

Миколюк Д.О.

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

ЧИННИКИ СУБ'ЄКТИВНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ ОСІБ З ПОРУШЕННЯМИ СЛУХУ: ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

Стаття присвячена емпіричному дослідженню психологічних і соціальних чинників суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху. У статті здійснено аналіз наукових джерел сучасних дослідників суб'єктивного благополуччя як психологічної категорії, надано визначення суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху. Здійснено аналіз наукових джерел сучасної психологічної літератури щодо чинників суб'єктивного благополуччя. У статті також розглядаються основні результати емпіричного дослідження чинників суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху. Вибірка респондентів складає 270 осіб, до складу якої входять цивільні та військові з різним часом втрати слуху. Віковий діапазон вибірки – від 16 до 58 років. Час проведення дослідження: 2023 – початок 2024 року. Психологічний інструментарій дослідження склали наступні методики: багатовимірний шкала сприйнятої соціальної підтримки Г. Зімента; шкала самооцінки М. Розенберга (у варіанті Інституту когнітивно-поведінкової терапії); шкала задоволеності життям Е. Дінера; опитувальник «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка (в адаптації Максименка С.Д., Карамушки Л.М., Зайчикової Т.В.); 6-шкальна методика психологічного благополуччя К. Ріфф, опитувальник, який визначає гандикап по слуху для дорослих (Hearing Handicap Inventory for Adults (HHIA) та авторської анкети. Обробка результатів дослідження здійснена за допомогою програми Jатові версії 2.4.14. У статті використовуються регресійний аналіз та описові статистики. Проведений статистичний аналіз даних виділив ряд соціальних та психологічних чинників суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху. Основними психологічними чинниками є самоприйняття, самооцінка та управління середовищем. Провідним соціальним чинником суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху є позитивні стосунки. У статті також визначаються перспективи подальших досліджень.

Ключові слова: суб'єктивне благополуччя, особи з порушеннями слуху, чинники благополуччя, психологічне благополуччя, задоволеність життям, позитивні стосунки.

Постановка проблеми. Проблема нашого дослідження полягає в тому, що суб'єктивне благополуччя осіб із порушеннями слуху та визначення його чинників залишаються недостатньо вивченими в психологічній літературі, незважаючи на те, що ця група осіб стикається з унікальними викликами, які можуть суттєво впливати на їхню якість життя. Втрата слуху впливає не лише на комунікативні можливості, але й на емоційний стан, соціальну інтеграцію та самооцінку. Існує потреба в глибокому розумінні того, які чинники та негативні фактори мають ключовий вплив на суб'єктивне благополуччя цієї групи. Відсутність систематичних емпіричних даних ускладнює розробку ефективних програм підтримки та соціальної адаптації для людей з порушеннями слуху, що підкреслює актуальність цього дослідження.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. На думку Сердюк Л.З., сучасні дослідження благополуччя базуються на постнекласичній психології [1, с. 5], оскільки розкривають основні механізми

самодетермінації, позитивного функціонування, здійснюють пошук чинників психологічного благополуччя, ресурсів підтримки суб'єктивного благополуччя незалежно від стану здоров'я.

Трикомпонентна модель суб'єктивного благополуччя Това В. та Дінера Е. [9] включає три основні аспекти: когнітивний компонент, який відображає рівень задоволеності життям, та емоційний компонент, який охоплює як позитивні, так і негативні емоції. Ці складові взаємопов'язані, оскільки люди, які задоволені своїм життям, зазвичай частіше переживають позитивні емоції та рідше відчують негативні [9].

Як вважає Курова А.В., суб'єктивне благополуччя складається на основі соціально-психологічних установок, цінностей та стратегій поведінки. Внутрішні фактори, такі як ціннісні утворення, смислові уявлення, соціально-психологічні установки та стратегії поведінки, а також зовнішні чинники, включаючи умови соціалізації, впливають на суб'єктивне благополуччя особистості [2, с. 175].

На думку Лазеби Є.С., суб'єктивне благополуччя – це особиста оцінка людиною свого життя в цілому і окремих його аспектів, яка відображає ступінь задоволеності її потреб, норм, сформованих під час соціалізації, і враховує об'єктивні фактори [3, с. 161].

Здійснивши теоретичний аналіз суб'єктивного благополуччя, ми дали визначення поняття суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху, визначаючи його, як відчуття гармонії між їхніми 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.

В сучасній психологічній літературі немає єдиної думки щодо кількості чинників та їх переліку.

У своїй статті Данилюк І.В. виділяє такі чинники: «Вчені аналізують чинники, що визначають задоволеність життям, виділяючи внутрішні в основі – людина (соціально-психологічні, соціально-демографічні), і зовнішні (в основі – середовище (соціальне оточення і соціальні зв'язки, інституційні, економічні, екологічні) чинники...» [4, с. 156].

