

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ВОЛИНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ЛЕСІ УКРАЇНКИ
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ
Кафедра загальної та клінічної психології**

Випускна кваліфікаційна робота
на правах рукопису

**ДАНИЛЬЧИК ПЕТРО ВАСИЛЬОВИЧ
ХВОРОБА ДИТИНИ ЯК ПСИХОТРАВМА У БАТЬКІВ**

Спеціальність 053 Психологія
Освітньо-професійна програма Клінічна психологія
Робота на здобуття освітнього ступеня «магістр»

Науковий керівник:
ЗАСЄКІНА ЛАРИСА
ВОЛОДИМИРІВНА
доктор психологічних наук,
професор

РЕКОМЕНДОВАНО ДО ЗАХИСТУ

Протокол № _____
засідання кафедри загальної та
клінічної психології
від _____ 2024 р.

Завідувач кафедри
проф. Журавльова О. В. _____

ЛУЦЬК 2024

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ФЕНОМЕНУ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ	
1.1. Поняття психотравмуючої ситуації	7
1.2. Поняття психотравми у сучасній психологічній науці. Психологічна та психічна травма.....	15
3.1. Хвороба дитини як психотравма у батьків	24
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОТРАВМИ У БАТЬКІВ ДІТЕЙ, ЩО ХВОРИЮТЬ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ	
2.1. Організація та методичний апарат дослідження психологічних особливостей психотравми у батьків дітей, що хворіють на цукровий діабет.....	27
2.2. Результати дослідження психологічних особливостей психотравми у батьків дітей, що хворіють на цукровий діабет	33
ВИСНОВКИ	57
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	62
ДОДАТКИ	66

Вступ

Актуальність дослідження. У сучасній психологічній науці феномену психотравми та розладів, спричинених нею, приділяється значна увага.

Феномен психотравми як відносно самостійного психічного і психологічного феномену досліджували такі науковці, як Б. Колодзін, Д. Калшед, П. Левін, Дженей і Баррі Уайнхолд, Е. Фредерик, Л. Бурбо, Н. Пезешкіан, А. Єрмошин, Н. Тарабріна та ін. Однак, в Україні інтерес до цього феномену різко зріс після 2013 року: з'явилася низка зарубіжних публікацій [Бріер Д., Скот К., 2015); Герман Дж., 2015); Гофман А., 2017)], в яких систематизовано найновіший досвід подолання наслідків психотравми; зросла кількість робіт вітчизняних дослідників, серед яких публікації О. Романчука, З. Кісарчук, Т. Титаренко, Л. Засекіної, В. Климчука, П. Горностая, А. Карачевського, Г. Лазос, Я. Омельченко, Л. Гребінь, Л. Царенко, О. Вознесенської, М. Сидоркіної, В. Горбунової, Т. Гордовської та ін.

У найбільш широкому значенні психотравма тлумачиться це реакція особистості на психотравмівні події, такі як війни, терористичні акти, стихійні лиха, нещасні випадки та аварії, фізичне, емоційне і сексуальне насильства, важкі захворювання, ситуації втрати, горя, міжособистісні конфлікти тощо.

Проаналізувавши наукову літературу, присвячену проблематиці психотравми, можемо зазначити, що однією із трамівних подій, що призводять до виникнення та переживання психотравми є важка хвороба близької людини.

Наявність тяжко хворої людини – важке випробування для усієї сім'ї. Хвороба одного з членів сім'ї супроводжується наростанням емоційної напруги в сім'ї і фізичного навантаження у окремих її членів. Усі труднощі, з якими стикається сім'я хворого, можна розділити на об'єктивні і суб'єктивні. До об'єктивних відносяться збільшені витрати сім'ї, несприятлива дія ситуації, що склалася, порушення ритму і розпорядку життя сім'ї тощо. Серед суб'єктивних труднощів виділяють різноманітні переживання і емоційні реакції у зв'язку з хворобою одного з членів сім'ї: розгубленість із-за повної або часткової

безпорадності хворого; постійне занепокоєння про майбутнє; почуття страху; відчуття провини; депресія; розчарування; фрустрація; лють, викликана нерозв'язністю самої проблеми захворювання. Найбільш гостро ці переживання проявляються у батьків в ситуації хвороби дитини. Адже саме вони безпосередньо доглядають дитину, витрачають найбільшу кількість сил, змінюють свій спосіб життя найзначнішим чином: хтось, можливо, залишає роботу для того, щоб доглядати хвору дитину, хтось абсолютно змінює усталений спосіб свого життя, переосмислює цінності тощо, адже несуть повну відповідальність за здоров'я і життя свої дитини.

В українському контексті недостатньо досліджено залишаються особливості прояву психотравми у батьків, діти яких мають хронічне невиліковне захворювання, а саме це є вагомою частиною процесу профілактики, корекції та психологічної роботи із особами, що виховують дітей, які мають хронічне невиліковне захворювання з метою збереження їх ментального здоров'я.

Об'єкт дослідження – психотравма особистості.

Предмет дослідження – хвороба дитини як психотравма у батьків.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично вивчити особливості прояву психотравми у батьків, діти яких мають хронічне невиліковне захворювання.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати наукову літературу з проблеми психотравми та чинників, що впливають на її розвиток.
2. Емпірично дослідити психологічні особливості прояву психотравми у батьків, діти яких мають хронічне невиліковне захворювання.

