, 165(5), 548–567. <https://doi.org/10.1353/aad.2021.0006>
210. Moro-Egido, A. L., Navarro, M., & Sánchez, A. (2021). Changes in subjective well-being over time: Economic and social resources do matter. *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-Being*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s10902-021-00473-3>
211. Mousley, V. L., & Chaudoir, S. R. (2018). Deaf Stigma: Links Between Stigma and Well-Being Among Deaf Emerging Adults. *Journal of deaf studies and deaf education*, 23(4), 341–350. <https://doi.org/10.1093/deafed/eny018>
212. Mulderrig, K. E., & Rogers, S. (2019). Deaf Cultural Identification, Cochlear Implants, and Life Satisfaction. *Canadian Acoustics*, 47(3), 20–21. Retrieved from <https://jcaa.caa-aca.ca/index.php/jcaa/article/view/3345>

213. Mulrow, C. D., Tuley, M. R., & Aguilar, C. (1992). Sustained benefits of hearing aids. *Journal of speech and hearing research*, 35(6), 1402–1405. <https://doi.org/10.1044/jshr.3506.1402>
214. Muñoz, K., Baughman, K., Meibos, A., Ong, C. W., & Twohig, M. P. (2021). Psychosocial Well-Being of Adults Who Are Deaf or Hard of Hearing. *Journal of the American Academy of Audiology*, 32(2), 83–89. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1718928>
215. Mykoliuk, D. O., & Miliutina, K. L. (2022). Theoretical excursion to researches of the problem of subjective well-being of persons with hearing impairments. *Socialization & Human Development: International Scientific Journal*, 4(1), 60-72.
216. Navarro, D.J. & Foxcroft, D.R. (2022). Learning statistics with jamovi: a tutorial for psychology students and other beginners. (Version 0.70). DOI: 10.24384/hgc3-7p15 [Available from url: <http://learnstatswithjamovi.com/>]
217. Nemčić, R., & Bradarić-Jončić, S. (2016). The relations between cultural identity and some demographic characteristics of deaf and hard of hearing persons. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 52(1), 63-77. <https://doi.org/10.31299/hrri.52.1.6>
218. Newman, C. W., Weinstein, B. E., Jacobson, G. P., & Hug, G. A. (1990). The Hearing Handicap Inventory for Adults: psychometric adequacy and audiometric correlates. *Ear and hearing*, 11(6), 430–433. <https://doi.org/10.1097/00003446-199012000-00004>
219. Newman, C. W., Weinstein, B. E., Jacobson, G. P., & Hug, G. A. (1991). Test-retest reliability of the hearing handicap inventory for adults. *Ear and hearing*, 12(5), 355–357. <https://doi.org/10.1097/00003446-199110000-00009>
220. Niazi, Y., Ejaz, B., & Muazzam, A. (2020). Impact of hearing impairment on psychological distress and subjective well-being in older adults. *Pakistan journal of medical sciences*, 36(6), 1210–1215. <https://doi.org/10.12669/pjms.36.6.2457>
221. Nikolarazi, M., & Makri, M. (2004). Deaf and hearing individuals' beliefs about the capabilities of deaf people. *American annals of the deaf*, 149(5), 404–414. <https://doi.org/10.1353/aad.2005.0015>
222. Nordvik, Ø., Heggdal, P. O. L., Brännström, J. K., Hjernstad, M. J., Aarstad, A. K., & Aarstad, H. J. (2019). Quality of life in persons with hearing loss: a study of patients referred to an audiological service. *International journal of audiology*, 58(11), 696–703. <https://doi.org/10.1080/14992027.2019.1627010>
223. Pagán-Rodríguez R. (2010). Onset of disability and life satisfaction: evidence from the German Socio-Economic Panel. *The European journal of health economics: HEPAC:health economics in prevention and care*, 11(5), 471–485. <https://doi.org/10.1007/s10198-009-0184-z>
224. Pavot, W. G., Diener, E., Colvin, C. R., & Sandvik, E. (1991). Further validation of the Satisfaction With Life Scale: Evidence for the cross-method convergence of well-being measures. *Journal of Personality Assessment*, 57(1), 149–161. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5701_17

225. Peñacoba, C., Garvi, D., Gómez, L., & Álvarez, A. (2020). Psychological Well-Being, Emotional Intelligence, and Emotional Symptoms in Deaf Adults. *American annals of the deaf*, 165(4), 436–452. <https://doi.org/10.1353/aad.2020.0029>
226. Percy-Smith, L., Jensen, J. H., Cayé-Thomasen, P., Thomsen, J., Gudman, M., & Lopez, A. G. (2008). Factors that affect the social well-being of children with cochlear implants. *Cochlear implants international*, 9(4), 199–214. <https://doi.org/10.1179/cim.2008.9.4.199>
227. Ptok, M. (2011). Early detection of hearing impairment in newborns and infants. *Deutsches Arzteblatt International*, 108(25), 426–431. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2011.0426>
228. Raibley, J. R. (2012). Happiness is not well-being. *Journal of Happiness Studies*, 13(6), 1105–1129. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10902-011-9309-z>
229. Rembar, S. H., Lind, O., Romundstad, P., & Helvik, A. S. (2012). Psychological well-being among cochlear implant users: a comparison with the general population. *Cochlear implants international*, 13(1), 41–49. <https://doi.org/10.1179/1754762810Y.0000000008>
230. Rogers, K. D. (2013). *Deaf people and mental well-being: Exploring and measuring mental well-being in British Sign Language* (Doctoral dissertation). University of Manchester.
231. Rohal, N.I., Synelnykov, R.Yu, & Sehedra, I.O. (2021). Language factors of civic identity formation. *Ukrainian Psychological Journal*, 1 (15).
232. Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press. [Український переклад Інституту когнітивно-поведінкової терапії, 2012]. Отримано з <http://tikhonova.com.ua/Scale11.pdf>
233. Ruusuvuori, J. E., Aaltonen, T., Koskela, I., Ranta, J., Lonka, E., Salmenlinna, I., & Laakso, M. (2021). Studies on stigma regarding hearing impairment and hearing aid use among adults of working age: a scoping review. *Disability and rehabilitation*, 43(3), 436–446. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1622798>
234. Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68–78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
235. Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
236. Ryff, C. D. (2014). Psychological well-being revisited: advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and psychosomatics*, 83(1), 10–28. <https://doi.org/10.1159/000353263>
237. Ryff, C. D. (2014). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(1), 10–28.

238. Ryff, C. D. (2017). Eudaimonic well-being, inequality, and health: Recent findings and future directions. *International review of economics*, 64(2), 159–178. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12232-017-0277-4>
239. Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719–727. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>
240. Ryff, C. D., & Singer, B. (1996). Psychological well-being: meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. *Psychotherapy and psychosomatics*, 65(1), 14–23. DOI: <https://doi.org/10.1159/000289026>
241. Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-Being*, 9(1), 13–39. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9019-0>
242. Ryff, C. D., Boylan, J. M., & Kirsch, J. A. (2020). Disagreement about recommendations for measurement of well-being. *Preventive medicine*, 139, 106049. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106049>
243. Scherer, M. J., & Frisina, D. R. (1998). Characteristics associated with marginal hearing loss and subjective well-being among a sample of older adults. *Journal of rehabilitation research and development*, 35(4), 420–426
244. Schick, B., Skalicky, A., Edwards, T., Kushalnagar, P., Topolski, T., & Patrick, D. (2013). School placement and perceived quality of life in youth who are deaf or hard of hearing. *Journal of deaf studies and deaf education*, 18(1), 47–61. <https://doi.org/10.1093/deafed/ens039>
245. Seligman, M. E. P. (2002). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. Free Press. P.9-12
246. Seligman, M. E. P. (2006). *Learned optimism: how to change your mind and your life*. 1st Vintage Books ed. New York, NY, Vintage Books.
247. Shvets, A. V., Kikh, A. Y., Parkhomenko, Y. O., & Lukianchuk, I. A. (2020). Features of restoration of spatial stability disorders among servicemen with traumatic brain injury and acubarotrauma consequences. *Ukrainian Journal of Military Medicine*, 1(1), 40-49. [https://doi.org/10.46847/ujmm.2020.1\(1\)-040](https://doi.org/10.46847/ujmm.2020.1(1)-040)
248. Smith, C. P. (2011). *Can you hear me now: The leading Army injury & disability* (Strategy Research Project).
249. Stevens, G., Flaxman, S., Brunskill, E., Mascarenhas, M., Mathers, C. D., Finucane, M., & Global Burden of Disease Hearing Loss Expert Group. (2013). Global and regional hearing impairment prevalence: an analysis of 42 studies in 29 countries. *European journal of public health*, 23(1), 146–152. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckr176>
250. Stöckel, J., van Exel, J., & Brouwer, W. B. F. (2023). Adaptation in life satisfaction and self-assessed health to disability - Evidence from the UK. *Social science & medicine* (1982), 328, 115996. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.115996>

251. Sudom, K. A., & Lee, J. E. C. (2022). Well-being of Canadian Armed Forces members during the COVID-19 pandemic: The influence of positive health behaviours. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada: Research, Policy and Practice*, 42(3), 113–121. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.42.3.05>
252. Theodoroff, S. M., & Konrad-Martin, D. (2020). Noise: Acoustic Trauma and Tinnitus, the US Military Experience. *Otolaryngologic clinics of North America*, 53(4), 543–553. <https://doi.org/10.1016/j.otc.2020.03.004>
253. Theunissen, S. C., Rieffe, C., Netten, A. P., Briaire, J. J., Soede, W., Kouwenberg, M., & Frijns, J. H. (2014). Self-esteem in hearing-impaired children: the influence of communication, education, and audiological characteristics. *PloS one*, 9(4), e94521. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0094521>
254. Tov, W., & Diener, E. (2013). Subjective wellbeing. In K. D. Keith (Ed.), *The Encyclopedia of cross-cultural psychology*. DOI: <https://doi.org/10.1002/9781118339893.wbeccp518>
255. Turunen-Taheri, S., Carlsson, P. I., Johnson, A. C., & Hellström, S. (2019). Severe-to-profound hearing impairment: demographic data, gender differences and benefits of audiological rehabilitation. *Disability and rehabilitation*, 41(23), 2766–2774. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1477208>
256. *Unit 1: Introduction to hearing impairment* [PDF file]. (2020). <https://egyankosh.ac.in/bitstream/123456789/35120/1/Unit-1.pdf>
257. Veenhoven, R. (2008). Sociological theories of subjective well-being. In M. Eid & R. J. Larsen (Eds.), *The science of subjective well-being* (pp. 44–61). The Guilford Press.
258. Voola, M., & Távora-Viera, D. (2020). Quality of life handicap measured in patients with profound unilateral or bilateral deafness. *Tasman Medical Journal*, 3(1), 52–56.
259. Warner-Czyz, A. D., Loy, B. A., Evans, C., Wetsel, A., & Tobey, E. A. (2015). Self-esteem in children and adolescents with hearing loss. *Trends in hearing*, 19, 2331216515572615. <https://doi.org/10.1177/2331216515572615>
260. Wehmeyer, M. L. (Ed.). (2013). *The Oxford handbook of positive psychology and disability*. Oxford University Press
261. Weldon, K. J. (2017). Examining Prelingually Deaf and Hard of Hearing College Students on Self Identity and Acculturation. *Psychology*, 8, 2453-2468. <https://doi.org/10.4236/psych.2017.814155>
262. Wollast, R., Lüders, A., Nugier, A., Guimond, S., Phillips, J. B., Sutton, R. M., Danyliuk, I., ... & Leander, N. P. (2025). Gender inequality and cultural values in explaining gender differences in positive and negative emotions: A comparison of 24 countries during the COVID-19 pandemic. *Current Psychology*, 1-19
263. Ylikoski, M. E., & Ylikoski, J. S. (1994). Hearing loss and handicap of professional soldiers exposed to gunfire noise. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 20(2), 93–100. <https://doi.org/10.5271/sjweh.1415>

264. Young, A., Espinoza, F., Dodds, C., Squires, G., Rogers, K., Chilton, H., & O'Neill, R. (2023). Introducing the READY Study: DHH Young people's Well-Being and Self-Determination. *Journal of deaf studies and deaf education*, 28(3), 267–279. <https://doi.org/10.1093/deafed/enad002>
265. Ysasi, N. A., Chen, R. K., & Jones, M. E. (2018). Positive approaches to overcoming the stigma of disability. *Journal of Disability Studies*, 4(1), 3-8.
266. Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 52(1), 30-41.

ДОДАТКИ

Додаток А

Анкети

Шановний друже!

Факультет психології КНУ ім Т.Шевченка проводить опитування осіб з порушеннями слуху з метою удосконалення психологічного консультування таких осіб.

Просимо заповнити анкету та ряд коротких опитувальників.

Для нас важлива думка кожного! Конфіденційність гарантуємо.

Анкета для дорослих

1. Стать *(Необхідно підкреслити)*

а) жіноча; б) чоловіча

2. Вік _____ років

3. Чи є інвалідність по слуху? *(Необхідно підкреслити)*

а) так б) ні

4. Освіта *(необхідно підкреслити те, що стосується саме Вас):*

а) навчаюсь (закінчив(-ла)) спеціалізовану школу для глухих (слабочуючих)

б) навчаюсь (закінчив(-ла)) загальноосвітню школу

в) навчаюсь (закінчив(-ла)) ліцей, коледж.