Дослідниця Іваннікова Г.В. систематизує групу чинників психологічного благополуччя: до першої групи чинників входять зовнішні (позаособистісні) детермінанти, зокрема біологічні, соціальні і матеріальні. До другої групи факторів належать психологічні (особистісні) чинники; до третьої групи – суб'єктивно-особистісні, до яких входять складники суб'єктивного благополуччя [5, с. 39, 43, 47, 77]. Горбаль І.С. виділяє три групи чинників благополуччя: інтраперсональні (входять психологічні риси та короткотривалі стани); зовнішні (формальні) чинники – соціальні, професійні, демографічні та економічні тощо; соціально-психологічні [6, с. 24–27, 29, 30]. Думка Каргіної Н.В. про те, що ресурси можуть виступати чинниками психологічного благополуччя і навпаки є важливою для нашого дослідження. На думку Каргіної Н.В., особистість зазнає постійних змін і тому можуть змінюватися її чинники і ресурси [7, с. 152].

Благополуччя осіб з порушеннями слуху за кордоном досліджують, як правило, визначаючи зв'язок між даною категорією та двома-трьома досліджуваними психологічними категоріями.

Рембар С.Х., Лінд О., Ромундстад П., і Хелвік А.С. (Rembar, S.H., Lind, O., Romundstad, P., & Helvik, A.S.) не виявили значущих відмінностей у психологічному благополуччі між користувачами кохлеарного імпланту порівняно із нормативною вибіркою [10, с. 47].

Бан І., Сун Ц., Бай Б. і Лю Ц. (Ban, Y., Sun, J., Bai, B., & Liu, J.) (2023) провели дослідження і виявили, що у жінок з порушеннями слуху вищий рівень благополуччя, ніж у чоловіків. Благополуччя позитивно корелювало з прихильністю батьків до підлітків та життєстійкістю; не суттєво корелювало з поведінковими й емоційними проблемами [11, с. 6, 9].

У нашому дослідженні суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху ми намагалися визначити основні психологічні та соціальні чинники, які виступають в якості ресурсів для цієї категорії осіб та чинників, які негативно впливають на їхнє суб'єктивне благополуччя.

Постановка завдання. Отже, метою статті є дослідження та аналіз чинників, які впливають на суб'єктивне благополуччя осіб із порушеннями слуху, з опорою на емпіричні дані для визначення ключових ресурсів та бар'єрів, що впливають на їхній психологічний стан і якість життя.

Виклад основного матеріалу. Наше дослідження суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху проводилося протягом 2023 та на початку 2024 року. До вибірки увійшли 270 учасників з порушеннями слуху різного ступеня його втрати, серед яких є цивільні та військові. Серед респондентів є користувачі слухових апаратів та кохлеарних імплантів. Частина респондентів має порушення слуху з дитинства (переважно цивільна вибірка) та ті, хто отримав порушення слуху в дорослому віці (переважно військові). Для дослідження використовувався наступний психодіагностичний інструментарій: багатовимірна шкала соціальної підтримки Г. Зімета [12], шкала самооцінки М. Розенберга (у варіанті Інституту когнітивно-поведінкової терапії) [13], шкала задоволеності життям Е. Дінера [14], методика самооцінки психічних станів Айзенка Г. (в адаптації Максименка С.Д., Карамушки Л.М., Зайчикової Т.В.) [8], 6-шкальна методика психологічного благополуччя К. Ріфф (42 твердження) [15], опитувальник гандикапу для дорослих з порушеннями слуху (ННІА) авторства Ньюман К.В., Вайнштейн Б.Е., Джейкобсон Г.П. і Хаг Г.А. (Newman C.W., Weinstein B.E., Jacobson G.P., & Hug G.A.) [16; 17], також нами створено авторська анкета для вивчення демографічних факторів, серед яких (рання/пізня втрата слуху, рівень освіти та слухопротезування), які впливають на суб'єктивне благополуччя таких осіб. Загальна надійність психодіагностичного інструментарію визначалася за допомогою α Кронбаха. Результати наступні: ННІА 0.918;

методика К. Ріфф 0.864, шкала задоволеності життям Е. Дінера 0.852; багатовимірною шкалою соціальної підтримки Г. Зімета (MSPSS) 0.867. Це свідчить про високу надійність й узгодженість у досліджуваній вибірці. Аналіз даних здійснено за допомогою програми Jamovi версії 2.4.14.

До цієї статті увійшли результати частини описових статистик та регресійний аналіз даних.

Згідно з даними, представленими в таблиці 1, виявлено, що за чотирма змінними респонденти з пізньою втратою слуху мають вищі середні показники самооцінки психічних станів порівняно з респондентами з ранньою втратою слуху.

Щодо номінативно-змінної слухопротезування, контингент учасників розподілився наступним чином: 17 осіб з порушеннями слуху носять слухові апарати, 14 використовують слухові апарати на обидва вуха, 12 респондентів мають кохлеарні імплантати, а 5 – кохлеарні імплантати на обидва вуха. Ще 32 учасники іноді користуються слуховими апаратами, тоді як 190 осіб взагалі не використовують жоден із пристроїв. За цією номінативно-змінною були отримані середні показники.