Для досягнення мети у дослідженні було використано *теоретичні методи*: аналіз, синтез, моделювання, систематизація та узагальнення наукових даних для визначення теоретико-методологічної основи вивчення психологічних аспектів прояву психотравми; *емпіричні методи* у сукупності таких психометричних методик: Госпітальна шкала тривоги і депресії (Hospital

Anxiety and Depression Scale, HADS) (Zigmond A.S. і Snaith R.P.) (1983 р.); «Шкала оцінювання впливу травмивної події» (IES-R) (на основі версії IES, опублікованою Горовицем у співавторстві з Н. Вілнером у 1979 р.); «Шкала самооцінювання щодо наявності ПТСР» (pcl-c) (цивільна версія); Опитувальник для скринінгу посттравматичного стресового розладу (Бреслау та ін., 1999 р.); Шкала оцінки якості життя «Оцінка якості життя» (©Чабан О. С.) – Chaban Quality of Life Scale – CQLS) (2017 р); методика CD-RISC-10, що розроблена на основі CD-RISC К. Conner, J. Davidson для визначення рівня резильєнтності (в адаптації З. Кіреєвої, О. Односталко, Б. Бірона); *методи математичної статистики*, зокрема процедури описової статистики, знаходження середніх величин, кореляційний аналіз (розрахунок коефіцієнтів кореляції Пірсона) з метою здійснення аналізу отриманих результатів.

Організація та експериментальна база дослідження. Вибірку дослідження склали батьки дітей з цукровим діабетом, що проживають у Луцькій територіальній громаді. У дослідженні взяли участь 42 особи, віком від 27 до 55 років.

Дозвіл комітету з етики наукових досліджень для проведення дослідження – протокол №3 від 15.12.2023 р.

Наукова новизна полягає в уточненні та конкретизації поняття «психологічна» через вивчення його змісту, симптомів.

Подальшого розвитку набули положення про дезадаптацію особистості, що виховує дитину з невиліковним аутоімунним захворюванням.

Практична значущість роботи полягає в розробці емпірико-діагностичної програми цілісного вивчення феномену «психотравми» у батьків, які виховують дитину з невиліковним аутоімунним захворюванням.

Матеріали дослідження можна використовувати у роботі з особами, що виховують дітей з інвалідністю

Структура та обсяг роботи. Випускна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел (50 найменувань, з них 26 –

іноземною мовою), додатків. Робота містить 9 рисунків та 12 таблиць.
Основний зміст випускної роботи викладено на 61 сторінці.

РОЗДІЛ I

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ФЕНОМЕНУ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ

1.2. Поняття психотравмуючої ситуації

На жаль, у житті майже усі люди зустрічаються з психотравмуючими подіями. Часто мають місце такі події як фізичне насильство, сексуальне скривдження, ДТП, природні та техногенні катастрофи, нещасні випадки, збройні конфлікти, смерть чи хвороба близької людини, розлука тощо. Згідно з оцінками науковців, доприкладу у США у 60% осіб за життя буде щонайменше одна така подія, дві та більше травматичні події мають 17% чоловіків і 13% жінок (Friedman, 2006).

Українська статистика на сьогодні невідома. Однак, не важко уявити, скільки подій та випробувань, що носили «масово травматичний характер», випало на історію України за останнє століття та спричинені ними психосоціальні травми: голодомор, війна, репресії, Чорнобиль. Не менш травмуючими подіями ознаменовано і сьогодні – пандемія COVID-19, повномасштабне вторгнення росії в Україну.

Таким чином, можемо зазначити, що сучасна реальність є безмежним джерелом травмуючих подій та ситуацій. Більшість науковців зазначають, що *травмуюча подія* – це такі екстремальні критичні події, ситуації загрози, які потужно і негативно впливають на індивіда та вимагають екстраординарних зусиль для подолання наслідків цього впливу [1; 5; 7 та ін.]. Травмуючі події здатні набувати форми незвичайних обставин чи якихось ситуацій, які здійснюють на особу інтенсивний, екстремальний, надзвичайний вплив, що несе загрозу для її життя чи здоров'я, чи близьких йому людей. Подібні події докорінно порушують відчуття особистісної безпеки.

Травмуючі ситуації та джерела їх виникнення дуже багатомірні, що зумовлюють складність вивчення означеного феномену. Досить часто, травмуючі ситуації визначаються науковцями як такі, що загрожують життю людини або можуть спричинити серйозну фізичну травму; пов'язані зі сприйняттям фізичного насильства щодо інших людей; мають відношення до впливу інформації про вплив шкідливих факторів середовища [1; 5; 7; 13; 26; 27; 30; 35; 36; 37 та ін.].

Дослідниця Л. В. Трубіцина (2005), вивчаючи феномен психологічної травми, виокремлює такі травмуючі ситуації:

- військові дії;
- природні катаклізми;
- екологічні та техногенні катастрофи, пожежі;
- терористичні акти;
- присутність під час насильницької смерті інших;
- нещасні випадки;
- сексуальне насильство;
- напад;
- раптова поява загрозливих життю захворювань.

Слід зазначити, що виділяють так звані «масштабні ситуації», і саме вони і привертають увагу значної кількості дослідників та фахівців. Однак, дуже часто у житті людей зустрічаються так звані «особистісні ситуації» – травмуючі події, що несуть загрозу та порушують відчуття особистісної безпеки лише конкретної особи. На жаль, такі «особистісні ситуації» часто лишаються поза увагою дослідників. Основною причиною таких явищ є «немасовість» ситуацій, коли суб'єктом взаємодії з іншими травмуючими умовами виступає одна людина, а сама подія має індивідуальний характер.