г) навчаюсь (закінчив(-ла)) заклад вищої освіти (ЗВО)

г) навчаюсь (закінчив(-ла)) спеціальний клас

д) інклюзивне навчання

е) спеціальна група в закладі освіти

ж) індивідуальна форма навчання в загальноосвітній школі

5. Працевлаштування: *(Необхідно підкреслити)*

а) працюю б) не працюю

6. Ваші батьки *(Необхідно підкреслити/обвести):*

а) обоє чують б) один з батьків має порушення слуху в) обоє батьків мають порушення слуху

7. Коли виникло порушення слуху у Вас? *(Необхідно підкреслити/обвести)*

а) з народження б) до 3-х років в) в підлітковому віці г) в дорослому віці

8. Чи користуєтесь Ви допоміжними засобами слухопротезування?

а) ношу слуховий апарат

б) ношу слухові апарати на обидва вуха

в) кохлеарно імплантований (-а) на одне вухо

г) кохлеарно імплантований (-а) на обидва вуха

д) іноді ношу слухові апарати

е) не користуюсь слуховими апаратами та іншими пристроями

9. Яку мову Ви використовуєте при спілкуванні? *(необхідно обвести те, чим Ви користуєтесь)*

а) українську жестову; б) українську усну; в) українську письмову;

10. Мені комфортно спілкуватися тільки з чуючими особами. *Обрати відповідь*

а) так б) ні

11. Мені комфортно бути глухим (-ою). *Обрати відповідь*

а) так б) ні

12. Я знаходжу спільну мову як з глухими, так і чуючими. *Обрати відповідь*

а) так б) ні

13. Некомфортно почуваюся як серед глухих, так і серед чуючих. Обрати відповідь

а) так б) ні

Додаток Б

Шановний друже!

Факультет психології КНУ ім Т.Шевченка проводить опитування учнів та студентів з порушеннями слуху. Заповнивши анкету та опитувальники, Ви допоможете психологам віднайти оптимальні стратегії консультування осіб з порушеннями слуху.

Просимо заповнити анкету та ряд коротких опитувальників.

Для нас важлива думка кожного! Конфіденційність гарантуємо.

Анкета для школярів

1. **Стать:** жіноча; чоловіча (Необхідно підкреслити)
2. **Вік** _____ років
3. **Твої батьки.** (Необхідно підкреслити/обвести)
 - а) обоє чують
 - б) один з батьків має порушення слуху
 - в) обоє батьків мають порушення слуху
4. **Чи користуєшся ти допоміжними засобами слухопротезування?** Підкреслити відповідь
 - а) ношу слуховий апарат
 - б) ношу слухові апарати на обидва вуха
 - в) кохлеарно імплантований (-а) на одне вухо
 - г) кохлеарно імплантований (-а) на обидва вуха
 - д) іноді ношу слухові апарати
 - є) не користуюсь слуховими апаратами та іншими пристроями
5. **Яку мову ти використовуєш при спілкуванні з людьми?** (необхідно обвести те, чим ти користуєшся).
 - а) українську жестову
 - б) українську усну
 - в) українську письмову
6. **У коло мого спілкування входять.** Підкреслити
 - а) глухі б) слабочуючі в) чуючі
7. **Мені комфортно спілкуватися тільки з чуючими особами.** Обрати відповідь
 - а) так б) ні
8. **Мені комфортно бути глухим (-ою).** Обрати відповідь
 - а) так б) ні
9. **Я знаходжу спільну мову як з глухими, так і чуючими.** Обрати відповідь
 - а) так б) ні
10. **Некомфортно почуваюся як серед глухих, так і серед чуючих.** Обрати відповідь
 - а) так б) ні

Додаток В

Шановний Захиснику України!

Факультет психології КНУ імені Тараса Шевченка проводить опитування військовослужбовців, що отримали порушення слуху внаслідок бойових дій. Результати опитування будуть статистично оброблені і слугуватимуть основою для створення сучасних програм реабілітації та психологічної допомоги саме такій категорії осіб.

Просимо заповнити анкету та ряд коротких опитувальників.
Для нас важлива думка кожного! Конфіденційність гарантуємо.

Анкета для військових

1. **Стать:** жіноча; чоловіча (Необхідно підкреслити)
2. **Вік** _____ років
3. **Освіта** (необхідно підкреслити те, що стосується саме Вас):
 - а) закінчив(-ла) ліцей, коледж.
 - б) навчаюсь (закінчив(-ла)) заклад вищої освіти (ЗВО)
4. **Коли виникло порушення слуху у Вас?** (вказати місяць і рік)

5. **Чи користуєтеся Ви вже допоміжними засобами слухопротезування?**
 - а) ношу слуховий апарат
 - б) ношу слухові апарати на обидва вуха
 - в) кохлеарно імплантований (-а) на одне вухо
 - г) кохлеарно імплантований (-а) на обидва вуха
 - д) іноді ношу слухові апарати
 - е) не користуюсь слуховими апаратами та іншими пристроями

Додаток Д

«Самооцінка психічних станів» (адаптований варіант Айзенка Г.) (в адаптації С.Д.Максименка, Л.М.Карамушки, Т.В.Зайчикової)

Інструкція для учасників опитування:

Дайте, будь ласка, оцінку зазначених психічних станів, які можуть виникати у Вас під час конфліктної ситуації, та зробіть позначку у відповідній колонці таблиці бланка для відповідей. Спробуйте, будь ласка, бути відвертими, пам'ятаючи, що Ваша відповідь має відображати реальний, а не бажаний психічний стан.

№	Психічний стан	Так	Не знаю	Ні
1	Не почуваюся впевненим	2	1	0
2	Нерідко червонію через дрібниці	2	1	0
3	Мій сон неспокійний	2	1	0
4	Легко впадаю в тугу	2	1	0
5	Турбуюся через неприємності, які існують поки що лише в моїй уяві	2	1	0
6	Мене лякають конфлікти	2	1	0
7	Люблю «порпатися» у власних недоліках	2	1	0
8	Мене легко переконати	2	1	0
9	Я самовразливий	2	1	0
10	Важко витримую час очікувань	2	1	0
11	Нерідко мені здається безвихідною ситуація, з якої насправді можна знайти вихід	2	1	0
12	Неприємності дуже мене засмучують	2	1	0
13	У разі великих неприємностей я схильний до самозвинувачувань	2	1	0
14	Нещастя й невдачі нічого мене не навчили	2	1	0
15	Я часто відмовляюся від боротьби, вважаючи її марною	2	1	0
16	Я часто почуваюся беззахисним	2	1	0
17	Іноді я відчуваю відчай	2	1	0
18	Знаю почуття розгубленості перед труднощами	2	1	0
19	Іноді, у важкі хвилини, поводжуся як дитина, хочу, щоб мене пожаліли	2	1	0
20	Вважаю недоліки власного характеру невинними	2	1	0
21	Залишаю за собою останнє слово	2	1	0
22	Нерідко під час розмови перебиваю співрозмовника	2	1	0
23	Мене легко розсердити	2	1	0
24	Полюблю робити зауваження	2	1	0
25	Прагну бути авторитетом для оточуючих	2	1	0
26	Не задовольняюся малим, хочу набагато більше	2	1	0
27	Коли розгніваюся, не вмію стримуватися	2	1	0
28	Люблю керувати, а не підпорядковуватися	2	1	0
29	Маю різку, грубувату жестикуляцію	2	1	0
30	Я мстивий	2	1	0
31	Мені важко змінювати звички	2	1	0
32	Важко переключаю увагу	2	1	0

33	Дуже насторожено ставлюся до всього нового	2	1	0
34	Мене важко переконати	2	1	0
35	Нерідко мене не залишають думки, яких варто було б позбутися	2	1	0
36	Важко сходжуся з людьми	2	1	0
37	Мене засмучує щонайменша зміна плану дій	2	1	0
38	Я неохоче йду на ризик	2	1	0
39	Гостро переживаю відхилення від установленого мною звичного режиму	2	1	0
40	Почуваюся на межі можливостей	2	1	0

Додаток Е

6-шкальна методика «Шкали психологічного благополуччя» К. Ріфф

Інструкція

Уважно прочитайте твердження й оберіть ту цифру відповіді, з якою ви найбільш погоджуєтеся.

- 1. Я не боюся висловлювати свої думки, навіть якщо вони суперечать думці більшості людей**

1) повністю не погоджуюся	4) частково погоджуюся
2) не погоджуюся	5) погоджуюся
3) частково не погоджуюся	6) повністю погоджуюся
- 2. В основному, я відчуваю відповідальність за те, як я живу**

1) повністю не погоджуюся	4) частково погоджуюся
2) не погоджуюся	5) погоджуюся
3) частково не погоджуюся	6) повністю погоджуюся
- 3. Я не цікавлюся видами діяльності, які розширюють мій кругозір**

1) повністю не погоджуюся	4) частково погоджуюся
2) не погоджуюся	5) погоджуюся
3) частково не погоджуюся	6) повністю погоджуюся
- 4. Більшість людей сприймають мене люблячим і ніжним**

1) повністю не погоджуюся	4) частково погоджуюся
2) не погоджуюся	5) погоджуюся
3) частково не погоджуюся	6) повністю погоджуюся
- 5. Я живу лише сьогоднішнім й не задумуюся про майбутнє**

1) повністю не погоджуюся	4) частково погоджуюся
2) не погоджуюся	5) погоджуюся
3) частково не погоджуюся	6) повністю погоджуюся
- 6. Коли я переосмислюю своє життя, я задоволений (-а) тим, як воно склалося**

1) повністю не погоджуюся	4) частково погоджуюся
2) не погоджуюся	5) погоджуюся
3) частково не погоджуюся	6) повністю погоджуюся
- 7. На мої рішення не завжди впливає те, як роблять інші**

1) повністю не погоджуюся	4) частково погоджуюся
2) не погоджуюся	5) погоджуюся
3) частково не погоджуюся	6) повністю погоджуюся
- 8. Виклики щоденного життя часто мене пригнічують**

1) повністю не погоджуюся	4) частково погоджуюся
2) не погоджуюся	5) погоджуюся
3) частково не погоджуюся	6) повністю погоджуюся
- 9. Думаю, що важливо мати нові враження, які змінюють те, що Ви думаєте про себе й світ**

1) повністю не погоджуюся	4) частково погоджуюся
2) не погоджуюся	5) погоджуюся
3) частково не погоджуюся	6) повністю погоджуюся
- 10. Підтримка близьких стосунків пов'язані для мене з труднощами й розчаруваннями**

1) повністю не погоджуюся	4) частково погоджуюся
2) не погоджуюся	5) погоджуюся
3) частково не погоджуюся	6) повністю погоджуюся
- 11. У мене є чіткий напрямок і мета в житті**

1) повністю не погоджуюся	4) частково погоджуюся
2) не погоджуюся	5) погоджуюся
3) частково не погоджуюся	6) повністю погоджуюся
- 12. В основному, відчуваю в собі впевненість й позитивність**

1) повністю не погоджуюся	4) частково погоджуюся
---------------------------	------------------------

38. Я спроможний (-а) побудувати свій дім і своє життя за власними вподобаннями

- | | |
|---------------------------|------------------------|
| 1) повністю не погоджуюся | 4) частково погоджуюся |
| 2) не погоджуюся | 5) погоджуюся |
| 3) частково не погоджуюся | 6) повністю погоджуюся |

39. Я давно відмовився (-лася) від спроб зробити значні покращення або зміни у своєму житті

- | | |
|---------------------------|------------------------|
| 1) повністю не погоджуюся | 4) частково погоджуюся |
| 2) не погоджуюся | 5) погоджуюся |
| 3) частково не погоджуюся | 6) повністю погоджуюся |

40. Я знаю, що можу довіряти друзям, так само, як і вони знають, що можуть довіряти мені

- | | |
|---------------------------|------------------------|
| 1) повністю не погоджуюся | 4) частково погоджуюся |
| 2) не погоджуюся | 5) погоджуюся |
| 3) частково не погоджуюся | 6) повністю погоджуюся |

41. Іноді відчуваю, що я нібито все зробив (-ла), що можна зробити в житті

- | | |
|---------------------------|------------------------|
| 1) повністю не погоджуюся | 4) частково погоджуюся |
| 2) не погоджуюся | 5) погоджуюся |
| 3) частково не погоджуюся | 6) повністю погоджуюся |

42. Коли я порівнюю себе з друзями й знайомими, то розумію, що я набагато краще від них

- | | |
|---------------------------|------------------------|
| 1) повністю не погоджуюся | 4) частково погоджуюся |
| 2) не погоджуюся | 5) погоджуюся |
| 3) частково не погоджуюся | 6) повністю погоджуюся |

Додаток 3
Шкала задоволеності життям Е. Дінера
Інструкція

Нижче наведено 5 фраз. Обведіть ту цифру кожного твердження, з якою Ви найбільш погоджуєтесь. Відповідайте швидко й щиро. Результати цього опитування є строго конфіденційні й будуть представлені лише в узагальненому вигляді

1. У цілому моє життя близьке до ідеалу

- 1) Повністю не погоджуюсь
- 2) не погоджуюсь
- 3) частково не погоджуюсь
- 4) децю середнє між згодою і незгодою
- 5) частково погоджуюся
- 6) погоджуюся
- 7) повністю погоджуюся

2. Обставини мого життя є благополучними

- 1) Повністю не погоджуюсь
- 2) не погоджуюсь
- 3) частково не погоджуюсь
- 4) децю середнє між згодою і незгодою
- 5) частково погоджуюся
- 6) погоджуюся
- 7) повністю погоджуюся

3. Я задоволений (-а) життям

- 1) Повністю не погоджуюсь
- 2) не погоджуюсь
- 3) частково не погоджуюсь
- 4) децю середнє між згодою і незгодою
- 5) частково погоджуюся
- 6) погоджуюся
- 7) повністю погоджуюся

4. У моєму житті є все, що мені потрібно

- 1) Повністю не погоджуюсь
- 2) не погоджуюсь
- 3) частково не погоджуюсь
- 4) децю середнє між згодою і незгодою
- 5) частково погоджуюся
- 6) погоджуюся
- 7) повністю погоджуюся

5. Якби я міг (-ла) заново прожити моє життя, то нічого б не міняв (-ла)

- 1) Повністю не погоджуюсь
- 2) не погоджуюсь
- 3) частково не погоджуюсь
- 4) децю середнє між згодою і незгодою
- 5) частково погоджуюся
- 6) погоджуюся
- 7) повністю погоджуюся

Додаток И

Багатовимірна шкала соціальної підтримки Г. Зімента

Інструкція

Уважно прочитайте кожне твердження. Оберіть й обведіть ту цифру варіанту відповіді, з якою Ви найбільш погоджуєтеся. Результати цього опитування строго конфіденційні.