Згідно з даними таблиці 2, найвищі показники за чотирма змінними продемонструвала група респондентів з порушеннями слуху, які мають кохлеарні імплантати на обидва вуха. Група, яка імплантована на одне вухо, показала підвищений рівень ригідності (M=11,8), слідом за нею йде група, яка іноді користується слуховими апаратами (M=11,1). Респонденти з імплантатами на обидва вуха виявили більш високу агресивність (M=10,8). Учасники, які не використовують слухові апарати, продемонстрували підвищений рівень тривожності, тоді як найнижчий рівень тривожності спостерігався у групі, що носить слухові апарати. Найменший рівень фрустрації

зафіксовано у групі, яка іноді користується слуховими апаратами. Найменшу агресивність виявила група з кохлеарним імплантом на одне вухо, а найнижчий рівень ригідності спостерігався у респондентів, які постійно користуються двома слуховими апаратами. Дані мають нормальний розподіл, за винятком змінних для учасників, які не використовують жодних пристроїв.

За критерієм Крускала-Уолліса не було виявлено статистично значущих різниць у слухопротезуванні, що свідчить про те, що дані не підтвердилися в загальній популяції ($p > 0.001$).

Проведено порівняння середніх показників за номінативно-змінною «Освіта». Найвищі середні значення за шкалами тривожності, фрустрації та ригідності продемонструвала група, яка має повну загальну середню освіту (M=10,3; M=10,1; M=12). Найбільший рівень агресивності виявлено у респондентів з професійною освітою (M=10). У свою чергу, найнижчі показники тривожності та фрустрації спостерігалися у групі, яка навчається в спеціальній школі (M=7,81; M=7,34).

За критерієм Манна-Уїтні виявлено статистично значущу різницю між групами залежно від часу втрати слуху ($p < 0,001$). Середні показники для ранньої та пізньої втрати слуху склали: M=24,1 для ранньої втрати та M=18,6 для пізньої. Це свідчить про те, що особи, які втратили слух у домовленому або ранньому віці, відчують більш високий і стійкий рівень задоволеності життям, порівняно з тими, хто пізно втратив слух.

Дослідження, проведене за номінативно-змінною «Слухопротезування», виявило наступні результати: респонденти, які носять слухові апарати, мають середнє значення M=21,6; SD=6,78; учасники з двома слуховими апаратами M=20,2; SD=8,14; кохлеарно імплантовані респонденти

Таблиця 1

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	10,45	8,93	9,60	11,01

Таблиця 2

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 носить слух. апарати	8,50	7,59	8,19	11,1
Жоден з пристроїв	10,5	8,88	9,58	10,7

$M=20,3$; $SD=7,10$; кохлеарно імплантовані на обидва вуха – $M=17$; $SD=7,14$; ті, хто іноді використовує слухові апарати $M=18,9$; $SD=6,29$; а респонденти, які не користуються жодними пристроями, мають $M=19,5$; $SD=6,80$. Це свідчить про те, що тип слухопротезування впливає на рівень задоволеності життям. Найвищий рівень задоволеності спостерігається у тих, хто носить слухові апарати (згідно з референтними значеннями шкали Е.Дінера «нейтральне переживання задоволеності життям»), а респонденти з двома слуховими апаратами та односторонніми кохлеарними імплантами мають незначно нижчий рівень. Найнижчий рівень задоволеності виявили респонденти з кохлеарними імплантами, що можна інтерпретувати як «трохи незадоволений». Дані не мають нормального розподілу за тестом Шапіро-Вілка, а за критерієм Крускала-Уолліса статистично значущих відмінностей між групами не виявлено ($p=0,660$; $p>0,05$).

За номінативним параметром «Рівень освіти» було отримано такі результати: учні спеціальної школи мають середнє значення $M=24,6$; стандартне відхилення $SD=5,51$; респонденти з вищою освітою – $M=19,6$; $SD=6,86$; ті, хто отримав повну загальну середню освіту – $M=18,4$; $SD=6,55$; учасники з професійною освітою – $M=18,6$; $SD=6,60$. Найвищий рівень задоволеності життям спостерігається у здобувачів освіти спеціальної школи, що за шкалою задоволеності життям відповідає категорії «трохи задоволений» згідно з референтними значеннями Е. Дінера. Натомість, особи з вищою освітою та іншими рівнями освіти демонструють «трохи незадоволеність» своїм життям за цією ж шкалою.

За однофакторним дисперсійним аналізом (Фішера) була перевірена нормальність розподілу даних за критерієм Шапіро-Уілка ($p = 0,002$; $p > 0,001$) для рівня освіти, що вказує на його нормальний розподіл. Також перевірена гомогенність дисперсії за критерієм Левена ($p = 0,080$; $p > 0,001$), що свідчить про рівність дисперсії в групах. Аналіз виявив статистично значущі відмінності за рівнем освіти ($F = 7,52$; ступені свободи: $df = 3$, $p < 0,001$) з великим ефектом Коена ($d = 0,0801$). Щодо середніх значень, учні спеціальної школи мають найвищий рівень задоволеності

жизням ($M = 24,6$), за ними йдуть респонденти з вищою освітою ($M = 19,6$). Ті, хто має повну загальну середню освіту ($M = 18,4$) та професійну освіту ($M = 18,6$), демонструють значно нижчі показники задоволеності життям.