У психологічних розвідках травмуючих ситуацій виокремлюється ще один термін, що належить до цієї проблематики дослідження – це надзвичайна (екстремальна) ситуація. Більшість дослідників зазначає, що надзвичайна (екстремальна) ситуація розуміється як «обставини на певній території, що

склалися внаслідок аварії, небезпечного природного явища, катастрофи, стихійного чи іншого лиха, які можуть спричинити за собою людські жертви, шкоду здоров'ю людей або навколишньому середовищу, значні матеріальні втрати та порушення умов життєдіяльності людей» [5; 7; 12; 13; 26; 27; 36; 37; 40 та ін.].

Надзвичайні (екстремальні) ситуації поділяються за такими ознаками:

- за ступенем раптовості: раптові (непрогнозовані) та очікувані (прогнозовані). Легше передбачити соціальну, політичну, економічну ситуацію, складніше – стихійні лиха;

- за швидкістю поширення: екстремальні ситуації можуть набувати вибухового, стрімкого розповсюдження, або помірною, плавного характеру. До стрімких найчастіше відносять більшість військових конфліктів, техногенних аварій, стихійних лих. Відносно повільно розгортаються ситуації екологічного характеру;

- за масштабом розповсюдження: локальні, місцеві, територіальні, регіональні, федеральні, трансграничні. До локальних, місцевих і територіальних відносять ситуації, що не виходять за межі одного функціонального підрозділу, виробництва, населеного пункту. Регіональні, федеральні й трансграничні відповідно поширюються на цілі регіони, держави або кілька держав;

- за тривалістю дії: можуть мати короткоплинний характер або затяжний перебіг. Затяжний характер мають, як правило, усі військові конфлікти та екологічні катастрофи;

- за характером дії: навмисні та ненавмисні. До перших відносять національні, соціальні і військові конфлікти, терористичні акти тощо. Стихійні лиха за характером свого походження є ненавмисними, ця група охоплює також більшість техногенних аварій і катастроф [5; 7; 12; 13; 26; 27; 36; 37; 40 та ін.].

Науковці розглядають ще кілька видів ситуацій в аспекті розгляду їх екстремальності. У психологічній науці до таких ситуацій відносять такі як

кризові, проблемні, критичні, екзистенціальні, термінальні, емоційно складні життєві ситуації.

Кризова ситуація тлумачиться дослідниками як ситуація, що генерує нестачу сенсу в подальшому житті людини, як стан неможливої реалізації душевних потреб свого життя, мотивів, переконань, прагнень, цінностей, намірів тощо.

Науковець Ф. Василюк розглядає такі види критичних ситуацій:

- стрес – неможливість здійснення «вітальних» (життєвих) тут-і-тепер установок;
- фрустрація – стан нездоланих труднощів в здійсненні життєво важливих мотивів;
- конфлікт – ситуація суб'єктивно невирішених протиріччя мотивів та цінностей особистості;
- криза – ситуації, в яких відбувається неможливість реалізації життєвих ідей та перспектив [2; 5; 12; 13; та ін.].

Дослідник зазначає, що істотні відмінності цих видів критичних ситуацій розуміються з точки зору різних онтологічних та методологічних підходів, а також в тлумаченні різних різновидів активності і внутрішньої необхідності. Ф. Василюк говорить, що будь яка критична ситуація має свою складну специфіку та внутрішню динаміку, однак різні види означених ситуацій здійснюють вплив одна на одну [2; 5; 12; 13; та ін.]. Слід зауважити, що вчений зазначає, що така диференціація необхідна для того, щоб віднайти найбільш оптимальні способи надання допомоги людині в кожній із перерахованих критичних ситуаціях.

Емоційно складна життєва ситуація – це важлива для людини ситуація, що стосується її емоційно-мотиваційної сфери і передбачає необхідність переживання як процесу. Деякі дослідники означають емоційно складну життєву ситуацію як утруднена, ситуація складних життєвих умов, ситуація повсякденних неприємностей (daily hassles). Як правило, емоційно складну життєву ситуацію людина переважно здатна подолати самотійно.

Проблемна ситуація може стосуватися окремої діяльності особистості, доприкладу, вона може виявлятися у навчальній чи професійній сферах та не стосуватися інших життєвих сфер життя людини – пізнавальної, особистісної тощо. Як правило, проблемна ситуація не здатна суттєво впливати на самооцінку особистості, якість її життя, рівень самоповаги тощо.

Критична ситуація – ситуація, що стосується певних конфліктних, складних, утруднених обставин та суб'єктивно несприятливого життєвого становища, які вимагають переоцінку чи перегляд основних життєвих планів, внесення суттєвих змін у повсякденний сценарій життя.

Екзистенціальна ситуація виникає як наслідок переживання глибокої кризи, коли особа тимчасово втрачає сутність свого існування, потрапляє в ситуацію вибору між життям і смертю.

Термінальна ситуація виникає в особи, коли людина чітко розуміє про свою приреченість та безнадію, і в цьому випадку здатна лише впливати на якість останнього періоду свого життя. В термінальній ситуації людина здійснює найбільш складний та відповідальний життєвий вибір: або перспективу повільного згасання (коли від неї вже нічого не залежить), або можливість відважно, з почуттям власної самоповаги, зустріти смерть.

Слід зауважити, що поняття «важка життєва ситуація», набуло широкого поширення, як у соціальному, так і науковому контексті. Найчастіше цей феномен інтерпретується в найбільш широкому контексті та може включати всі представлені вище поняття критичних ситуацій. Однак, враховуючи те, що термін «важка життєва ситуація» включає в себе майже усі варіанти перерахованих критичних подій, які суб'єктивно пов'язані з різним рівнем дискомфорту їх учасників, цей термін означити дуже важко. Адже, під градацію «важка життєва ситуація» підлягають як трагічні події, що несуть загрозу життю значної кількості людей, так і поточні події, які передбачають особисте переживання дискомфорту для конкретної людини і об'єктивні загрози і ризики її фізичному і психічному благополуччю. [2; 5; 7; 12; 13; 26; 27; 30; 45; 48 та ін.].