- 1. Я маю поруч близьку людину, яка підтримає мене в скрутній ситуації**

<i>1) абсолютно не погоджуюся</i>	<i>5) частково погоджуюся</i>
<i>2) не погоджуюся</i>	<i>6) погоджуюся</i>
<i>3) частково не погоджуюся</i>	<i>7) абсолютно погоджуюся</i>
<i>4) не знаю</i>	
- 2. У мене є близька людина, з якою можу поділитися своїми радощами/печаллями**

<i>1) абсолютно не погоджуюся</i>	<i>5) частково погоджуюся</i>
<i>2) не погоджуюся</i>	<i>6) погоджуюся</i>
<i>3) частково не погоджуюся</i>	<i>7) абсолютно погоджуюся</i>
<i>4) не знаю</i>	
- 3. Моя сім'я дійсно прагне допомогти мені**

<i>1) абсолютно не погоджуюся</i>	<i>5) частково погоджуюся</i>
<i>2) не погоджуюся</i>	<i>6) погоджуюся</i>
<i>3) частково не погоджуюся</i>	<i>7) абсолютно погоджуюся</i>
<i>4) не знаю</i>	
- 4. Я отримую від моєї сім'ї емоційну допомогу і підтримку, якої потребую**

<i>1) абсолютно не погоджуюся</i>	<i>5) частково погоджуюся</i>
<i>2) не погоджуюся</i>	<i>6) погоджуюся</i>
<i>3) частково не погоджуюся</i>	<i>7) абсолютно погоджуюся</i>
<i>4) не знаю</i>	
- 5. У мене є значима людина, що є втіхою для мене**

<i>1) абсолютно не погоджуюся</i>	<i>5) частково погоджуюся</i>
<i>2) не погоджуюся</i>	<i>6) погоджуюся</i>
<i>3) частково не погоджуюся</i>	<i>7) абсолютно погоджуюся</i>
<i>4) не знаю</i>	
- 6. Мої друзі дійсно намагаються допомогти мені**

<i>1) абсолютно не погоджуюся</i>	<i>5) частково погоджуюся</i>
<i>2) не погоджуюся</i>	<i>6) погоджуюся</i>
<i>3) частково не погоджуюся</i>	<i>7) абсолютно погоджуюся</i>
<i>4) не знаю</i>	
- 7. Я можу розраховувати на друзів, коли справи йдуть погано**

<i>1) абсолютно не погоджуюся</i>	<i>5) частково погоджуюся</i>
<i>2) не погоджуюся</i>	<i>6) погоджуюся</i>
<i>3) частково не погоджуюся</i>	<i>7) абсолютно погоджуюся</i>
<i>4) не знаю</i>	
- 8. Я можу обговорювати свої проблеми зі своєю родиною**

<i>1) абсолютно не погоджуюся</i>	<i>5) частково погоджуюся</i>
<i>2) не погоджуюся</i>	<i>6) погоджуюся</i>
<i>3) частково не погоджуюся</i>	<i>7) абсолютно погоджуюся</i>
<i>4) не знаю</i>	
- 9. У мене є друзі, з якими можу розділити горе і радощі**

<i>1) абсолютно не погоджуюся</i>	<i>5) частково погоджуюся</i>
-----------------------------------	-------------------------------

2) не погоджуюся

3) частково не погоджуюся

4) не знаю

6) погоджуюся

7) абсолютно погоджуюся

10. У моєму житті є значима людина, що піклується про мої почуття

1) абсолютно не погоджуюся

2) не погоджуюся

3) частково не погоджуюся

4) не знаю

5) частково погоджуюся

6) погоджуюся

7) абсолютно погоджуюся

11. Моя сім'я прагне допомогти мені у прийнятті рішень

1) абсолютно не погоджуюся

2) не погоджуюся

3) частково не погоджуюся

4) не знаю

5) частково погоджуюся

6) погоджуюся

7) абсолютно погоджуюся

12. Я обговорюю свої проблеми зі своїми друзями

1) абсолютно не погоджуюся

2) не погоджуюся

3) частково не погоджуюся

4) не знаю

5) частково погоджуюся

6) погоджуюся

7) абсолютно погоджуюся

Додаток К

Шкала визначення самооцінки М. Розенберга (в перекладі Інституту когнітивно-поведінкової терапії)

Інструкція

Нижче наведено список тверджень, пов'язаних з вашим загальним відчуттям щодо себе. Якщо Ви повністю погоджуєтесь, обведіть "Повністю погоджуюсь". Якщо Ви погоджуєтесь, обведіть "погоджуюсь". Якщо Ви не погоджуєтесь, обведіть "не погоджуюсь". Якщо Ви повністю не погоджуєтесь, обведіть "повністю не погоджуюсь". Результати строго конфіденційні

1. Загалом, я задоволений (-на) собою

- | | |
|------------------------|---------------------------|
| 1) повністю погоджуюсь | 3) не погоджуюсь повністю |
| 2) погоджуюсь | 4) не погоджуюсь |

2. Час від часу, я думаю, що я ні на що не здатний (-а)

- | | |
|------------------------|---------------------------|
| 1) повністю погоджуюсь | 3) не погоджуюсь повністю |
| 2) погоджуюсь | 4) не погоджуюсь |

3. Я відчуваю, що у мене є багато хороших якостей

- | | |
|------------------------|---------------------------|
| 1) повністю погоджуюсь | 3) не погоджуюсь повністю |
| 2) погоджуюсь | 4) не погоджуюсь |

4. Я можу робити різні речі так, як і більшість інших людей

- | | |
|------------------------|---------------------------|
| 1) повністю погоджуюсь | 3) не погоджуюсь повністю |
| 2) погоджуюсь | 4) не погоджуюсь |

5. Я відчуваю, що особливо не маю чим пишатися

- | | |
|------------------------|---------------------------|
| 1) повністю погоджуюсь | 3) не погоджуюсь повністю |
| 2) погоджуюсь | 4) не погоджуюсь |

6. Іноді я почуваюся ні на що не здатним (-ою)

- | | |
|------------------------|---------------------------|
| 1) повністю погоджуюсь | 3) не погоджуюсь повністю |
| 2) погоджуюсь | 4) не погоджуюсь |

7. Я відчуваю, що я цінний (-а), принаймні, що я на рівних з іншими

- | | |
|------------------------|---------------------------|
| 1) повністю погоджуюсь | 3) не погоджуюсь повністю |
| 2) погоджуюсь | 4) не погоджуюсь |

8. Я хотів (-ла) би мати більше поваги до себе

- | | |
|------------------------|---------------------------|
| 1) повністю погоджуюсь | 3) не погоджуюсь повністю |
| 2) погоджуюсь | 4) не погоджуюсь |

9. Загалом, я схильний (-а) думати, що я – невдаха

- | | |
|------------------------|---------------------------|
| 1) повністю погоджуюсь | 3) не погоджуюсь повністю |
| 2) погоджуюсь | 4) не погоджуюсь |

10. Я позитивно ставлюсь до себе

- | | |
|------------------------|---------------------------|
| 1) повністю погоджуюсь | 3) не погоджуюсь повністю |
| 2) погоджуюсь | 4) не погоджуюсь |

Додаток М

Надійність методик

Внутрішня узгодженість «Шкал психологічного благополуччя» К.Ріфф

Статистика надійності

	α Кронбаха	Макдональдс ω
	0.864	0.870

Внутрішня узгодженість шкали «Задоволеність життям» Е.Дінера

Статистика надійності

	α Кронбаха	Макдональдс ω
шкала	0.852	0.858

Внутрішня узгодженість шкали сприйнятої соціальної підтримки Г.Зімета

Статистика надійності

	α Кронбаха	Макдональдс ω
шкала	0.867	0.882

Внутрішня узгодженість опитувальника гандикапу по слуху для дорослих

Статистика надійності

	α Кронбаха	Макдональдс ω
шкала	0.918	0.971

Додаток Н

Кореляційні зв'язки між змінними

Кореляційний зв'язок інших змінних зі змінною «Тривожність»

№	Кореляції	r	p
1.	Особистісне зростання-тривожність	-0,34	0,001
2.	Позитивні стосунки-тривожність	-0,325	0,001
3.	Мета в житті-тривожність	-0,342	0,001
4.	Гандикап-тривожність	0,288	0,001
5.	Емоційний гандикап-тривожність	0,278	0,001
6.	Соціальний гандикап-тривожність	0,279	0,001
7.	Соціальна підтримка-тривожність	-0,256	0,001
8.	Підтримка друзів-тривожність	-0,285	0,001

Кореляційний зв'язок інших змінних зі змінною «Фрустрація»

№	Кореляції	r	p
1.	Ригідність-фрустрація	0,528	0,001
2.	Гандикап - фрустрація	0,389	0,001
3.	Емоційний гандикап - фрустрація	0,359	0,001
4.	Соціальний гандикап - фрустрація	0,405	0,001
5.	Задоволеність життям - фрустрація	-0,482	0,001
6.	Соціальна підтримка - фрустрація	-0,382	0,001
7.	Значущий інший - фрустрація	-0,318	0,001
8.	Сімейна підтримка - фрустрація	-0,277	0,001
9.	Підтримка друзів - фрустрація	-0,358	0,001

Кореляційний зв'язок інших змінних зі змінною «Ригідність»

№	Кореляції	r	p
1.	Гандикап - ригідність	0,273	0,001
2.	Емоційний гандикап - ригідність	0,272	0,001
3.	Соціальний гандикап - ригідність	0,251	0,001
4.	Соціальна підтримка - ригідність	-0,289	0,001
5.	Сімейна підтримка - ригідність	-0,223	0,001
6.	Підтримка друзів - ригідність	-0,311	0,001

Кореляційний зв'язок змінної «Автономія» з іншими змінними

№	Кореляції	r	p
1.	Позитивні стосунки - автономія	0,353	0,001
2.	Емоційний гандикап - автономія	-0,282	0,001
3.	Соціальна підтримка - автономія	0,312	0,001
4.	Сімейна підтримка - автономія	0,202	0,001

Кореляційний зв'язок змінної «Управління середовищем» з іншими змінними

№	Кореляції	r	p
1.	Гандикап – управління середовищем	-0,392	0,001
2.	Емоційний гандикап – управління середовищем	-0,387	0,001
3.	Соціальний гандикап – управління середовищем	-0,368	0,001
4.	Самооцінка – управління середовищем	0,411	0,001
5.	Соціальна підтримка – управління середовищем	0,367	0,001
6.	Значущий інший – управління середовищем	0,352	0,001

7.	Сімейна підтримка – управління середовищем	0,277	0,001
8.	Підтримка друзів - управління середовищем	0,284	0,001

Кореляційний зв'язок змінної «Особистісне зростання» з іншими змінними

№	Кореляції	r	p
1.	Позитивні стосунки – особистісне зростання	0,590	0,001
2.	Значущий інший – особистісне зростання	0,361	0,001
3.	Сімейна підтримка – особистісне зростання	0,249	0,001
4.	Підтримка друзів – особистісне зростання	0,393	0,001

Кореляційний зв'язок «Позитивні стосунки» з іншими змінними

№	Кореляції	r	p
1.	Гандикап – позитивні стосунки	-0,281	0,001
2.	Емоційний гандикап – позитивні стосунки	-0,279	0,001
3.	Соціальний гандикап – позитивні стосунки	-0,257	0,001

Кореляційний зв'язок «Мета в житті» з іншими змінними

№	Кореляції	r	p
8.	Значущий інший – мета	0,399	0,001
9.	Сімейна підтримка – мета	0,274	0,001

Кореляція між емоційним гандикапом з іншими змінними

№	Кореляції	r	p
1.	Соціальна підтримка – емоційний гандикап	-0,272	0,001
2.	Значущий інший – емоційний гандикап	-0,275	0,001
3.	Сімейна підтримка – емоційний гандикап	-0,248	0,001

Множинний регресійний аналіз

Model Fit Measures

Model	R	R ²	Adjusted R ²	Overall Model Test			
				F	df1	df2	p
1	0.698	0.487	0.465	22.3	11	258	< .001