Рівень самооцінки за часом втрати слуху показав такі результати: у групі з ранньою втратою слуху середнє значення становить $M = 19,3$ (стандартне відхилення $SD = 4,3$), тоді як у групі з пізньою втратою слуху $M = 17,9$ ($SD = 5,36$). Респонденти з ранньою втратою слуху мають трохи вищу самооцінку порівняно з тими, у кого втрата слуху сталася пізніше. Проте статистично значущих відмінностей між цими групами не виявлено (за критерієм Манна-Уїтні, $p > 0,05$).

Було проаналізовано середні показники самооцінки залежно від типу слухопротезування. Найвищий рівень самооцінки виявила група респондентів, які носять слухові апарати, з середнім значенням $M = 18,8$. Інші групи, зокрема ті, хто має кохлеарні імпланти на одне вухо або не користується слуховими апаратами, показали однакові середні значення ($M = 18,4$), що свідчить про самооцінку в межах норми. Найнижчий рівень самооцінки спостерігається у респондентів з кохлеарними імплантами на два вуха ($M = 12,6$), що вказує на низьку самооцінку. Однак міжгрупових відмінностей за самооцінкою та типом слухопротезування не виявлено (за критерієм Крускала-Уолліса, оскільки $p > 0,001$).

Під час порівняння респондентів за рівнем освіти та самооцінкою були отримані такі результати: для учнів спеціальної школи середнє значення самооцінки становить $M = 19,9$ ($SD = 4,56$), для осіб з вищою освітою $M = 18$ ($SD = 5,45$), для тих, хто має повну загальну середню освіту $M = 18,1$ ($SD = 5,62$), а для респондентів з професійною освітою $M = 17,7$ ($SD = 4,97$). Учні спеціальної школи демонструють вищий рівень самооцінки порівняно з респондентами з професійною освітою. Всі показники знаходяться в межах психологічної норми. Однак статистично значущих відмінностей між рівнем освіти та самооцінкою не було виявлено (за критерієм Крускала-Уолліса $p > 0,001$).

Не було виявлено статистично значущих відмінностей між групами за часом втрати слуху

Таблиця 3

Середні показники між часом втрати слуху й субшкалами соціальної підтримки

Час втрати слуху	соціальна підтримка	значимий інший	сімейна підтримка	підтримка друзів
рання	4,96	5,22	5,20	4,55
пізня	5,11	5,49	5,27	4,70

(рання та пізня) відповідно до критерію Манна-Уїтні ($p > 0,05$).

З таблиці 3 видно, що респонденти з пізньою втратою слуху мають кращі показники соціальної підтримки. Натомість учасники з ранньою втратою слуху отримують найменшу соціальну підтримку, зокрема від друзів. Відповідно до референтних значень багатовимірної шкали соціальної підтримки, підтримка оцінюється таким чином: від 1 до 2,9 – низький рівень, від 3 до 5 – середній, від 5,1 до 7 – високий. Таким чином, респонденти з пізньою втратою слуху отримують високу підтримку за трьома змінними: соціальна підтримка, підтримка значимого іншого та сімейна підтримка. У свою чергу, учасники з ранньою втратою слуху показують середні значення підтримки за субшкалою підтримки друзів.

За номінативною змінною «Слухопротезування» не було виявлено статистично значущих відмінностей між показниками соціальної підтримки, підтримки значимого іншого, сімейної підтримки або підтримки друзів. Усі змінні за критерієм Крускала-Уолліса мають значення $p > 0,001$.

З таблиці 4 видно, що за шкалою соціальної підтримки найвищі показники демонструє група осіб з порушеннями слуху, які іноді користуються слуховими апаратами і мають кохлеарну імплантацію на одне вухо. Найнижчі показники спостерігаються в групі, що носить слухові апарати та має двосторонню кохлеарну імплантацію. Щодо субшкали підтримки значимого іншого, найвищі значення мають респонденти з кохлеарною імплантацією на одне вухо та ті, хто не використовує слухові пристрої. У субшкалі сімейної підтримки також найкращі показники у респондентів з кохлеарною імплантацією на одне вухо та тих, хто іноді користується слуховими апаратами. За субшкалою підтримки друзів найвищі значення має група, яка іноді носить слухові апарати, тоді як інші групи показують середній рівень підтримки.