Усі зазначені вище типи травмуючих ситуацій суб'єктивно відчуються як необхідність та потреба здійснення зміни ставлення до себе, до власного минулого досвіду, до свого теперішнього та майбутнього. За таких обставин людиною суттєво відчувається стан хаосу (як внутрішнього, так і зовнішнього) порушується спонтанність життя та структурованість життєвого досвіду.

Таким чином, здійснивши теоретико-методологічне вивчення означеного феномену, можемо констатувати наступне. Основними рисами травмуючої ситуації є:

- така ситуація є новою життєвою реальністю для людини і суттєво відрізняється від поточних умов;

- ставить людину перед проблемою екзистенціального вибору між життям і смертю, здійснює значний вплив на суб'єктивну картину світу особистості і переживання фундаментальної невразливості;

- означається подвійністю (неоднозначністю), адже, з однієї сторони, спричинює небезпеку, ризик, руйнування загрозу для особистості, а з іншої – звертається до витримки, відваги, надає резерви для здійснення конструктивних змін;

- знищує цілісність життєвого шляху людини, здійснює поділ життя на періоди (відрізок часу, прожитий до виникнення травмуючої ситуації, часовий період виникнення та дії травмуючої ситуації та відрізок життя після неї);

- відбувається трансформація особистості, можлива фрагментація самоідентичності;

- виникають труднощі щодо прогнозування майбутнього, здійснення передбачення подальших подій та недостатнє розуміння подій, що відбуваються;

- лімітує реалізацію самоздійснення особистості та утруднює резерви в задоволенні потреб;

- лімітує перспективи активного впливу на неї людини, однак відкриває нові прийоми активності;

- посилює роботу з пошуку сенсу того, що відбувається;

- супроводжується появою тріадичної структури «розлад-адаптація-розвиток».

Цінним, на наш погляд, є розуміння щодо розподілу екстремальних ситуацій, які пов'язані з такими умовами, які потребують термінового втручання та усунення, а також з умовами, які пов'язані з активністю людини в ситуаціях, що висувають до неї завищені або надзвичайні вимоги, однак не пкрдбачають їх термінового усунення. Для розмежування таких умов використовують терміни «катастрофічна» і «некатастрофічна» екстремальність. Катастрофічними вважаються ситуації, що несуть загрозу і небезпеку для життя і здоров'я людини, тому потребують запобігання чи негайного усунення, некатастрофічними – відповідно ситуації та умови, в яких реалізується професійна діяльність людини [2; 5; 7; 12; 13; 26; 27; 30; 45; 48 та ін.].

Доведено, що жертви стихійних лих та катастроф страждають від факторів, викликаних екстремальною ситуацією (Everstine, 1993):

1. Раптовість. Заздалегідь про стихійні лиха попереджаються люди дуже рідко (частіше, наприклад, у тих випадках, коли поступово досягається критична фаза повені або насувається ураган, шторм). Таким чином, чим раптовіша та неочікуваніша подія, тим більш вона буде вона руйнівною для жертв.

2. Відсутність подібного досвіду. Позаяк стихійні лиха та катастрофи є досить рідкими явищами, то люди часто «навчаються» переживати їх у момент стресу.

3. Тривалість. Цей фактор модифікує від часу до часу. До прикладу, повінь, яка плавно поширюється, може так само поволі і спадати, а землетрус триває кілька секунд, однак спричинює значно більше руйнувань. Слід зазначити, що у жертв деяких тривалих екстремальних ситуацій (наприклад, хвороба близької людини) травматичні наслідки можуть нагромаджуватись з кожним наступним днем.

4. Недолік контролю. Ніхто не в змозі здійснювати контроль ситуації під час катастроф. Інколи потрібно достатньо часу, перш ніж людина подолає

переживання та зможе адаптуватися та контролювати прості події щоденного життя. Однак, коли втрата контролю триває довго, навіть у стесостійких і емоційно врівноважених людей, то можуть з'явитися риси «навченої безпорадності».

5. Горе і втрата. Жертви катастроф можуть розстатися із значущими чи близькими людьми або втратити когось із рідних; але найважче – це перебувати в очікуванні звісток про можливі втрати.

Слід зазначити, що через катастрофу, особа може втратити свою соціальну роль і позицію. У випадку впливу тривалих травматичних подій людина може позбутися будь-яких сподівань на відновлення втраченого.

6. Постійні зміни. Руйнування, спричинені катастрофою, можуть виявитися непередбачуваними: людина може потрапити у зовсім нові та ворожі умови.

7. Експозиція смерті. Навіть короткотривалі ситуації загрози та небезпеки для життя здатні здійснити вплив особистісну структуру людини, її так звану, «пізнавальну карту» та докорінно змінити її. Часті зіткнення зі смертю здатні здійснювати значні і глибокі зміни змін на регуляторному рівні. При близькому зіткненні зі смертю вірогідне виникнення важкої екзистенційної кризи.

8. Моральна невпевненість. Жертва катастрофи може опинитися перед необхідністю здійснювати складний вибір, який пов'язаний з системою цінностей, приймати рішення, здатні змінити докорінно життя (наприклад, кого рятувати, наскільки ризикувати, кого звинувачувати).

9. Поведінка під час події. Кожна людина бажає достойно та гідно виглядати у важкій ситуації, однак це вдається це небагатьом. Те, що вона зробила або не зробила під час катастрофи, може переслідувати її тривалий час.