Normality Test (Shapiro-Wilk)

Statistic	p
0.997	0.909

Collinearity Statistics

Model Fit Measures

Model	R	R ²	Overall Model Test				
			Adjusted R ²	F	df1	df2	p
			VIF	Tolerance			
Автономія			1.76	0.567			
Управління середовищем			2.01	0.497			
Позитивні стосунки			2.24	0.446			
Тривожність			1.84	0.544			
Агресивність			1.24	0.809			
Ригідність			1.87	0.536			
Гандикап			1.29	0.773			
соц_підтримка			1.69	0.591			
Мета в житті			2.27	0.440			
Самоприйняття			2.35	0.425			
Самооцінка			1.77	0.564			

Model Coefficients - Задовол_життям

Predictor	Estimate	SE	t	p	Stand. Estimate
Intercept	-1.10634	3.5528	-0.311	0.756	
Автономія	-0.03681	0.0722	-0.510	0.611	-0.03020
Управління середовищем	0.19648	0.1008	1.949	0.052	0.12328
Позитивні стосунки	0.02619	0.0795	0.330	0.742	0.02201
Тривожність	-0.14626	0.0851	-1.720	0.087	-0.10400
Агресивність	0.00780	0.0644	0.121	0.904	0.00600
Ригідність	-0.05383	0.0839	-0.641	0.522	-0.03907
Гандикап	-0.00765	0.0136	-0.563	0.574	-0.02853
соц_підтримка	1.09798	0.3496	3.140	0.002	0.18217
Мета в житті	-0.06032	0.0796	-0.758	0.449	-0.05092
Самоприйняття	0.40123	0.0803	4.999	< .001	0.34193
Самооцінка	0.22629	0.0774	2.922	0.004	0.17349

Додаток II**Кількість осіб по кластерах**

Clustering Table

Clust er No	Count
1	78
2	84
3	108

Додаток Р

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Статті у наукових фахових виданнях України категорії Б:

1. Миколюк, Д.О., & Мілютіна, К.Л. (2021). Перспективи дослідження суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху. *Габітус*, 31, 123-128. DOI: <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2021.31.22>
2. Миколюк, Д.О. (2023). Світовий та український досвід психологічної допомоги дорослим особам з порушеннями слуху: порівняльний аналіз. *Інклюзія і суспільство*, 1, 67-75. DOI: <https://doi.org/10.32782/2787-5137-2023-1-8>
3. Миколюк, Д.О. (2024). Ставлення викладачів ЗВО до студентів з порушеннями слуху як чинник їх психологічного благополуччя. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія*, 3, 35 (74), 58-66. DOI: <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2024.3/09>
4. Миколюк, Д.О. (2024). Батьківське ставлення до підлітків і молоді з порушеннями слуху як чинник суб'єктивного благополуччя їхніх дітей. *Габітус*, 61, 196-203. DOI: <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.61.36>
5. Миколюк, Д.О., & Мілютіна, К.Л. (2024). Вплив ставлення студентів ЗВО до однокурсників з порушеннями слуху. *Габітус*, 62, 101-106. DOI: <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.62.17>
6. Миколюк, Д.О. (2024). Суб'єктивне благополуччя осіб з порушеннями слуху: аналіз емпіричних даних. *Габітус*, 65, 177-183. DOI: <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.65.31>
7. Миколюк, Д.О. (2024). Чинники суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху: емпіричне дослідження. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В.І. Вернадського*.

Серія: Психологія, 5, 35 (74), 119-127. DOI: <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2024.5/19>

Статті у наукових періодичних виданнях інших держав:

8. Mykoliuk, D., & Miliutina, K. (2022). Theoretical excursion to research on the problem of subjective well-being of persons with hearing impairments. *Socialization & Human Development: International Scientific Journal*, 4(1), 60-75. DOI: <https://doi.org/10.37096/SHDISJ-22-1.1-0005>
9. Миколюк Д. (2022). Особливості застосування опитувальників в осіб з порушеннями слуху. У А. Kyselov, О. Kovalevska (Ред.), *Methodological bases of studying the processes of general mental laws in human interaction with the environment: collective monograph*. (pp.173-181). International Science Group. Primedia eLaunch. DOI:10.46299/ISG.2022.MONO.PSYCHOL.1

Статті у колективній монографії:

10. Миколюк, Д. О. (2022). Толерантність як умова реальної соціальної інклюзії. У О. І. Власова (Ред.), *Чинники розвитку толерантності особистості на різних етапах соціалізації* (с. 67-75). Яроченко Я.В.

Тези наукових доповідей:

11. Миколюк, Д. О. (2022). Проблеми соціалізації осіб з порушеннями слуху. У Об'єднані наукою: перспективи міждисциплінарних досліджень: *Матеріали ІХ Всеукраїнської науково-практичної конференції студентів, аспірантів та молодих вчених* (с. 136-138). Київський національний університет імені Тараса Шевченка.
12. Миколюк, Д. О. (2022). Можливість застосування основ позитивної психології в осіб з порушеннями слуху. У В. Л. Зливков, С. О. Лукомська, & О. В. Котух (Ред.), *Психологія особистісної та соціальної*

- ідентичності: вітчизняний та зарубіжний досвід: матеріали Міжнародно-науково-практичної конференції* (с. 46-48). Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України
13. Миколіук, Д. О. (2023). Ранній медико-педагогічний супровід та психологічна підтримка батьків дітей з порушеннями слуху (від 0 до 3 років). У Ю. Д. Бойчук (Ред.), *Збірник наукових праць за матеріалами Всеукраїнської науково-практичної конференції «Формування життєвої компетентності осіб з особливими освітніми потребами в системі позашкільної, спеціальної та інклюзивної освіти»* (с. 155-158). ХНПУ ім. Г.С. Сковороди.
14. Миколіук, Д. О. (2023). Культурна ідентичність як соціальний чинник благополуччя осіб з порушеннями слуху. У І. Р. Крупник, І. С. Попович, Н. І. Тавровецька, & О. М. Танасійчук (Ред.), *Соціально-психологічні технології розвитку особистості: Збірник наукових праць за матеріалами VIII Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих вчених, аспірантів та студентів «Соціально-психологічні технології розвитку особистості»* (с. 73–77). ХДУ
15. Миколіук, Д. О. (2023). Особливості нейрореабілітації осіб з порушеннями слуху. У І. В. Данилюк та ін. (Ред.), *Мозок, Культура, Особистість: матеріали I Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю* (с. 67–70). КНУ імені Тараса Шевченка.
16. Миколіук, Д. О. (2024). Психоедукація військовослужбовців для запобігання акустичної травми. У І. В. Данилюк & С. Ю. Пашенко (Ред.), *Проблеми особистості в сучасній науці: результати та перспективи дослідження: Матеріали XXVI Міжнародної конференції молодих науковців* (с. 134–136). Видавництво Ліра-К. URL: https://psy.knu.ua/index.php?preview=1&option=com_dropfiles&format=&task=frontfile.download&catid=1038&id=3275&Itemid=100000000000

Додаток С

Світовий досвід консультативної допомоги дорослим особам з порушеннями слуху

У сучасній психологічній літературі описується різні види консультативної допомоги. Психологи у своїй роботі використовують як основні, так і допоміжні види психологічної підтримки осіб з порушеннями слуху.

На думку Н. Д. Володарської, методи арттерапії допомагають зменшити симптоми посттравматичних розладів, працюють з негативними наслідками травм, такими як негативне самоприйняття, вороже ставлення до себе, почуття безмістовності життя та інші. За допомогою мистецтва і культури можна стимулювати процес відновлення психологічного благополуччя особистості (Володарська, 2020, с. 291).

Використання сучасних методів тілесно-орієнтованого підходу надає можливість сфокусуватися на відчуттях, емоціях і переживаннях під час терапії, що сприяє активізації процесу формування психологічного благополуччя (Володарська, 2019, с. 80, 82).

Як зауважила Н. Каргіна, психолог, який працює з людьми з низьким рівнем психологічного благополуччя, може використовувати бесіду та різноманітні арттерапевтичні техніки на початкових етапах своєї консультативної роботи. (Каргіна, 2019, с. 31). Арттерапія, крім свого терапевтичного ефекту, також надає додаткове задоволення від творчості під час роботи над опрацюванням своїх внутрішніх проблем (Каргіна, 2020, с. 43). Дослідниця перераховує основні методи арттерапії, які, на її думку, сприяють психологічному благополуччю особистості. До них відносяться: кольоротерапія, танцювальна терапія, музикотерапія, пісочна терапія, метод «артписьменництва» та кінотерапія (Каргіна, 2020).

Л. С. Смокова, Н. М. Кологривова, Е. В. Піщевська (2023) вважають ефективними використання підходів гештальт-психології, як інструменту формування психологічного благополуччя осіб, які стикаються зі складними ситуаціями в житті. Довготривала психотерапія в цьому підході показала значущий позитивний вплив на різні аспекти психологічного благополуччя у досліджуваній групі. Цей вплив був особливо помітний у самоактуалізації та інших ключових аспектах, таких як підтримка, самоприйняття, орієнтація у часі, креативність та гнучкість поведінки (с. 140).

На думку Ю. М. Швалба, евдемоністичний підхід означає, що зовнішня оцінка благополуччя особистості здійснюється спеціалістом, який аналізує психологічний стан клієнта. У випадку суб'єктивного благополуччя, оцінка базується на внутрішніх переживаннях та оцінках самої особистості клієнта. У випадку внутрішньої оцінки, сама особистість визначає своє задоволення чи незадоволення життям, а також переживання щастя чи нещастя. Консультант виступає лише в ролі реєстратора і вимірювача, який розглядає всі плюси та мінуси у житті особистості (Швалб, Вернік, Вовчик-Блакитна, Кирпенко, Павленко & Рудоміно-Дусятська, 2021, с. 30).

I. Talić, W. Winter & K. H. Renner (2023) досліджували ефективність втручання позитивної психології у зменшення психологічного стресу, покращення благополуччя та зниження рівнів біологічного стресу за допомогою розумного годинника Garmin. Результати дослідження показали, що відкритість має позитивний зв'язок з психологічним стресом і психологічним благополуччям; доброзичливість корелює з психологічним благополуччям; нейротизм - з психологічним стресом (с.256). Вказане дослідження показало, що у жінок більший рівень психологічного стресу та менше психологічне благополуччя, порівняно з чоловіками.

На думку Т. М. Титаренко, для тих, хто не має достатньо внутрішніх ресурсів для збереження психологічного благополуччя під час травматичних ситуацій, важлива роль надається належній соціальній та психологічній

підтримці. Ця підтримка може надаватися різними способами: від близьких людей і спільнот до фахівців, таких як психологи, психотерапевти та соціальні працівники. Концепція соціально-психологічного супроводу визначає інтегрований підхід, що об'єднує соціальну та психологічну підтримку особистості, що пережила травматичні події (Титаренко, 2022, с. 9). На її думку, способи соціально-психологічного супроводу особистості можуть включати спільне переосмислення травматичних досвідів через літературні, образотворчі, театралізовані форми вираження. Ці методи допомагають людині переглянути своє минуле ставлення до пережитого та знайти нові, позитивні аспекти цього досвіду (Титаренко, 2022, с.13). Одним із головних завдань є нова самоідентифікація у різних аспектах (включаючи політичний, державний, мовний, етнічний) та переосмислення власної життєвої історії, спроби злиття довоєнного минулого із воєнним теперішнім та повоєнним майбутнім (Титаренко, 2023, с.139).

Група науковців проаналізувала вплив медитації та фізичних вправ на психологічне благополуччя людини. Ними з'ясовано, що аеробні вправи сприяють виробленню фактору BDNF, який стимулює створення нових нейронів у мозку, а медитація допомагає знизити рівень кортизолу і підвищує рівень усвідомленості особистості (Dolcos, Moore, & Katsumi, 2018).

G. Przybylko, D. P. Morton, J. K. Morton, M. E. Renfrew & J. Hinze (2021) провели два дослідження для перевірки гіпотези про те, що 10-тижневе онлайн-втручання з ментального благополуччя, яке комбінує стратегії позитивної психології та стилю життя, може вплинути на благополуччя особистості (с.5). Після 12 тижнів в експериментальній групі спостерігалось значне збільшення благополуччя порівняно зі стартовим рівнем (с.7). У контрольній групі спостерігалось зниження на 1,8 відсоткових пунктів у порівнянні зі стартовим рівнем (с.7).

Надання консультативних послуг особам з порушеннями слуху мають певні особливості. У світі існують різні підходи до надання психологічної підтримки даній категорії клієнтів.

J. Fengler (1986) вважає, що психологи визнають необхідність психотерапії для осіб з порушеннями слуху, але питання визначення конкретних методів і видів допомоги залишається відкритим. Науковець розглядає як потенціал, так і обмеження психотерапії для цієї групи людей у таких напрямках психотерапевтичної допомоги: психоаналізу, гуманістичній психології, поведінкової терапії. У психоаналізі важливими є поняття терапевтичного контракту та перенесення. В гуманістичній психології, на думку дослідника, важливими є сприяння розвитку методів комунікації та вираження почуттів для роботи з клієнтами з порушеннями слуху. Поведінкова терапія надає найширший спектр концепцій і стратегій втручання. Особливо корисним у роботі з клієнтами із втратою слуху є використання поведінкових підходів, таких як когнітивне обумовлення, техніки самоконтролю, зупинка думок і когнітивна реструктуризація. При застосуванні цього підходу потрібно обов'язково враховувати когнітивні і комунікативні особливості клієнтів з порушеннями слуху. Терапевтичну роботу, на думку дослідника, рекомендується проводити у манері еkleктики та синопсису, поєднуючи різні методи і підходи. Головна мета такої роботи - виявлення, розвиток і захист "Глухої ідентичності" клієнта.