Згідно з аналізом, виявлено значущі міжгрупові відмінності ($p < 0,05$) за рівнем освіти у субшкалах соціальної підтримки, зокрема у категоріях «Значимий інший» ($p = 0,038$) та «Підтримка друзів» ($p = 0,046$). Описова статистика показала, що респонденти зі спеціальної школи мають середнє $M = 5,05$ за шкалою соціальної підтримки, $M = 5,27$ за субшкалою значимого іншого, $M = 5,29$ за сімейною підтримкою та $M = 4,66$ за підтримкою друзів. Респонденти з вищою освітою мають аналогічні результати: $M = 5,05$, $M = 5,31$, $M = 5,28$, $M = 4,64$ відповідно. Особи

Таблиця 4

Середні показники за рівнем соціальної підтримки за типом слухопротезуванням

Група	середнє	Група	середнє	Група	середнє	Група	середнє	Група	середнє	Група	середнє
Соціальна підтримка											
ношу слухові апарати	4,73	ношу слухові апарати	4,85	ношу слухові апарати	5,04	ношу слухові апарати	5,04	ношу слухові апарати	5,04	ношу слухові апарати	4,66
2 слухові апарати	5,04	2 слухові Апарати	5,11	2 слухові Апарати	5,11	2 слухові Апарати	5,11	2 слухові Апарати	5,11	2 слухові Апарати	4,96
кохлерн. імплантований	5,21	кохлерн. імплантований	5,65	кохлерн. імплантований	5,65	кохлерн. імплантований	5,38	кохлерн. імплантований	5,38	кохлерн. імплантований	4,67
2 вуха кохл. імплант.	4,64	2 вуха кохл. імплант.	4,95	2 вуха кохл. імплант.	4,95	2 вуха кохл. імплант.	4,65	2 вуха кохл. імплант.	4,65	2 вуха кохл. імплант.	4,25
Іноді ношу слухові апарати	5,31	Іноді ношу слухові апарати	5,44	Іноді ношу слухові апарати	5,44	Іноді ношу слухові апарати	5,30	Іноді ношу слухові апарати	5,30	Іноді ношу слухові апарати	5,16
Жоден з пристроїв	5,09	Жоден з пристроїв	5,52	Жоден з пристроїв	5,52	Жоден з пристроїв	5,29	Жоден з пристроїв	5,29	Жоден з пристроїв	4,59
Значимий інший											
Сімейна підтримка											
Підтримка друзів											

з повною загальною середньою освітою показують найнижчі значення, з $M = 4,76$ за соціальною підтримкою. Найвищі показники соціальної підтримки спостерігаються у респондентів з професійною освітою: $M = 5,27$ за соціальною підтримкою, $M = 5,71$ за значимим іншим, $M = 5,34$ за сімейною підтримкою, та $M = 4,89$ за підтримкою друзів. Таким чином, найвищий рівень соціальної підтримки має група з професійною освітою, тоді як респонденти з повною загальною середньою освітою мають найнижчі значення за шкалами.

За допомогою критерію Манна-Уїтні було виявлено відмінності між часом втрати слуху та соціальним гандикапом, зокрема значущі міжгрупові відмінності у шкалі соціального гандикапу ($p = 0,003, p < 0,05$). Це свідчить про те, що ці відмінності справді існують у популяції. Як показано в таблиці 5, всі показники гандикапу є вищими у респондентів з ранньою втратою слуху.

Таблиця 5

Середні показники гандикапу з часом втрати слуху

Час втрати слуху	гандикап	Соц. гандикап	Ем. гандикап
рання	35	17,1	18,2
пізня	29,4	12,1	17,1

Для оцінки статистично значущої різниці між типом слухопротезування та трьома змінними гандикапу був застосований тест Крускала – Уолліса. Результати показали значущі відмінності між змінними «слухопротезування» і «гандикап» ($p = 0,003, p < 0,05$), «слухопротезування» і «соціальний гандикап» ($p = 0,003, p < 0,05$), а також між

«слухопротезуванням» і «емоційним гандикапом» ($p = 0,005, p < 0,05$) (табл. 6).

З таблиці 6 видно, що найбільший рівень гандикапу спостерігається у групи, яка носить два кохлеарні імпланти, а наступним за величиною є показник групи, що постійно використовує два слухових апарати. Найменші значення виявлені у респондентів, які не використовують жодних пристроїв, а також у тих, хто має лише один кохлеарний імплант. Щодо соціального гандикапу, найвищі показники демонструють групи з двома кохлеарними імплантами та ті, що постійно використовують два слухових апарати, тоді як найнижчий рівень зафіксовано у респондентів без жодних пристроїв. У випадку емоційного гандикапу також найвищі показники у групах з двома кохлеарними імплантами і тих, що постійно носять слухові апарати, тоді як респонденти, які не використовують жодних апаратів, мають найнижчі прояви емоційного гандикапу.

Не було виявлено статистично значущих відмінностей між рівнем освіти та трьома змінними гандикапу, які аналізувалися за допомогою критерію Крускала-Уолліса ($p > 0,001$) (табл. 7).

З таблиці 7 видно, що найвищий рівень гандикапу спостерігається у респондентів, які навчаються в спеціальних школах, а також у тих, хто має повну загальну середню освіту. Соціальний гандикап найсильніше виражений у здобувачів спеціальної освіти та осіб з повною загальною середньою освітою. Найвищі показники емоційного гандикапу спостерігаються у респондентів з повною загальною середньою освітою.