10. Масштаб руйнувань. Перетерпівши катастрофу, людина, зазвичай, вражена її негативними та руйнівними наслідками у соціальному житті. Зміни культурних та соціальних норм примушують людину прилаштовуватися до нових реалій, інакше емоційна втрата поєднується з суспільною дезадаптацією [2; 5; 7; 12; 13; 26; 27; 30; 45; 48 та ін.].

На думку таких науковців як О. Євсюкова та В. Садкового, психотравмуючими є ті події, які здатні викликати переживання інтенсивного страху та безпорадності.

Згідно Американської класифікації хвороб DSM–IV, травматичною можна назвати таку подію, яка пов'язана зі смертю, загрозою смерті, тяжким пораненням або іншою будь-якою загрозою фізичної цілісності. Але інколи психологічна травма виникає через те, що людина стає свідком загрозової події, поранення або смерті зовсім чужої людини.

1.2. Поняття психотравми у сучасній психологічній науці.

Психологічна та психічна травма

Дослідження феномену психологічної травми набуває виняткової актуальності в кризові періоди суспільства. Стресові події та кризи, які мають місце в умовах сьогодення сприяли детальному та ґрунтовному дослідженні феномену психологічної травми.

Питання системного дослідження проблеми психологічного травматизму в науковій літературі залишається особливо актуальним при визначенні оптимальних методів профілактики, психодіагностики, психокорекції та психотерапії психологічної травми.

Науковці розрізняють психологічні та психічні травми. Хоча, слід зазначити, що деякі дослідники не диференціюють ці поняття, однак, спільною думкою є те, що психологічна та психічна травми відрізняються силою, інтенсивністю травмивної події на особистість [2; 5; 7; 12; 13; 26; 27; 30; 45; 48 та ін.].

У людському житті, на жаль, досить часто мають місце психотравмуючі події: фізичне насильство, сексуальне скривдження, ДТП, природні та техногенні катастрофи, нещасні випадки, важні невиліковні хвороби тощо. Згідно з оцінками дослідників, наприклад у США у 60% осіб за життя буде щонайменше одна така подія, три травматичні події і більше – у 17% чоловіків і 13% жінок (Friedman, 2006).

У сучасній психологічній науці поняття «психологічна травма» не має чіткого визначення. Свого максимального розповсюдження цей феномен отримав в межах теорії посттравматичного стресового розладу наприкінці 80-х років ХХ століття у кризовій психології.

Історія феномену психологічної травми бере початок з ранніх праць З. Фрейда та дофрейдівських робіт Ж. Шарко та Ж. Брейєра.

З. Фрейд – творець першої психоаналітичної теорії травми. В ній вчений розглядає психологічну травму як явище, що глибоко вкорінене у несвідому сферу, як афект, що здійснює патогенний вплив на психіку людини та є чинником виникнення невротичних розладів особистості. З. Фрейд зазначав, що основою психологічної травми є не зовнішні події, а сама психіка людини. Джерело психологічної травми, згідно науковця, це розщеплення Его, до якого призводить травматична тривога, що виникла на несвідомих фантазіях.

Поняття «травма» у повсякденному тлумаченні співвідноситься здебільш з тілесними ушкодженнями, порушенням цілісності тіла.

Фізичні травми бувають легкими, важкими та несумісними з життям, їх «складність» залежить від сили впливу джерела травми та захисного бар'єра тіла. Згідно законів гомеостазу все, що порушує рівновагу та цілісність організму, викликає реакцію, що спрямована на відновлення стабільного стану. Відомо, що всі чужорідні тіла відторгаються людським організмом, тобто витісняються. За аналогією з фізичною травмою та реакцією на неї організму функціонує й психологічна травма [2; 5; 7; 12; 13; 26; 27; 30; 45; 48 та ін.].

За розумінням З. Фрейда, психіка людини, так само, як і її внутрішнє середовище організму, прагне до підтримки стабільного стану, тому, все, що порушує цю стабільність, витісняється. Таким чином, психологічна травма, на відміну від фізичної травми (яка завжди є зовнішньою), може мати інтрапсихічну природу. Іншими словами, психіка має здатність травматизувати саму себе, породжуючи певні думки, спогади, переживання та афекти.

Інша суттєва відмінність психологічна травми від фізичної полягає в тому, що вона незрима та визначається за непрямыми ознаками, основною з

яких є душевний біль. Рефлекторна реакція організму на будь-який біль – це відсторонення, уникнення, позбавлення. Однак, слід пам'ятати, що основна функція болю – інформаційна, вона покликана повідомляти про наявність ушкодження й запускати механізми на зцілення й виживання організму.

Психічний біль так само повідомляє про наявність психологічного неблагополуччя та запускає механізм зцілення психіки – захисні механізми (зокрема найчастіше механізми витіснення та придушення або відповідну реакцію). Слід підкреслити, що відповідна реакція на травматичний вплив наявна завжди, і чим більш інтенсивний вплив чинить травма, тим сильнішою буде зовнішня дія чи внутрішнє переживання. Відповідною реакцією на психічний біль може бути удар, сварка, почуття безсилля та плач. Відповідна реакція дає можливість розрядки надмірного психічного збудження, що виникає під час травматичної події [2; 5; 7; 12; 13; 26; 27; 30; 35; 36; 37; 45; 48 та ін.].

У тому випадку, коли психічне збудження, яке підвищилося, не може бути відреаговано, зокрема, вербально (адже, слова можуть заміщувати не тільки дії, а й переживання), починають діяти захисні механізми психіки. Вони перетворюють енергію травматичного збудження у тілесні симптоми. Таким чином, «розрядка» психічного збудження виявляється в соматичній сфері. Відбувається те, що в психоаналізі називають конверсією.