Шведські науковці провели ретроспективне дослідження 2319 пацієнтів зі значними порушеннями слуху. Це дослідження показало, що пацієнти даної категорії мають вищі рівні тривоги та депресії порівняно зі здоровою популяцією. Дратівливий шум у вухах, запаморочення сильно впливають на їх якість життя. Дослідження показало, що лише невелика частина пацієнтів у Швеції отримує розширену аудіологічну реабілітацію, тому важливо зосередитися на тривожності, депресії та інших симптомах на ранніх стадіях реабілітації у цієї групи пацієнтів. Зосереджена на тривозі, депресії, шумі у

вухах і запамороченні реабілітація має проводитися разом з технічним відновленням слуху на ранніх етапах лікування (Carlsson, Hjalldahl, Magnuson, Ternevall, Edén, Skagerstrand & Jönsson, 2015, с. 1).

Дослідження вказує на те, що пацієнти з раптовою втратою слуху потребують розширеної аудіологічної реабілітації, яка включає не лише медичний, але й соціальний та психологічний підходи. Це допомагає вирішувати складні проблеми, що можуть виникнути внаслідок раптової нейросенсорної втрати слуху (Carlsson, Hall, Lind & Danermark, 2011).

Дослідження 2019 року показало, що жінки відчують більший негативний вплив від порушень слуху на якість свого життя, ніж чоловіки (Turunen-TaHERi, Carlsson, Johnson & Hellström, 2019, с. 2766, 2770).

N. Garnefski & V. Kraaij (2012) дослідили ефективність когнітивно-поведінкової програми самодопомоги для поліпшення стану депресії та тривоги у людей з набутою глухотою. У висновку зазначено, що когнітивно-поведінкова самодопомога може бути ефективним інструментом для зменшення симптомів депресії та тривоги у людей з набутою глухотою.

На сьогоднішній день в світі існує проблема підготовки психологів, які могли б надати фахову психологічну допомогу різним категоріям осіб з порушеннями слуху.

Так, J. T. P. d. Neves, C. Zatti, C. Severo, B. G. Malgarim & L. H. M. Freitas (2020) зазначають, що багато глухих людей звертаються до психотерапевтів у пошуках допомоги для подолання емоційних проблем. Проте Глухі часто стикаються з фахівцями, які не були належно підготовлені, особливо технічно, для роботи з такими клієнтами та їхніми особливостями. Отже, через обмежений обсяг публікацій або недостатню кількість фахівців, які працюють з цією групою пацієнтів, багато психоаналітиків вимушені самотужки розробляти методи лікування на основі власного інтуїтивного розуміння.

На думку D. B. Peterson & D. L. Gough (2019), фрустрація може призвести до втрати мотивації, що призводить до невикористання наявних

здібностей, які можуть компенсувати втрату слуху. Гештальт-процес спонукає зосереджуватися на теперішньому моменті, що може допомогти звернутися до унікальних здібностей людини, доступних зараз, і використовувати їх для досягнення успіху. Вираження почуттів втрати може сприяти прийняттю втрати та руху вперед, працюючи з тими ресурсами, які є в наявності (с. 18).

A. B. Barker, P. Leighton & M. A. Ferguson (2017) зазначають, що, зазвичай, використання слухових апаратів приносить користь. Однак, існують випадки відмови від слухових апаратів, пов'язані із соціальною стигмою. Люди з втратою слуху використовують різні стратегії, щоб протистояти цій стигмі, враховуючи те, як вони сприймають самі себе, і як їх сприймають співрозмовники. На думку дослідників, використання продуктивних стратегій подолання має позитивний вплив (с.1).

M. L. Anderson, N. S. Glickman, L. A. Mistler & M. Gonzalez (2016) наголошують, що Глухі особи, які пережили травму, можуть не мати ефективних навичок копінгу і в результаті використовувати небезпечні стратегії, щоб впоратися з посттравматичною тривогою. Ці стратегії можуть стати приводом до розвитку поведінкових залежностей, таких як самопошкодження, неадекватна сексуальна поведінка та інші (с. 28-29). Глухі також стикаються з труднощами у забезпеченні доступу до психіатричної допомоги, пов'язаної з проблемами комунікації та доступністю мови у послугах (с. 29). У рамках програми "Забезпечення безпеки" навчають клієнтів з порушеннями слуху різним навичкам - поведінковим, когнітивним і міжособистісним, щоб зменшити симптоми посттравматичного стресового розладу. Навички, які вивчаються в рамках програми "Пошук безпеки", можна покращити за допомогою моделювання, практичних вправ під час сеансів та використання малюнків і діаграм (Najavits, 2002). Один із можливих підходів при роботі зі глухими клієнтами - це проведення мотиваційного інтерв'ю, під час якого фахівці використовують такі навички, як залучення, увага,

спонукання та планування, щоб сприяти участі клієнтів у лікуванні та стимулювати їх до внесення змін у своє життя (с. 32).

Глухі клієнти мають ті ж самі механізми мислення, почуттів і поведінки, що й інші люди, проте їх способи сприйняття світу можуть відрізнятися. Застосування раціонально-емоційної терапії може бути доцільним, якщо розглядати глухих клієнтів як нормальних у всіх аспектах (крім порушення слуху), використовуючи різні методи втручання. Це допоможе клієнтам розвивати раціональне мислення і відчувати більше задоволення від життя (Gough, 2019, с. 102).

В. Н. В. Timmer, R. J. Bennett, J. Montano, L. Hickson, B. Weinstein, J. Wild, M. Ferguson, J. A. Holman, V. LeBeau & L. Dyre (2023) стверджують, що ефективна аудіологічна реабілітація передбачає індивідуальний підхід, спрямований на клієнта та його сім'ю для поліпшення їх благополуччя (с.1).

К. Wagner (2016) акцентує свою увагу на необхідності психоосвіти для осіб з порушеннями слуху, зокрема у ситуаціях переживань психологічних труднощів.

Розуміння глухої культури та знання жестової мови відіграють ключову роль у створенні взаєморозуміння та зміцнення відносин між пацієнтом та терапевтом. Важливим також є правильне застосування психологічних методик. Необхідно правильно тлумачити та оцінювати їх, оскільки вони, зазвичай, не стандартизовані спеціально для глухих людей (Boness, 2016, с. 5, 14).

Реакція особистості з втратою слуху на гандикапізм у різних ситуаціях в основному залежить від її особистості та того, які психологічні механізми вона розвинула для подолання цих викликів. Консультант повинен усвідомлювати ці фактори та спрямовувати клієнта на прийняття ситуації, що склалася (Geotzinger, 1967, с. 40).

Актуальність проведення реабілітації для військовослужбовців не може бути переоцінена, оскільки вони зазнають надзвичайних стресових ситуацій та

травматичних впливів у зоні бойових дій, що може призвести до серйозних психологічних та емоційних наслідків. Психологічна реабілітація спрямована на відновлення психічного та фізичного здоров'я, зменшення стресу, підвищення рівня функціонування та соціальної адаптації військовослужбовців. Фахівці надають підтримку, навчають ефективним стратегіям копінгу зі стресом, допомагають військовослужбовцям у відновленні навичок, необхідних для повернення до нормального життя та служби. Особлива увага повинна приділятися допомозі військовослужбовцям з інвалідністю, з травмами, у тому числі й тим, що зазнали порушення слуху.

Внаслідок бойових дій, перш за все страждають органи чуття. Це може призвести до органічних порушень у сприйнятті одного чи кількох чуттєвих модальностей, зокрема, значне зниження слуху (Таран, 2016, с. 207). Дослідниця зазначає, що необхідно починати з якісної соціально-психологічної допомоги ветеранам, що втратили слух, внаслідок бойових дій.

Л. А. Гачак-Величко (2023) стверджує, що військовослужбовці, які стикаються з бойовою втомою, підвищують свій ризик повторного виникнення цього стану. Тому чим швидше їм нададуть допомогу, тим більша ймовірність їх успішного одужання (с.130).

С. О. Мащак & М. Б. Вихор (2023) наголошують на тому, що деякі військові можуть використовувати негативні стратегії, такі як залежність від алкоголю або наркотиків для подолання стресу. Тривалий стрес може призводити до ослаблення імунної системи та викликати фізичні проблеми, такі як хронічний біль та проблеми зі сном, що можуть ще більше погіршувати настрій і сприяти розвитку депресії (с. 20).

М. Цимбалюк, Н. Жигайло (2023) пропонують програму тренінгу для розвитку духовних якостей особистості в демобілізованих з лав ЗСУ. Програма включає сім блоків. Кожен блок містить різні вправи, тренінги та ігри, спрямовані на розвиток конкретних аспектів духовності, таких як самосприйняття, спілкування та соціальна адаптація (с.53).

На думку О. А. Блінова, переживання інвалідності після травми може впливати на те, як воїн сприймає себе, і може призвести до формування нового сприйняття себе. Процес формування уявлення про інвалідність учасника бойових дій після отримання травми посилюється через особливості соціального середовища, в якому перебуває військовий з інвалідністю. Ця обставина суттєво впливає на те, як воїн сприймає свою інвалідність і як формується його внутрішня картина інвалідності та його тип «Я-концепції» (Блінов, 2020, с. 113-114).

О. А. Блінов (2020) вважає, що для медико-психологічної реабілітації учасників бойових дій можна використовувати такі методи, як транзактний аналіз в індивідуальній та груповій формах, робота з метафоричними асоціативними картами, емоційно-образна терапія, когнітивно-поведінкова терапія, краніо-сакральна терапія, тілесно-орієнтована терапія, інтерактивна реабілітація з використанням системи IREX, світло-звукова стимуляція за допомогою приладу Photosonix та методи аудіо- і відеорелаксації. Дослідник також дає визначення психологічній реабілітації, яка, на його думку, полягає у відновленні психічних функцій та особистісного статусу військовослужбовців. Науковець пропонує модель психологічної реабілітації військовослужбовців, що має два ключові рівні: стратегічний і тактичний. На стратегічному рівні вирішуються завдання планування, підготовки бази та тестування системи роботи. Основне завдання тактичного рівня полягає в організації безпосередньої психореабілітаційної роботи на практиці на різних етапах реабілітації: передгоспітальному, госпітальному та післягоспітальному (санаторному).

Ми підтримуємо думку дослідника про те, що з більш інтенсивним курсом лікування у військовослужбовців зменшується вплив бойового стресу, і вони мають більше психологічних ресурсів для подолання викликів (Блінов, 2020, с. 389). Важливо, щоб підтримка військовослужбовців спрямовувалася на те, щоб допомогти їм відчувати задоволення в самореалізації, відчувати

себе продуктивними та знаходити сенс у своєму житті. Це включає відчуття задоволеності від життя, визначення мети в майбутньому та спрямованість на досягнення цих цілей (с.393).

Цікавим також є досвід Mind Force Retreat. Ця програма допомоги військовослужбовцям пропонує 3- або 4-денне перебування у спеціально обраному готелі в сільській місцевості. Програма терапії включає різноманітні практики, такі як звукові ванни, йога, тайцзи, взаємодія з конями (EAI), рейки та інші методи зменшення стресу, що базуються на майндфулнесі. В якості психодіагностичного інструментарію використовували Единбурзьку шкалу психічного благополуччя Уорвіка (WEMWBS). Після завершення ретриту учасники зберігали високі рівні психічного благополуччя та висловили думку про те, що вони успішно використовують отримані навички, що допомагають впоратися з психосоціальними стресовими ситуаціями (Barrett, & Currin, 2023, с. 3, 8, 11, 16).

На думку Р. П. Попелюшко (2021), важливо організувати реабілітаційну діяльність (згідно з аксіологічними підходом) таким чином, щоб вона сприяла усвідомленню й осмисленню життєвих подій, формуванню нового бачення себе у суспільстві та розвитку здатності адаптуватися до них. При цьому, важливо стимулювати духовну активність особистості та сприяти її взаємодії з навколишнім середовищем та самооцінкою. Ключовими факторами цього процесу є постійне прагнення до фізичного, психологічного та професійного зростання у роботі, що допомагає вирішувати професійні завдання (Попелюшко, 2021, с. 3). Р.П.Попелюшко (2021) розробив систему заходів реабілітації при роботі з комбатантами:

- 1.Проведення початкового психодіагностичного обстеження і передтестової консультації. Головна мета цього етапу - визначення психоемоційного стану та індивідуальних психологічних особливостей комбатанта.
- 2.Розробка індивідуальної програми психологічної реабілітації, яка ґрунтується на аналізі результатів діагностики та включає в себе вибір

методів та засобів, спрямованих на ефективне відновлення психічного стану комбатанта. 3. Проведення запланованих заходів, спрямованих на виконання реабілітаційної програми та досягнення покращення психічного стану комбатанта (Попелюшко, 2021, с. 89).