Було виявлено, що респонденти з ранньою втратою слуху демонструють краще психоло-

Таблиця 6

Описові статистики за гандикапом у змінній «Слухопротезування»

Змінні	ношу слух. апарати	2 слухові апарати	кохлеарн. імплантов.	2 вуха кохл. імплант.	Іноді ношу слухові апарати	Жоден з пристроїв
Гандикап	38,7	45,1	29,8	49,2	36,8	27
соціальний гандикап	16,8	21,6	13,8	22	13,8	11,6
емоційний гандикап	20,8	25,4	16,8	26,8	22,4	15,3

Таблиця 7

Середні значення між рівнем освіти та гандикапом

Змінні	навч. у спеціальній школі	вища освіта	повна загальна середня освіта	професійна освіта
Гандикап	33	29,6	31,4	30
Соц. гандикап	15,8	12,6	13,5	12,3
Ем.гандикап	17,4	16,7	17,8	17,6

Середні значення за методикою К. Ріфф й типом слухопротезування

Тип слухопротезування	автономія	управління середовищем	особисте зростання	позит.стосунки	мета	самоприйняття
ношу слух.апарати	28,3	25,6	27,6	25,6	25,9	24,8
2 слухові апарати	28,3	27,1	28,2	27	27,8	26,1
дне вухо кохл. імплантоване	26,8	26	28	27,1	26,5	25,3
2 вуха кохлеарно імплантовані	26	25	26,4	23,4	26,2	23,4
іноді ношу слухові апарати	28,1	25,8	26,8	26	27,1	24,8
жоден з пристроїв	27,9	26,7	28,1	27,6	28,5	25,1

гічне благополуччя за шістьма шкалами: автономія (M=28,1), управління середовищем (M=27,1), особистісне зростання (M=28,8), позитивні стосунки (M=27,3), мета (M=28,6) та самоприйняття (M=27,7) у порівнянні з особами з пізньою втраченою слуху, у яких показники становлять: автономія (M=27,9), управління середовищем (M=26,3), особистісне зростання (M=27,7), позитивні стосунки (M=27,1), мета (M=27,9) та самоприйняття (M=24,5) (табл. 8).

У таблиці 8 зазначені рівні вираженості психологічного благополуччя респондентів. За шкалою автономії найвищі показники спостерігаються у тих, хто носить слухові апарати, зокрема у тих, хто постійно використовує два слухових апарати. Щодо управління середовищем, найбільший бал отримали респонденти з двома слуховими апаратами. Група респондентів, яка не користується слуховими апаратами, має найвищий показник за шкалою «Особистісне зростання». У сфері «Позитивні стосунки» найкращі результати показали учасники, які носять два слухові апарати. Щодо «Мети в житті», найвищий показник знову мають респонденти, що не використовують слухові апарати. Найкращий рівень самоприйняття демонструють респонденти, які користуються двома слуховими апаратами.

Згідно з середніми показниками, респонденти, які навчаються у спеціальних школах, демонструють найвищий рівень самоприйняття (M=28,2), тоді як у тих, хто має вищу освіту, цей показник становить (M=24,7), у респондентів з повною загальною середньою освітою (M=24,9), а у тих, хто має професійну освіту (M=24,4). За шкалою автономії результати такі: учні спеціальної школи мають M=28,5, респонденти з вищою освітою M=28,4, з повною загальною середньою освітою M=28,3, а з професійною освітою M=27. За шкалою «Управління середовищем» респонденти зі спеціальних шкіл отримали M=27,3, ті з вищою

освітою M=26,9, з повною загальною середньою освітою M=26,5, а з професійною освітою M=25,8. Щодо шкали «Особистісне зростання», то учні спеціальних шкіл мають найвищий показник (M=29,8), тоді як респонденти з вищою освітою показують M=27,8, з повною загальною середньою освітою M=27,3, а з професійною освітою M=27,6. За шкалою «Позитивні стосунки» результати такі: учні спеціальної школи мають M=27,8, ті з вищою освітою M=27,1, з повною загальною середньою освітою M=26,3, а з професійною освітою M=27,3. Що стосується шкали «Мета в житті», то показники такі: спеціальна школа (M=28,8), вища освіта (M=27,9), повна загальна середня освіта (M=27,5), професійна освіта (M=28,1).

Таким чином, школярі із спеціальною освітою мають найвищі результати за всіма шкалами.

Для визначення чинників суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху застосовано регресійний аналіз.