Символічне значення конверсійних симптомів, локалізованих у тілі психосоматика розглядає наступним чином:

- почуття образи, яку людина не змогла «проковтнути», локалізується в ділянці ковтання у вигляді захворювань горла, щитоподібної залози, а образа, яку людина не змогла «перетравити» в ділянці – шлунково-кишкового тракту;
- «травма розбитого серця», або ситуація, якою дуже емоційно переймаються, має локалізацію у серці;
- почуття провини викликає блювоту, нудоту, спазми судин, а сексуальна провина – часті сечовипускання, енурез, цистит;

- «невиплакані» сльози та пригнічений плач визивають розлади кішківника та риніт (сльози знаходять інший шлях виходу);
- безсила лють та пасивна дратівливість від життєвої траматичної ситуації, відсутність підтримки й опори призводить до порушення опорно-рухового апарату;
- травми приниження та удари по самолюбству й самооцінці викликають проблеми з судинами, головний біль, гіпертонію;
- довербальні травми викликають порушення мовлення.

Згідно теорії З. Фрейда, соматизація сприяє розрядці психічного напруження, таким чином, у психіці людини формується специфічне «ментальне ядро» або «пункт перемикання», яке асоціативно пов'язане з усією «атрибутикою» отриманої психологічної травми.

На думку З. Фрейда, це «ментальне ядро» активізується щоразу, коли ситуація чи подія нагадуватиме траматичні переживання, одночасно запускаючи патологічні механізми реагування.

Цей феноменом психоаналітик означив як «феномен нав'язливого повторення». Вчений вважав, що психологічна травма володіє надзвичайно «хорошою пам'яттю», а її жертви страждають переважно від неприємних спогадів та патологічних патернів реагування, реалізованих несвідомо.

Цікавим є те, що З. Фрейд вважав, що важливим моментом для наслідку травми є не сила впливу траматичної події, а підготовленість або непідготовленість організму, яка виражається в його потенції. Відомо, що психологічна травма не завжди виявляється у чистому вигляді, як хворобливий спогад або переживання, а вона стає «збудником хвороби» та провокує розвиток різних симптомів (фобії, obsesії, заїкання тощо).

З Фрейд вважав, що симптоми можуть зникати, якщо вдається з усією емоційністю «прожити» траматичну подію в пам'яті, повторно пережити та проговорити її. Слід зазначити, що ця думка пізніше стала основоположною у психотерапії та дебрифінгу роботи з психологічними травмами.

Основні положення теорії травми З. Фрейда наступні:

- психологічні травми відіграють важливу роль в етіології неврозів;
- переживання набуває травматичного характеру внаслідок кількісного фактора;
- за певної психологічної конституції травмою може стати те, що при іншій не викликало б подібних наслідків;
- усі психологічні травми виникають у ранньому дитинстві;
- психологічними травмами є або переживання власного тіла, або чуттєві сприймання та враження;
- наслідки психологічної травми можуть бути як позитивні, так і негативні. (Позитивні наслідки травми пов'язані із зусиллям згадати забуте переживання, зробити його реальністю, знову пережити його повторення (фіксація на травмі та нав'язливе її повторення); негативні наслідки травми пов'язані із захисними реакціями у формі уникнення та фобій);

- невроз – це невдала спроба зцілення від травми, стремління примирити одну частину «Я», що відколося під впливом травми з іншими частинами «Я». [5; 7; 12; 13 та ін.].

Цікавими з наукової точки зору є ідеї О. Феніхеля. У науковій праці «Психоаналітична теорія неврозів» дослідник зазначає, що будь-який, несподіваний та сильний потік подразників може провокувати виникнення психологічної травми. Однак, важливою для подальшої роботи з психотравмою є те, наскільки вираженою в період травми була моторна реакція особи, адже блокування такої реакції значно збільшує ймовірність виникнення психічного розладу. О. Феніхель зазначав, що травмуючий вплив є прямо пропорційним його раптовості та несподіваності. Науковець означив різновиди симптомів психологічної травми:

- блокування або зниження функцій «Его», втрата відчуття реальності та адекватного сприйняття дійсності;
- періодичні напади неконтрольованих емоцій, особливо тривоги та гніву;
- безсоння, тяжкі порушення сну з типовими сновидіннями, в яких знову та знову переживається травма;

- «прогривання» та «проживання» травматичної ситуації у формі фантазій, міркувань, суджень, думок, переживань;
- ускладнення у вигляді психоневрологічних симптомів [7 та ін.].

К. Юнгом була розвинена теорія З. Фрейда щодо травмогенного ефекту несвідомих фантазій. К. Юнг дійшов висновку про існування значної кількості різних індивідуальних історій та фантазій (комплексів), що стосуються психотравми, інакше кажучи – до розуміння множинності травми (Д. Калшед, 2001).

У більш пізніх наукових працях, присвячених психотравмі, феномен психологічної травми вивчався у контексті теорії стресу в якості особливої форми загальної стресової реакції (Г. Сельє, 1979; О. Черепанова, 1997). Згідно цієї теорії, травматичний стрес виникає у випадку коли стресогенний фактор є досить сильний, розвертається впродовж тривалого періоду часу, значно обтяжує психологічні, фізіологічні та адаптаційні можливості людини, руйнує психологічний захист, викликає тривогу та призводить до психологічного й фізіологічного «ламання» в організмі. Якщо ж переживання стресової ситуації в нормі, мобілізує адаптаційні можливості організму, сприяє пристосуванню людини до мінливих умов, то травматичний стрес виснажує його адаптаційні можливості [5; 7 та ін.].