Науковець дає визначення терміну «реабілітація». На його думку, це фінальний етап лікувального процесу, під час якого важливо оцінити результативність лікування з точки зору відновлення особистісного та соціального статусу воїна (Попелюшко, 2021, с. 237). Також дослідник стверджує, що ефективність «програми психологічного супроводу» збільшиться, якщо включити роботу з сім'ями комбатантів. Ця робота може проводитися як у «реабілітаційних центрах», так і в місцях проживання сімей військових (с. 275). Це дуже важлива робота, оскільки військовослужбовці, які мають складні стосунки у родині і низьку соціальну підтримку, піддаються ризику розвитку психічних розладів (Осьодло, 2022, с.266). Ми підтримуємо таку думку дослідників, оскільки робота з сім'ями військовослужбовців, у тому числі й з порушеннями слуху, може суттєво покращити їх психоемоційний стан, поліпшити їх комунікацію з родиною та значно вплине на суб'єктивне благополуччя військових цієї категорії (Попелюшко, 2021, с. 284).

За результатами дослідження, проведеного О. В. Мельник (2019) виявлено, що учасники бойових дій у віці від 20 до 30 і від 31 до 45 років мають високий рівень посттравматичного зростання, резильєнтності, психологічного благополуччя й життєстійкості. Саме життєстійкість, самоефективність та емоційна стабільність є захисними факторами, що запобігають розвитку симптомів ПТСР та соматичних скарг (Osyodlo et al., 2024, с. 78).

М. Мазикін (2020) зазначає, що щоденна медитація по 15 хвилин може допомогти ветерану розвивати навички контролю над своїми думками та емоціями.

Ряд дослідників описують психологічну допомогу, як використання різноманітних методів, що включають діагностику, корекцію та консультування. Всі ці методи пов'язані між собою та мають бути системними та спрямованими на поліпшення психологічного стану ветеранів (Іванова, 2016, с.16; Троцький, 2016).

Під психологічною реабілітацією осіб, які брали участь у бойових діях, і зокрема тих, хто отримав травми чи поранення під час виконання своїх обов'язків, розуміється комплекс медико-психологічних заходів, спрямованих на відновлення функціонального стану організму, нормалізацію емоційної та мотиваційної сфери, досягнення оптимального рівня адаптації та покращення професійних якостей цих осіб (Остапович, Пампура, 2016, с. 75-76).

Психологічна реабілітація є частиною загального процесу відновлення (разом із медичною, професійною та соціальною реабілітацією) і спрямована на відновлення порушених психічних функцій, покращення працездатності та соціальної активності військовослужбовців, які постраждали внаслідок бойових травм або каліцтв. Метою реабілітації є покращення самопочуття та соціального статусу цих осіб шляхом корекції їхнього сприйняття себе й оточуючого світу (Кокун, Агаєв, Пішко, Лозінська, Остапчук, 2017, с. 8-9). І. В. Данилюк та ін. у дослідженні виявили ефективність реабілітаційних програм не тільки для дорослих, а й для дітей (2024).

О. М. Кокун, І. О. Пішко, Н. С. Лозінська, В. О. Олійник, С. М. Хоружий, С.О.Ларіонов, М. В. Сириця (2023) вважають, що ефективність консультаційної роботи з військовослужбовцями значною мірою залежить від здатності вибрати найбільш підходящі методи та форми роботи, враховуючи специфіку різних груп військовослужбовців (с. 24-25). Необхідно навчати ветеранів методам саморегуляції, зокрема, контролю емоцій, таких як гнів та агресія. Важливо визначити, що допомагало їм перед травматичними подіями, і що залишається корисним в їхній сучасній ситуації. Також важливо розробляти реалістичні життєві плани і знаходити шляхи їх втілення (с. 40).

О. О. Когут & С. І. Вишніченко (2023) стверджують, що програма реабілітації військовослужбовців має два основних напрями: для тих, хто через стан здоров'я не може продовжувати виконувати свої обов'язки та для тих, хто повертається в зону бойових дій. Для останніх важливо переосмислити свій досвід бойових дій, допомогти нервовій системі знову переробити його, знизити рівень стресу та навчити методів управління ним, щоб уникнути повторної травматизації. Дослідники вважають, що ефективним є застосування кататимно-імагінативної психотерапії, яка базується на принципах глибинної психології та концепціях психоаналізу, зокрема на ідеях Юнга К. Г., і використовує методи, які дозволяють ветерану відображати свої внутрішні образи та переживання через символи (с. 113).

О. Христук (2019) стверджує, що психологічна реабілітація учасників бойових дій - це система заходів, спрямованих на відновлення або покращення психологічного стану людей, які зазнали травматичних подій під час воєнних дій. На думку дослідника, психоедукація - це процес надання інформації про психічне здоров'я, психологічні проблеми та їх можливі наслідки для особистості. Наукові дослідження показують, що пояснення конкретних симптомів може сприяти кращому розумінню та усвідомленню себе військовими (с. 319, 321).

О. О. Борисова вважає, що кожен ветеран, який отримує психологічну реабілітацію, має право на отримання двох видів психологічних послуг: психологічної діагностики та психоедукації. На думку дослідниці, психоедукація є потужним інструментом, який виконує кілька функцій одночасно: допомагає ветерану зрозуміти, що відбувається з ним та його психікою, що сприяє зменшенню рівня тривоги; підвищує обізнаність клієнта, що робить його більш впевненим у собі; також вона може допомогти стабілізувати психоемоційний стан певною мірою. Роль консультанта або терапевта полягає в тому, щоб навчити військовослужбовця, як правильно використовувати цю інформацію (Борисова, 2023).

К. Возніцина, Л. Литвиненко (2020) зазначають, що завдяки психоедукації можна стабілізувати травматичну симптоматику у військовослужбовців.

Т. М. Лазоренко & А. С. Тернавська (2023) вважають, що програма реабілітації потребує комплексної системи підтримки, або супроводу, до якого входять різні спеціалісти: лікарі, психіатри, клінічні психологи, психотерапевти, реабілітологи та інші фахівці. Вони спільно працюють для постановки діагнозу, розробки та впровадження індивідуальних програм реабілітації як для військовослужбовців, так і для їх сімей, з метою забезпечення повного відновлення фізичного та психічного здоров'я (с. 127).

Підготовка й реабілітація військовослужбовців повинна бути комплексною і обов'язковою, охоплюючи не лише фізичну готовність, але й забезпечуючи психологічну стійкість та емоційне благополуччя як самого військовослужбовця, так і його родини (Романенкова, 2024, с. 260; Фурса, Власенко, Карачинський, 2024).

На основі вивчення наукових джерел психологічної допомоги особам з порушеннями слуху та висновків, отриманих в емпіричній частині цього дисертаційного дослідження, нами розроблені практичні рекомендації психологам, які працюють з клієнтами з набутими порушеннями слуху, у тому числі й з військовими та розроблено психоедукаційний лист підтримки для військовослужбовців з порушеннями слуху.

Додаток Т

Рекомендації психологам щодо застосування психотехнік при консультуванні військовослужбовців та дорослих з набутою втратою слуху

Психологічною ціллю клінічного психолога, який працює з таким запитом є створення нових поведінкових патернів для клієнта з порушенням слуху, активізуючи самоприйняття втрати слуху як важливого елементу його власного Я-образу («Я-концепції») (Миколюк, 2023b, с.73). Для досягнення поставленої психологічної мети можна використати, наприклад, **психотехніку: «Дія як якби»** (Мушкевич, Чагарна, 2017, с.109), яка належить до індивідуальної психотерапії А. Адлера. Психолог пропонує клієнту спробувати себе у новій ролі так, як людина приміряє новий костюм. Незважаючи на те, що особистість залишається тією ж, зміна "одягу" може вплинути на ходу, настрій і навіть самооцінку, помітно змінюючи сприйняття себе (Миколюк, 2023b, с.73).

Часто військові та дорослі з порушеннями слуху відчувають негативні емоції, з якими не можуть впоратися. Щоб подолати такі негативні емоції, їм пропонується за допомогою психотехніки навчитися керувати власною самооцінкою психічних станів. Для досягнення психологічної цілі можна застосовувати з індивідуальної психотерапії техніку **«Натискання кнопки»** (Мушкевич, Чагарна, 2017, с.109), яка спрямована на те, щоб клієнт пригадав позитивний момент із життя та відчув емоції, що супроводжують цей спогад. Потім він згадує неприємну ситуацію і фокусується на пов'язаних з нею почуттях. Завдяки цьому клієнт усвідомлює, що здатен самостійно керувати своїми емоційними станами, немовби натискаючи "кнопку", яка змінює його емоції (Миколюк, 2023b, с.73).

Деякі особи з порушеннями слуху соромляться носити свої засоби слухопротезування (приховують свої слухові апарати під волоссям або

головним убором, носять в кишені). Це знижує самооцінку таких осіб, утруднюється самоприйняття. Психологічною метою у даній ситуації є усунення компульсивних дій по приховуванню засобів слухопротезування та робота із самооцінкою та прийняття своїх особливостей здоров'я. В даній ситуації рекомендуємо психологам застосовувати психотехніку **«Негативна практика»** (Мушкевич, Чагарна, 2017, с.111), яка полягає в тому, що клієнту з порушеннями слуху пропонують свідомо підсилити свої дії по приховуванню засобів слухопротезування. Психолог пропонує йому показати ці дії по приховуванню у найбільш непривабливому вигляді. Ця техніка, взята із індивідуальної психотерапії А. Адлера (Миколюк, 2023b, с.73).

Втрата слуху у пізньому віці може спровокувати особисту драму, пов'язану з переживаннями через втрату слуху, посилити соціальні бар'єри та дискримінацію. Психологічною ціллю для психолога в даній ситуації є спрямування роботи по пошуку власних ресурсів клієнта, розвитку його життєстійкості, допомоги в знаходженні клієнтом конструктивних копінг-стратегій по подоланню його психологічних проблем. Для переосмислення ситуації по втраті слуху у пізньому віці може допомогти **техніка «Історія життя»** (Мушкевич, Чагарна, 2017, с. 109), що належить до технік індивідуальної психотерапії. Ця техніка допомагає клієнтам вибрати найважливіші події та переломні моменти, які вплинули на їхній життєвий шлях і досягнення життєвих цілей. Цей процес дозволяє розкрити, а також підкреслити успіхи — адаптацію, підтримку оточення або розвиток у нових умовах. Через таку розповідь можна глибше зрозуміти їхній життєвий сценарій, культурну ідентичність (чуюча, або маргінальна культурна ідентичність) та особисті переконання, що визначають їхній світогляд і поведінку.

Когнітивно-поведінкова психотерапія для клієнтів з порушеннями слуху в літературі є однією з найбільш досліджуваних. Така психотерапія враховує

ступінь втрати слуху та можливість гнучкої адаптації психотехнік для клієнтів з різними ступенями втрати слуху.

В осіб з порушеннями слуху, внаслідок втрати слуху, може знижуватися самооцінка, проявляються відчуття безпорадності, фрустрації, тривожності та дратівливості. З такою проблематикою, на нашу думку, може впоратися **метод ідентифікації** (Мушкевич, Чагарна, 2017, с.231, що широко застосовується у когнітивній психотерапії. Суть методу полягає в тому, що психолог надає клієнту з порушеннями слуху в письмовому вигляді коротку життєву історію іншого клієнта з втратою слуху, який стикався з подібними проблемами. Клієнт, з яким працює психолог, починає відчувати зв'язок із людиною, про яку щойно розповідав психолог, що, в свою чергу, призводить до переосмислення власних когнітивних установок клієнта з порушеннями слуху (Миколюк, 2023b, с.73).

Внаслідок втрати слуху в осіб з порушеннями слуху може виникнути почуття безпорадності, розгубленості. Особливо сильно це проявляється в осіб з пізньою втратою слуху. Щоб досягти психологічної мети, що полягає у зменшенні почуття безпорадності та розгубленості, пропонуємо використовувати **імагінативну техніку** (Мушкевич, Чагарна, 2017, с.231), що входить до технік когнітивної психотерапії. Якщо клієнт із порушеннями слуху висловлює скарги про те, що через порушення слуху, щось не може зробити. Психолог пропонує йому уявити, що він здатний це зробити. Разом вони проговорюють шляхи вирішення проблеми. Потім психолог стимулює клієнта з порушеннями слуху спробувати втілити це в реальному житті (Миколюк, 2023b, с.73).

У клієнтів з пізньою втратою слуху проблеми зі слухом можуть спричинити зміну Я-концепції, зокрема Я-фізичне, Я-соціальне в бік погіршення прийняття свого порушення слуху. Психологічною ціллю для психолога в даному запиті є допомога клієнтові в розвитку адекватного прийняття його втрати слуху як інтегральної частини його «Я-концепції» на

когнітивному, фізичному та соціальному вимірах особистості. Щоб досягнути поставленої мети, психолог може використовувати **метод трьох стовпчиків (когнітивна психотерапія)** (Мушкевич, Чагарна, 2017, с.232), який включає три колонки. У першій колонці описується конкретна ситуація. У другій – наводяться неадаптивні думки, які виникають у цій ситуації. У третій – формуються коректуючі, адаптивні думки. Цей метод слугує для вивчення неадаптивних думок та їх систематизації, а також для формування більш адаптивних думок (Миколюк, 2023b, с.73).