Таблиця 9

Регресійні моделі психологічних чинників

Модель	R ²	Скоригований R ²	Рівень значущості
1	0,284	0,276	p<0,001
2	0,446	0,433	P<0,001

а. Предиктори: (конст.) автономія, управління середовищем, особистісне зростання

б. Предиктори: (конст.) автономія, управління середовищем, особистісне зростання, мета в житті, самоприйняття, самооцінка

с. Залежна змінна: задоволеність життям

Згідно з табл. 9, у дослідженні було побудовано дві ієрархічні регресійні моделі для вивчення психологічних чинників, що впливають на задоволеність життям. У першій моделі незалежними змінними були «автономія», «управління середовищем» і «особистісне зростання», що пояс-

нують 28,4% дисперсії залежної змінної «задоволеність життям». Автономія ($p=0,006$; $p<0,05$) та управління середовищем ($p<0,001$) прогнозують позитивний вплив на задоволеність життям. Друга модель включала додаткові змінні: «мета в житті», «самоприйняття» та «самооцінка», що дозволило пояснити 44,6% дисперсії. Друга модель має кращі показники за R^2 . Основними значущими предикторами в цій моделі стали самоприйняття ($estimate=0,45171$; $p<0,001$), самооцінка ($estimate=0,30041$; $p<0,001$) та управління середовищем ($estimate=0,30440$; $p<0,05$). Отже, самоприйняття виявилось найсильнішим предиктором задоволеності життям.

Таблиця 10

Регресійні моделі соціальних чинників

Модель	R^2	Скоригований R^2	Рівень значущості
1	0,197	0,194	$p<0,001$
2	0,249	0,235	$P<0,001$

- a. Предиктори: (конст.) позитивні стосунки
- b. Предиктори: (конст.) позитивні стосунки, соціальна підтримка, значимий інший, сімейна підтримка, підтримка друзів
- c. Залежна змінна: задоволеність життям

У табл. 10 були побудовані дві ієрархічні регресійні моделі, які аналізують соціальні фактори, що впливають на задоволеність життям в респондентів з порушеннями слуху. У першій моделі розглядалася лише одна змінна – «Позитивні стосунки», яка пояснює 19,7% варіації залежної змінної. Друга модель включила додаткові змінні, такі як «соціальна підтримка», «значимий інший», «сімейна підтримка» і «підтримка друзів», що дозволило пояснити 24,9% дисперсії залежної змінної. Отримані результати свідчать, що друга модель має кращу пояснювальну здатність, оскільки її значення R^2 вище. Найзначущим соціальним фактором за другою моделлю є «Позитивні стосунки» ($estimate=0,321$; $p<0,001$), який найбільш впливає на рівень задоволеності життям. Таким чином, саме наявність позитивних

стосунків є ключовим фактором, що сприяє підвищенню рівня задоволеності життям в осіб з порушеннями слуху.

Висновки. За описовими статистиками можна зробити висновки, що респонденти з ранньою втратою слуху мають вищі показники психологічного благополуччя порівняно з тими, хто втратив слух пізніше, за всіма шкалами. Учні спеціальних шкіл демонструють найкращі результати за шкалами самоприйняття, автономії, управління середовищем, особистісного зростання, позитивних стосунків та мети в житті. Респонденти із пізньою втратою слуху демонструють вищий рівень соціальної підтримки, тоді як особи з ранньою втратою отримують менше підтримки від друзів та родини. Учні спеціальних шкіл мають найвищі показники гандикапу, зокрема соціального та емоційного. Респонденти, які використовують кохлеарні імпланти, мають вищі показники гандикапу, порівняно з тими, хто носить слухові апарати або не використовує жодних пристроїв. Респонденти з ранньою втратою слуху показують вищі рівні задоволеності життям у порівнянні з особами з пізньою втратою слуху. Респонденти, які користуються кохлеарними імплантами, демонструють вищий рівень задоволеності життям у порівнянні з тими, хто використовує слухові апарати або не використовує їх, що свідчить про ефективність таких пристроїв.

Побудовані ієрархічні регресійні моделі, підкреслюють важливість психологічних та соціальних чинників суб'єктивного благополуччя. Аналіз показав, що психологічними чинниками суб'єктивного благополуччя є самоприйняття, самооцінка та управління середовищем. Основним соціальним чинником є наявність в осіб з порушеннями слуху позитивних стосунків.

На основі отриманих даних буде побудована модель суб'єктивного благополуччя осіб з порушеннями слуху із врахуванням основних психологічних та соціальних чинників та розроблені рекомендації для психологів, які консультують клієнтів з порушеннями слуху, у тому числі військових.

Список літератури:

1. Сердюк Л.З. Аналіз основних теоретичних підходів до розуміння змісту та структури феномена психологічного благополуччя особистості. *Самодетермінація психологічного благополуччя особистості: монографія* / Л. З. Сердюк, І. В. Данилюк, В. В. Турбан, О. І. Пенькова, Н. Д. Володарська [та ін.] / за ред. Л. З. Сердюк. Київ – Львів : Видавець Вікторія Кундельська, 2021. С. 5.
2. Курова А. В. Деякі аспекти суб'єктивного благополуччя особистості. *Вісник Одеського національного університету. Серія: Психологія*. 2014. Т. 19. Вип. 1. С. 174–179. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vonu_psi_2014_19_1_23.
3. Лазеба Є. Структура суб'єктивного благополуччя: сучасні та класичні підходи. Синергетичний підхід до проєктування життєвого простору особистості : зб. наук. матеріалів Міжнарод. наук.-практ. онлайн-конф., м. Полтава, 27 квіт. 2024 р.