У сучасних наукових дослідженнях психологічна травма інтерпретується як стан сильного страху, що переживається людиною при зустрічі з раптовою і несподіваною подією чи ситуацією, яка несе потенційну загрозу її життю. Такий страх перевершує можливості індивіда та не дозволяє йому контролювати та ефективно реагувати (Р. Levine, 1998; Zetl & Josephs, 2001).

В контексті наукових розвідок цікавою є теорія, розроблена американським вченим П. Левіном. Науковець об'єднав належні знання з біології, психофізіології та нейропсихології, а також психології та психотерапії. Автор зазначає, що травма – це прорив бар'єрів, які захищають людину від впливу, і супроводжується дуже сильним відчуттям безпорадності [5; 7 та ін.].

Психологічна травма зазвичай виникає через брак особистих ресурсів, необхідних для того, щоб впоратися з травматичною подією. Згідно наукових поглядів П. Левіна, руйнівальна сила психологічної травми залежить від індивідуального значення травмивної події, рівня психологічної захищеності та спроможності до саморегуляції. (P. Levine, 1997).

Оскільки люди по-різному реагують на потенційні загрози, часто важко класифікувати причину травми. Г. Сельє зауважує, що причиною стресових переживань є будь-які вимоги, що пред'являються до людини. (Г. Сельє, 1979) [12 та ін.].

П. Левін зазначає, що травма пов'язана з наслідками таких подій, як війна, фізичне, психічне чи сексуальне насильство, аварії, стихійні лиха. Однак є багато «звичайних» подій, які неможливо зробити менш травматичними, навіть якщо вони дуже позитивні. Наприклад, незначні автомобільні аварії часто викликають фізичні, емоційні та психологічні симптоми, які впливають на здоров'я. Нескладні медичні процедури й хірургічні втручання можуть відчуватися людиною як винятково травмивні, однак справді вони не є такими (P. Levine, 1996).

Науковець Д. Калшед пояснив, що психологічна травма може виникати не лише як наслідок зовнішніх травматичних подій, а й через внутрішню роботу самої психіки. Мозок реагує на зовнішні травмуючі події за такою схемою. Спочатку психіка перетворює зовнішню травму на внутрішню «силу самоушкодження», а потім відбувається злоякісна трансформація психологічних захистів, або «злоякісна трансформація». Це викликано перетворенням системи самозбереження розуму на систему самознищення. Психологічний захист трансформується у примітивний, «архаїчний» рівень (відхилення від реальності, розщеплення, аутизм, трансіві стани, поява множинних ідентичностей, стереотипні реакції, втрата сенсу буття), розум регресує і йому важко повернутися до раціонального.

Наступна лінія захисту, примітивна, «архаїчна» - з призначена для запобігання руйнуванню особистості у відповідь на травму.

Основний висновок Д. Калшеда полягає в тому, що травмований розум продовжує травмувати себе через синдром компульсивного повторення. Таким чином, травмовані люди починають знову і знову виявляти себе в життєвих ситуаціях, де вони неодноразово піддаються травмі.

З. Фрейд також говорив про «невроз долі», який зводиться до того, що люди прагнуть весь час у житті «наступати на одні й ті самі вила» і тому схильні повторювати травматичний досвід.

Слід зазначити, що Д. Каршед підкреслює, що так само, як існують тілесні ушкодження, несумісні з життям тіла, є психічні ушкодження, несумісні з життям особистості. У цьому випадку особистість, яка існувала до травми, після травми вже не існує. Однак, на відміну від фізичної шкоди, несумісної з життям, ця втрата не є непоправною. Тому, як зазначає науковець, лікування психологічної травми повинно починатися з побудови довіри, що виникає на основі розуміння і емпатії психотерапевта, з подальшим поступовим відновленням нормальних і зрілих захистів, а потім відновленням того, до чого потрібно рухатися, до нового сенсу існування [5; 7 та ін.].

Серед сучасних науковців проблемі психологічної травми присвячена монографія М. М. Решетнікова «Психологічна травма». Науковець вперше проаналізував історію теорії психологічної травми, саму теорію, етіологію, діагностику та лікування психологічної травми, спираючись на широкий спектр психолого-психіатричних підходів [8].

Психологічна травма виявляється як порушення системи міжособистісних стосунків, обтяжує приватне життя, руйнує важливі міжособистісні відносини, виявляється асоціальною та девіантною поведінкою.

Переживання психологічної травми неналежним чином серйозно порушує життя та розвиток людини на трьох рівнях:

- порушення рівноваги, відносин особистості зі світом та оточенням, утрата довіри до життя та людей;
- емоційні, когнітивні, особистісні та поведінкові розлади;
- психосоматична хвороба.

Конструктивні методи подолання психологічної травми можуть відновити внутрішні ресурси людини, спричинити особистісний і духовний розвиток.

Дитячий психолог А. Венгер у своїй праці «Психологічна допомога дітям та підліткам після Бесланської трагедії» описує етапи, на яких потерпілі від травматичних ситуацій переживають психологічну травму. Етапи психологічної травми:

- шоківий стан;
- рівень стабілізації;
- фаза відновлення.
- фаза особистісної та соціальної інтеграції (А. Л. Венгер, О. І. Морозова).

Шоківий стан – це найперша реакція на важку психологічну травму. Діти особливо чутливі до потрясінь, оскільки вони емоційно незрілі. Цей стан проявляється різними способами: патологічне гальмування чи патологічне збудження.

При патологічній загальмованості дитина стає блідою, нерухомою, загальмованою в поведінці, має слабку міміку («маскоподібне обличчя»). Вираз обличчя може бути безвиразним, сумним або страшним. Дитина погано говорить і мовчить. У деяких випадках може спостерігатися вибірковий мутизм (відмова від мовлення в певних ситуаціях) або повний мутизм (повна відмова дитини від мовлення). Реакція на зовнішні подразники дуже слабка. Діти можуть бути не в змозі відповісти на запитання або звернути увагу на оточуючих, які намагаються з ними зв'язатися.