Активізація внутрішніх ресурсів є важливим елементом психологічної підтримки, що сприяє особистісному зростанню та покращенню суб'єктивного благополуччя. У випадку з особами, які мають порушення слуху, це завдання набуває особливого значення, оскільки такі люди часто стикаються з бар'єрами в спілкуванні, соціальною ізоляцією та емоційними викликами. Активізацію ресурсів можна здійснити за допомогою **методу відволікання (когнітивна психотерапія)** (Мушкевич, Чагарна, 2017, с. 231), що полягає у залученні людини до цікавої діяльності, наприклад, малювання, ліплення, глинотерапії та ін., з метою зменшення інтенсивних емоцій і негативних думок. Він передбачає активну участь клієнта у фізичних вправах, іграх та інших заходах.

У клієнтів з пізньою втратою слуху може погіршуватися комунікативна складова, особливо коли втрата слуху є глибокою. Може погіршитися мовлення, розбірливість почутого. У таких клієнтів, як правило, недостатньо розвинуті навички читання з губ та зчитування міміки співрозмовника. Психологічною ціллю для психолога в таких ситуаціях є поліпшення комунікативних навичок клієнта з порушеннями слуху в його нових реаліях здоров'я. Психолог може надавати свою допомогу даній категорії осіб тільки після їх слухопротезування та аудіологічної реабілітації. Психолог проводить тренінг, **орієнтований на розвиток комунікативних навичок** (поведінкова психотерапія) (Мушкевич, Чагарна, 2017, с.232) клієнта з порушеннями слуху

в його нових реаліях здоров'я. Психолог наголошує на необхідності пошуку нових шляхів отримання інформації (субтитри, знайомство із мобільними застосунками, які поліпшують якість життя особам з порушеннями слуху (Миколюк, 2023b, с.73). Цей тренінг буде допоміжним також в роботі з родинами військовослужбовців з порушеннями слуху для встановлення адаптивної комунікації між ними.

Особи з порушеннями слуху можуть зазнавати стигматизації, через що, ймовірно, може розвинутися соціальний гандикап через проблеми зі слухом. Для зменшення впливу соціального гандикапу на клієнтів з порушеннями слуху, можна застосувати техніку **«Персональне переосмислення життя»** (Карпенко, 2015, с. 36), що належить до логотерапії. Вона допомагає клієнтам з порушеннями слуху знайти сенс життя через усвідомлення своєї важливості для інших, попри слухові бар'єри. Наприклад, їм можна показати, що вони потрібні своїм близьким, друзям або громаді, що їхній досвід може надихати інших людей з подібними труднощами. Це допомагає переосмислити своє життя через призму підтримки та користі для оточуючих, навіть коли виникають комунікативні або соціальні виклики.

Негативні, суперечливі або бездоказові переконання, сформовані через обмежену комунікацію або дискримінацію клієнтів з порушеннями слуху, негативно впливають на суб'єктивне благополуччя таких клієнтів. На нашу думку, техніка із напрямку логотерапії **«Сократівський діалог»** (Карпенко, 2015, с. 36) може допомогти таким клієнтам. У цій техніці психолог у письмовому вигляді використовує логічні запитання, в яких психолог підштовхує клієнта до надання позитивних відповідей, показуючи, що його обмеження по слуху не визначають їхню особистість. Під час цього діалогу можна звернути увагу на успіхи клієнта, його сильні сторони та на те, які труднощі ним вже подолані. Це допомагає клієнту зрозуміти власні ресурси та значущість.

Через обмеження по слуху особи можуть відчувати соціальну тривогу. Психологічною ціллю у даному запиті для психолога є зменшення соціального гандикапу, пов'язаного з порушеннями слуху. У даній ситуації пропонується використовувати техніку «**Дерефлексія**», що належить до логотерапії (Карпенко, 2015, с. 35-36). Ця техніка допомагає клієнтам із порушеннями слуху зменшити надмірне самоспостереження та самоконтроль, що може заважати їхній спонтанності й природній поведінці, особливо в соціальних ситуаціях. Люди з порушеннями слуху часто зіштовхуються із соціальною тривогою, страхом непорозуміння чи осуду, що може посилювати їхню схильність до самоконтролю. Ціль дерефлексії в цьому випадку – навчити клієнта ігнорувати нав'язливі думки про свої недоліки або можливі невдачі (наприклад, побоювання неправильно почути та правильно зрозуміти співрозмовника). Важливо розвивати здатність до емоційного дистанціювання, використовуючи гумор і самоіронію для легшого сприйняття власних помилок або незручних ситуацій. Це дозволяє клієнту бути більш розкутим, підвищує його впевненість та допомагає зменшити страхи, пов'язані з соціальною взаємодією або іншими викликами, з якими стикаються особи з порушеннями слуху.

У разі, коли особа з порушеннями слуху постійно очікує негативного розвитку будь-яких подій та не вірить у можливість покращення якості свого життя, можна застосувати психотехніку «**Навпаки**», що належить до гештальттерапії (Мушкевич, Чагарна, 2017, с.253). Психологічною ціллю для психолога є підвищення віри клієнта у свої можливості та усвідомлення власних сильних сторін. Ця техніка полягає в тому, що клієнт повинен відтворити поведінку, що є протилежною до тієї, яка йому не подобається. Наприклад, сором'язливу людину можна попросити діяти зухвало, ввічливу – вести себе грубо, а того, хто завжди погоджується, – зайняти позицію постійної відмови. Ця техніка спрямована на те, щоб клієнт почав приймати

себе в новій ролі та інтегрував ці нові досвіди в свою «Я-концепцію» (Миколюк, 2023b, с.73).

Часто особи з порушеннями слуху відчують невпевненість у собі та своїх силах, бояться непорозуміння з боку чуючих. У даній ситуації може підійти використання техніки **«Перебільшення»** (гештальттерапія), що полягає в тому, що клієнту пропонується перебільшити ненавмисний рух або жест (Мушкевич, Чагарна, 2017, с.253). Психолог може попросити клієнта перебільшити поведінку, яка символізує почуття невпевненості (наприклад, стискання рук), щоб допомогти зрозуміти джерело внутрішнього конфлікту між самоідентичністю та соціальними очікуваннями. Це може призвести до важливих відкриттів для клієнта (Миколюк, 2023b, с.73).

Клієнтам з порушеннями слуху іноді складно знаходити контакт з іншими через страх бути непочутими. Психологічною метою є підвищення заниженої самооцінки, спричиненої соціальним гандикапом через порушення слуху. Для досягнення даної мети пропонуємо використовувати психотехніку **«Виявлення ресурсу»** (позитивна психотерапія), що також може бути адаптована, з урахуванням унікального досвіду клієнта (Мушкевич, Чагарна, 2017, с.313). Терапевт допомагає клієнту знайти джерела внутрішньої сили, звертаючись до подій і викликів, з якими вони стикалися через свою втрату слуху. У цьому контексті минуле також розглядається як джерело ресурсів, а труднощі — як основа для розвитку важливих навичок й якостей. Приклади переформульованих запитань: «Вам вдалося побудувати своє життя, незважаючи на виклики, пов'язані з порушеннями слуху. Які ресурси ви використовували для цього?» «Як ви думаєте, хто міг би вам допомогти у вашій ситуації? Що б він зробив для вирішення цієї проблеми?» «Які навички або здібності ви розвинули завдяки вашому досвіду життя з порушеннями слуху? Як їх можна використати для вирішення теперішніх викликів?». Така техніка допомагає акцентувати увагу на сильних сторонах клієнта, підтримує його самооцінку і сприяє знаходженню нових підходів до вирішення проблем.

Прийняття себе з новими реаліями здоров'я особами з пізньою втратою слуху є одним із складних запитів психолога. Психологічною ціллю в даній ситуації є навчити клієнта прийняти свою особливість та сформувати нову ідентичність на основі сильних сторін особистості. В даному випадку можна використовувати техніку **«Ревізія минулого»** (позитивна психотерапія) (Мушкевич, Чагарна, 2017, с.314), що зосереджується на тому, що минулі події більше сприяють розвитку внутрішніх ресурсів клієнта, ніж створенню проблем. Вона допомагає переосмислити минуле як джерело сили та досвіду. Для клієнтів з порушеннями слуху техніка «Ревізія минулого» також може бути адаптована, підкреслюючи унікальні виклики та досвід клієнта, пов'язані з втратою слуху. Приклади переформульованих запитань: «Як ви думаєте, чи зробили вас виклики, пов'язані із втратою слуху, сильнішим чи слабшим?» «Уявімо, що через десять років ваші проблеми більше не існують. Озираючись назад, як ви вважаєте, чи допоміг вам досвід життя з порушеннями слуху впоратися з цими труднощами?».

Знижена самооцінка й неприйняття втрати слуху особою з пізньою втратою слуху зумовлюють соціальний та емоційний гандикапи. У даному запиті психологічною ціллю є прийняття себе як особи з порушеннями слуху, розвиток адекватної самооцінки. Перш ніж перейти до психотерапії, психолог повинен запропонувати клієнту пройти опитувальник гандикапу по слуху (Hearing Handicap Inventory for Adults) (1991), який визначить рівень соціального та емоційного гандикапу. Для клієнтів із порушеннями слуху **техніка «Шкала надії»** (позитивна психотерапія) (Мушкевич, Чагарна, 2017, с. 314) також може стати ефективним інструментом для подолання гандикапу через порушення слуху. На 10-бальній шкалі клієнт визначає найгірший стан проблеми (1) і найкращий (10), а також порівнює, де він був раніше та де знаходиться зараз. Запитання: «Чому ви вважаєте, що сьогодні ситуація краща?» допомагає зосередитися на позитивних змінах, таких як розвиток нових навичок, підтримка з боку близьких або поліпшення комунікації. Фокус

на досягненнях показує клієнту, що труднощі не є незмінними і він має більше впливу на ситуацію, ніж здається. Це особливо важливо для людей з порушеннями слуху, оскільки допомагає їм подолати почуття безсилля та підкреслити їхні ресурси — наприклад, адаптацію до нових умов, підтримку соціальних зв'язків або розвиток особистісних якостей, таких як самоприйняття та впевненість в собі.

Напрямок психотерапії – **бібліотерапія** також може бути рекомендована при роботі з клієнтами з порушеннями слуху, а саме: занижена самооцінка та корекція психічних станів (підвищена тривожність, фрустрація, агресивність та ригідність), поліпшення стосунків з іншими, подолання соціального гандикапу. Для клієнтів з порушеннями слуху **бібліотерапія** може бути особливо корисною, оскільки читання надає їм можливість сприймати інформацію через текст, що є більш зручним та доступним способом комунікації. Підібрані книги допомагають таким клієнтам впоратися з почуттями ізоляції, розвивати соціальні навички та зміцнювати власну самооцінку. Крім того, використання спеціальної літератури сприяє формуванню позитивного ставлення до власної ідентичності, допомагає знайти ресурси для подолання внутрішніх конфліктів, пов'язаних із порушеннями слуху, а також підтримує інтеграцію в суспільство. Під час підбору літератури для осіб з порушеннями слуху важливо враховувати особливості сприйняття, рівень освіти та специфічні проблеми, з якими стикаються ці особи. Тематика книг може включати історії про подолання труднощів, розвиток навичок самосприйняття, а також літературу, що сприяє емоційному розвантаженню (Мушкевич, Чагарна, 2017, с. 374-375).

Музикотерапія може бути ефективною навіть для осіб із порушеннями слуху. Вона допомагає покращити психоемоційний стан, соціальну взаємодію. Для клієнтів із **легким та середнім ступенем втрати слуху** музикотерапія має певні специфічні підходи, що враховують збережені можливості залишкового слуху. Це надає можливість клієнтам з легою та середньою втратою слуху

тренувати слухову нейропластичність через сприйняття певних частот. За допомогою спеціальних вправ музикотерапії можна тренувати залишковий слух, щоб він краще реагував на різні частоти. Це дозволяє людям із втратою слуху розширити діапазон чутливості та покращити сприйняття навколишніх звуків (Миколук, 2023с, с.69).

Особливу увагу заслуговують техніки, викладені в книзі «Баланс в умовах невизначеності. Робочий зошит для самопомоги» авторства К. Л. Мілютіної (2022). У книзі викладені психотехніки, які можуть бути корисними для консультативної роботи, як з цивільними, так і з військовослужбовцями з порушеннями слуху. Наприклад, **техніка «Колесо профорієнтації»**. Професія може стати незатребуваною через різні причини: погіршення стану здоров'я, яке унеможлиблює роботу за спеціальністю (Мілютіна, 2022). Для людей з порушеннями слуху, які опинилися в ситуації втрати професії, може допомогти техніка **«Колесо профорієнтації»**, з урахуванням їхніх особливих потреб. Ось основні кроки з врахуванням часткової адаптації питань техніки:

Аналіз навчання: Згадайте все, чого ви навчалися, як в офіційних навчальних закладах, так і на курсах або вебінарах. Яке навчання вам найбільше подобалося? Чи були програми, які ви не завершили через труднощі зі слухом? Які сертифікати або дипломи ви отримали, і чи визнаються вони в інших країнах? (Мілютіна, 2022).

Оцінка досвіду роботи: Перегляньте свій попередній досвід роботи. Де ви працювали, включаючи підробітки або волонтерську діяльність? Яка робота приносила найбільший дохід і задоволення? (Мілютіна, 2022). Як часто ви змінювали роботу через труднощі, пов'язані з порушенням слуху?

Аналіз хобі: Подумайте про свої захоплення. Які заняття приносять вам радість і чи можна їх адаптувати під професійну діяльність з урахуванням порушень слуху? Чи могли б ви перетворити своє хобі на джерело доходу або навчати інших? (Мілютіна, 2022).