4. Данилюк І.В. Взаємозв'язок феноменів психологічного благополуччя, щастя та задоволеності життям особистості. *Самодетермінація психологічного благополуччя особистості*: монографія / Л. З. Сердюк, І. В. Данилюк, В. В. Турбан, О. І. Пенькова, Н. Д. Володарська [та ін.] / за ред. Л. З. Сердюк. Київ – Львів: Видавець Вікторія Кундельська, 2021. С. 154–155.
5. Іваннікова Г. Особистісні ресурси психологічного благополуччя студентів з інвалідністю : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01. Київ, 2021. С. с.39,43,47,77.
6. Горбаль І. С. СОЦІАЛЬНО – ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ СУБ'ЄКТИВНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ ПЕНСІОНЕРІВ : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.05. Львів, 2016.
7. Каргіна Н.В. Ресурси та чинники психологічного благополуччя особистості : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01. Одеса, 2018. С. 152.
8. Методики дослідження психічного здоров'я та благополуччя персоналу організацій : психологічний практикум. Л. М. Карамушка, О. В. Креденцер, К. В. Терещенко, В. І. Лагодзінська, В. М. Івкін, О. С. Ковальчук ; за ред. Л. М. Карамушки. Київ : Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2023. 76 с.
9. Tov W., Diener E. Subjective Wellbeing. *The Encyclopedia of Cross-Cultural Psychology* : Encyclopedia. New York, 2013. P. 3. DOI: <https://doi.org/10.1002/9781118339893.wbeccp518>
10. Psychological well-being among cochlear implant users: a comparison with the general population / S. H. Rembar et al. *Cochlear Implants International*. 2012. Vol. 13, no. 1. P. 41–49. DOI: <https://doi.org/10.1179/1754762810y.0000000008>
11. 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 / Y. Ban et al. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10882-023-09899-4>
12. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support / G. D. Zimet et al. *Journal of Personality Assessment*. 1988. Vol. 52, no. 1. P. 30–41. DOI: https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2
13. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Princeton: Princeton University Press, 1965. DOI: <https://doi.org/10.1515/9781400876136>.
14. The Satisfaction With Life Scale / E. Diener et al. *Journal of Personality Assessment*. 1985. Vol. 49, no. 1. P. 71–75. DOI: https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
15. Ryff C. D. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1989. Vol. 57, no. 6. P. 1069–1081. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
16. Newman C. W., Weinstein B. E., Jacobson G. P., Hug G. A. The Hearing Handicap Inventory for Adults: psychometric adequacy and audiometric correlates. *Ear and hearing*. 1990. Vol. 11, no. 6. P. 430–433. DOI: <https://doi.org/10.1097/00003446-199012000-00004>.
17. Newman C. W., Weinstein B. E., Jacobson G. P., Hug G. A. Test-retest reliability of the hearing handicap inventory for adults. *Ear and hearing*. 1991. Vol. 12, no. 5. P. 355–357. DOI: <https://doi.org/10.1097/00003446-199110000-00009>.

Mykoliuk D.O. FACTORS OF SUBJECTIVE WELL-BEING OF INDIVIDUALS WITH HEARING IMPAIRMENTS: EMPIRICAL RESEARCH

The article is devoted to an empirical study of the psychological and social factors of subjective well-being among individuals with hearing impairments. The paper includes an analysis of scientific sources by contemporary researchers on subjective well-being as a psychological category and provides a definition of subjective well-being for individuals with hearing impairments. It also reviews literature on the factors influencing subjective well-being. The article presents key results of an empirical study on the factors of subjective well-being among individuals with hearing impairments. The sample consists of 270 respondents, including both civilians and military personnel with varying durations of hearing loss. The age range of the sample is 16 to 58 years. The research was conducted from 2023 to early 2024. The psychological tools used in the study include the Multidimensional Scale of Perceived Social Support by G. Zimet; Rosenberg's Self-Esteem Scale (as adapted by the Institute of Cognitive-Behavioral Therapy); Diener's Satisfaction with Life Scale; Eysenck's Mental State Self-Evaluation Questionnaire (adapted by S.D. Maksymenko, L.M. Karamushka, and T.V. Zaichykova); Ryff's 6-scale Psychological Well-Being Inventory; the Hearing Handicap Inventory for Adults (HHIA); and an original demographic questionnaire. Data analysis was performed using Jamovi version 2.4.14. The study applied regression analysis and descriptive statistics. The statistical analysis highlighted several social and psychological factors affecting subjective well-being in individuals with hearing impairments. The primary psychological factors include self-acceptance, self-esteem, and environmental mastery. The leading social factor contributing to subjective well-being in this population is positive relationships. The article also outlines future research prospects.

Key words: *subjective well-being, individuals with hearing impairments, well-being factors, psychological well-being, life satisfaction, positive relationships.*