Фінансовий аналіз: Оцініть свою фінансову ситуацію. Чи маєте ви підтримку, наприклад, державні пільги або допомогу від близьких? Скільки грошей потрібно для життя і чи можете ви собі дозволити перенавчання? Чи є можливість запустити власний бізнес, який враховуватиме ваші потреби? (Мілютіна, 2022).

Оцінка стану здоров'я: Важливо враховувати, як порушення слуху та інші можливі проблеми зі здоров'ям можуть впливати на ваші варіанти працевлаштування. Наприклад, чи є робочі місця, де ваші потреби будуть враховані, і які можуть забезпечити комфортні умови праці? (Мілютіна, 2022).

Створення плану: Зібравши всі ці дані, складіть перелік варіантів працевлаштування або навчання, які для вас можливі, враховуючи ваші потреби та обмеження. Можливо, варто розглянути варіанти, які дозволяють працювати дистанційно або адаптувати робоче місце під ваші можливості (Мілютіна, 2022).

Підхід допоможе людям з порушеннями слуху краще оцінити свої ресурси і знайти нові можливості для працевлаштування чи розвитку в іншій сфері, з урахуванням можливостей здоров'я (Мілютіна, 2022, с. 31-33).

Важливим напрямком роботи психолога із цивільними дорослими та військовими з набутими порушеннями слуху є робота з планування майбутнього. Пропонуємо використовувати техніку «**Перспективи майбутнього**» (Мілютіна, 2022). Для клієнтів з порушеннями слуху завдання краще подати у письмовому вигляді: **Моя дорога:** «Намалюйте дві крапки — початок і ціль. З'єднайте їх лінією. Визначте, чого хочете досягти (ця ціль має залежати від вас). Поділіть лінію на етапи — це кроки до мети. Під лінією — перешкоди, над лінією — ресурси для їх подолання. Погляд з майбутнього: уявіть своє життя через 10 років: де ви, чим займаєтесь, хто поруч? Подумайте, що потрібно зробити за 1, 3 і 5 років, щоб досягти цього майбутнього. Почніть планувати дії вже зараз!» (Мілютіна, 2022, с. 91-92).

Перспективним і можливим при роботі з клієнтами з порушеннями слуху, на нашу думку, може стати застосування **метакогнітивної психотерапії** автора А.Уеллса (Крупельницька, 2023, с.78). Цей підхід базується на метакогнітивному підході, що зосереджує свою увагу на процесі мислення (Крупельницька, 2023, с.80). Метакогнітивний підхід може бути корисним для клієнтів з порушеннями слуху, оскільки допомагає їм усвідомити свої думки та емоції. Метакогнітивна терапія може стати цінним інструментом для роботи з клієнтами з порушеннями слуху, якщо вона адаптована до їхніх специфічних потреб. Це дозволяє особам з порушеннями слуху краще управляти своїми думками і емоціями, підвищуючи загальний рівень психологічного благополуччя.

Отже, робота з клієнтами, які мають порушення слуху, може включати широкий спектр технік, але більшість із них потребують адаптації, принаймні, часткової. При цьому необхідно враховувати індивідуальні особливості кожного клієнта з порушеннями слуху, такі як: ступінь та час втрати слуху, рівень освіти, вік та ін.

Корисним доповненням до консультування є використання допоміжних психотехнік, наприклад, танцювальної терапії, арттерапії та інших творчих підходів. Особливу увагу варто приділити розробці тренінгів для розвитку комунікативної компетентності у дорослих та військовослужбовців з порушеннями слуху, адже через обмеження, пов'язані з їхнім станом здоров'я, комунікативні навички часто залишаються недостатньо розвиненими в будь-якому віці. Не зайвим буде розробка тренінгу комунікативної спрямованості з родинами військовослужбовців з втратою слуху.

Додаток У

Довідки про впровадження результатів дисертаційного дослідження



КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ТАРАСА ШЕВЧЕНКА
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ

01033, м. Київ, вул. Володимирська, 64/13
телефон; факс: 380 (44) 521-35-09
e-mail: psy-univ@ukr.net

№ 016/228

«27» 12 2024 р.

Довідка
про впровадження результатів дисертаційного дослідження
Миколук Діани Олександрівни
за темою: «Психологічні чинники суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху»
на здобуття наукового ступеня доктора філософії
за спеціальністю 053 «Психологія»

Результати дисертаційного дослідження за темою: «Психологічні чинники суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху» впроваджено в освітній процес підготовки студентів спеціальності «Психологія» за освітніми рівнями «Бакалавр» та «Магістр».

Зокрема, наукову та практичну цінність у професійній підготовці здобувачів вищої освіти становлять такі результати дослідження: наукове визначення суб'єктивного благополуччя осіб із порушеннями слуху; виявлення особливостей дослідження благополуччя осіб із порушеннями слуху; теоретичний аналіз й емпіричне дослідження психологічних чинників, що впливають на суб'єктивне благополуччя цієї категорії осіб.

Зазначені результати інтегровані в зміст лекційних, семінарських та практичних занять із дисциплін: «Клінічна психологія»; «Соціальна психологія»; «Психіатрична та неврологічна пропедевтика»; «Нейропсихологічна реабілітація». Крім того, матеріали дисертаційного дослідження використовуються для розробки навчально-методичних матеріалів, підручників і посібників із психологічної реабілітації військовослужбовців із набутою втратою слуху. Особливого практичного значення набули: рекомендації для клінічних психологів, які працюють з особами з набутими порушеннями слуху; розроблений психоедукаційний інформаційний лист підтримки військових із порушеннями слуху.

Декан факультету психології
Київського національного університету
імені Тараса Шевченка
член-кореспондент НАПН України,
доктор психологічних наук, професор



Іван ДАНИЛЮК



Україна

КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО КИЇВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ
«КИЇВСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ЦЕНТР МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я»
КНП КОР «КОЦМЗ»

вул. Паркова, 4, селище Ворзель, Бучанський р-н, Київська обл., 08296
 Адреса для листування: а/с 18, вул. Миру 10, м. Ірпінь, 2 Київська обл., 08202
 тел.: +38 (04597) 46-4-11 (приймальна) email: kopnl2_vorzel@ukr.net, веб сайт: <https://kopnl.com.ua>
 код ЄДРПОУ 01991702

№ 11

«08» січня 2025 р.

ДОВІДКА
про впровадження результатів дисертаційного дослідження
Миколок Діани Олександрівни
за темою: «Психологічні чинники суб'єктивного благополуччя осіб з
порушеннями слуху»
на здобуття наукового ступеня доктора філософії
за спеціальністю 053 «Психологія»

Ця довідка видана Миколок Діані Олександрівні на підтвердження проведення семінару для працівників психологічної служби нашого центру на тему: «Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям з порушеннями слуху».

У межах семінару було представлено рекомендації для клінічних психологів, які працюють з особами з набутими порушеннями слуху, а також наданий орієнтовний варіант психоедукаційного інформаційного листа для підтримки військовослужбовців із порушеннями слуху.

Надані рекомендації відзначаються практичною цінністю та будуть впроваджені в роботу нашого центру з метою підвищення ефективності психологічної допомоги цій категорії осіб.

Заступник медичного директора



Сергій МАНГУШ

Вик. в.о. зав. Відділенням
 Медико-психологічної реабілітації
 Грицай Д. В.



**МІНОБОРОНИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ОБОРОНИ УКРАЇНИ**

Проспект Повітряних Сил, 28
Київ, 03049

Тел.: (044) 271-06-97, (044) 248-10-78

Код ЄДРПОУ 07834530

від "27" 12 2024 р. №182/5153

Д О В І Д К А

про впровадження результатів дисертаційного дослідження
МИКОЛЮК Діани Олександрівни
за темою: «Психологічні чинники суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху» на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 053 «Психологія»

На основі аналізу поданих матеріалів повідомляємо, що дисертаційне дослідження має теоретичне значення та практичне застосування. У роботі здійснено аналіз психологічних чинників суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху. Дано визначення їх суб'єктивного благополуччя. Досліджено сучасні класифікації порушення слуху. З'ясовано причини виникнення порушення слуху у військовослужбовців. Надано практичні рекомендації для психологів, що працюють з особами з пізньою втратою слуху, у тому числі з військовослужбовцями.

Результати дисертаційного дослідження на тему: «Психологічні чинники суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху» виконаного Миколюк Діаною Олександрівною, впроваджені в практичну діяльність Назва організації.

Зокрема, впроваджені матеріали використовуються: у навчальному процесі: для підготовки та викладання дисциплін психологічного спрямування у нашому закладі освіти; у розробці навчально-методичних матеріалів, підручників і посібників. У науково-дослідній діяльності: під час підготовки наукових публікацій, рекомендацій та ін. У практичній діяльності: при розробці програм психологічної підтримки осіб з порушеннями слуху.

Начальник навчально-наукового інституту воєнної історії
Національного університету оборони України
доктор психологічних наук, професор

« 27 » 12 2024 року

Василь ОСЬОДЛО



Василь ОСЬОДЛО
ДЯВСЬКИЙ



**НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ІНСТИТУТ ПСИХОЛОГІЇ ІМЕНІ Г.С. КОСТЮКА**

вул. Паньківська, 2, Київ, 01033
телефон / факс (044) 288-33-20, (044) 288-19-63
e-mail: 2883320@gmail.com / web-сайт: psychology-naes-ua.institute
код ЄДРПОУ 02141213

31.12.2024р. № 459-01-12

**Довідка
про впровадження результатів дисертаційного дослідження
Миколюк Діани Олександрівни за темою «Психологічні чинники
суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху»**

Результати дисертаційного дослідження Миколюк Діани Олександрівни з проблем суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху, на здобуття наукового ступеня доктора філософії у галузі знань 05 “Соціальні та поведінкові науки” за спеціальності 053 “Психологія”, розглянуті на засіданні лабораторії психології особистості імені П.Р. Чамати Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України.

Матеріали дисертації та наукові праці аспірантки факультету психології КНУ імені Тараса Шевченка Миколюк Діани Олександрівни свідчать про їх наукову новизну та практичну цінність. Розроблені дисертанткою практичні рекомендації розвитку суб'єктивного благополуччя для психологів, що працюють з особами з пізньою втратою слуху, у тому числі з військовослужбовцями, спрямовані на розвиток відчуття власної цінності, осмисленості, змістовної наповненості професійного й особистого життя, самоприйняття, впроваджені в лабораторії психології особистості імені П. Р. Чамати Інституту психології імені Г. С. Костюка при виконанні теми наукового дослідження «Психологічні технології сприяння позитивному психічному здоров'ю особистості» (ресстраційний номер – 0122U000305). Також виявлені авторкою психологічні чинники суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху розширили розуміння внутрішньої детермінації суб'єктивного благополуччя різних категорій громадян для їх використання у практичних програмах психологічного супроводу та сприяння психічному здоров'ю особистості як в умовах війни, так і в період післявоєнного відновлення.

**Заступник директора
з науково-інноваційної роботи**



Олег КОКУН

ЗАТВЕРДЖУЮ

Заступник начальника Військового інституту
Київського національного університету
імені Тараса Шевченка з наукової роботи

полковник  Борис ПОПКОВ



АКТ

про впровадження результатів дисертаційного дослідження
Миколук Діани Олександрівни
за темою: “Психологічні чинники суб’єктивного благополуччя осіб з
порушеннями слуху”
на здобуття наукового ступеня доктора філософії
за спеціальністю 053 “Психологія”

Комісія у складі:

голови комісії – начальник науково-дослідного центру, заслуженого
винахідника України, кандидата технічних наук, доцента полковника
ПАМПУХИ Ігоря Володимировича;

членів комісії: начальника кафедри військової психології та педагогіки
військового факультету соціальних та поведінкових наук, кандидата
психологічних наук, доцента полковника МАСЬ Наталії Миколаївни;

начальника кафедри військової політології військового
факультету соціальних та поведінкових наук, кандидата психологічних наук
підполковника БАЛАБУШКИ Євгена Олександровича;

заступника кафедри військової психології та педагогіки
військового факультету соціальних та поведінкових наук, кандидата
психологічних наук підполковника СТОРОЖУК Наталії Андріївни;

начальника науково-дослідного відділу проблем
інформаційно-психологічного протидіяння науково-дослідного управління

науково-дослідного центру кандидата технічних наук, старшого дослідника підполковника ЛОЗИ Віталія Миколайовича констатувала фактичне впровадження результатів дисертаційної роботи МИКОЛЮК Діани Олександрівни за темою: “Психологічні чинники суб’єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху” впроваджені в наукову діяльність Військового інституту Київського національного університету імені Тараса Шевченка, а саме у науково-дослідній роботі за темою “Розробка технології електромагнітної спектральної діагностики та корекції синдрому професійного (емоційного) вигорання комбатантів” (шифр “КСК-БАРС”) при дослідженні фізіологічних маркерів професійного (емоційного) вигорання (п. 2.3).

Голова комісії:

кандидат технічних наук, доцент
полковник



Ігор ПАМПУХА

Члени комісії:

кандидат психологічних наук, доцент
полковник



Наталія МАСЬ

кандидата психологічних наук
підполковник




Євген БАЛАБУШКА

кандидат психологічних наук
підполковник



Наталія СТОРОЖУК

кандидат технічних наук, старший дослідник
підполковник



Віталій ЛОЗА