При патологічному збудженні у дітей спостерігається висока рухова активність, але ця діяльність позбавлена цільової спрямованості. Дитина може кудись бігти, кричати, голосно плакати, здатна на агресивну та деструктивну (деструктивну) поведінку. У стані шоку реакція дитини на зовнішні впливи значно знижена. Дуже часто патологічне збудження і патологічне гальмування

виникають по черзі в однієї і тієї ж дитини. Тобто гальмування змінюється збудженням, а потім знову починається гальмування [12 та ін.].

Отже, загальною ознакою шокового стану є відсутність у дитини цілеспрямованої активності та контакту із зовнішнім світом.

Якщо попередня психологічна підтримка відсутня або неефективна, у дітей, які пережили травматичну подію, можуть розвинути симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР) [11; 50 та ін.].

3.1. Хвороба дитини як психотравма у батьків

Проаналізувавши наукову літературу, присвячену проблематиці психотравми, можемо зазначити, що однією із трамівних подій, що призводять до виникнення та переживання психотравми є важка хвороба близької людини [6; 8; 9; 10; 14; 15; 17; 18; 25; 31; 32; 33; 34; 38; 39; 40; 41; 42; 44; 45; 47 та ін.]..

Наявність тяжко хворої людини – важке випробування для усієї сім'ї. Хвороба одного з членів сім'ї супроводжується наростанням емоційної напруги в сім'ї і фізичного навантаження у окремих її членів. Усі труднощі, з якими стикається сім'я хворого, можна розділити на об'єктивні і суб'єктивні [6; 8; 9; 10 та ін.].

До об'єктивних відносяться збільшені витрати сім'ї, несприятлива дія ситуації, що склалася, порушення ритму і розпорядку життя сім'ї тощо.

Серед суб'єктивних труднощів виділяють різноманітні переживання і емоційні реакції у зв'язку з хворобою одного з членів сім'ї: розгубленість із-за повної або часткової безпорадності хворого; постійне занепокоєння про майбутнє; почуття страху; відчуття провини; депресія; розчарування; фрустрація; лють, викликана нерозв'язністю самої проблеми захворювання. Найбільш гостро ці переживання проявляються у батьків в ситуації хвороби дитини. Адже саме вони безпосередньо доглядають дитину, витрачають найбільшу кількість сил, змінюють свій спосіб життя найзначнішим чином: хтось, можливо, залишає роботу для того, щоб доглядати хвору дитину, хтось абсолютно змінює усталений спосіб свого життя, переосмислює цінності тощо,

адже несуть повну відповідальність за здоров'я і життя свої дитини [6; 8; 9; 10; 14; 15; 17; 18 та ін.].

Інвалідність дитини часто стає причиною глибокої й тривалої соціальної дезадаптації всієї сім'ї. Незалежно від характеру та тривалості відхилення в розвитку у дитини, це впливає на звичний ритм життя сім'ї. Виявлення в дитини вади розвитку та підтвердження інвалідності завжди призводить до важкого стресового стану батьків, сім'я опиняється в складній психологічній ситуації. Батьки впадають у відчай, хтось плаче, хтось несе біль у собі, хтось стає агресивним і злобливим, батьки такої дитини можуть повністю віддалитися від друзів, знайомих, часто й від родичів. Деколи це стає причиною розлучення. Це час болю, який треба пережити, час суму, який має бути вилитим. Лише переживши цей стан, людина здатна розглянути ситуацію спокійно, більш конструктивно підійти до вирішення своєї проблеми.

Акцентуємо увагу на тому, що перебіг будь-якого захворювання, зокрема, і цукровий діабет, залежить від чинників як фізіологічного, так і психологічного характеру. Тому допомога сім'ям, які зустрілися з хворобою, повинна здійснюватися комплексно, включаючи як медичні, так і психологічні аспекти.

Особливість захворювання на цукровий діабет полягає в тому, що основний процес лікування покладається на самого пацієнта (батьки щоденно кілька разів на день мають вводити інсулін, доза якого постійно змінюється залежно від рівня глюкози крові, фізичної активності, часу доби, гормональної активності, кількості спожитих білків/жирів/вуглеводів в їжі, глікемічного індексу їжі, емоційного стану, погоди тощо. Неправильно порахована і введена доза інсуліну призводить до виникнення загрози здоров'ю і життю дитини). Тому найважливішою складовою лікування та попередження ускладнень спричинених захворюванням, в даному випадку, є знання батьків про хворобу (які вони не отримують при виявленні діагнозу та перебуванні у лікарні). Після виписки з лікарні вони залишаються «сам на сам» з хворобою. Наявна

інформація про хворобу в Інтернеті та соціальних мережах не завжди правдива та універсальна, адже кожен організм індивідуальний.

Важливим етапом здійснення ефективної компенсації хвороби є психологічний супровід дітей та батьків, чиї діти хворіють на цукровий діабет. Адже, лише за умови стабілізації емоційного стану, зниження депресивних проявів, рівня тривоги та фрустрації, страху та інших порушень психологічного здоров'я можливо прийняти хворобу та здійснювати ефективне лікування та попередження ускладнень захворювання.

Стандарти медичної допомоги Американська діабетична асоціація (ADA) 2024 рекомендують Скринінг на діабетичний дистрес і депресію. Передбачено, що хворі на цукровий діабет та особи, які здійснюють догляд за ними, члени їхніх сімей повинні проходити скринінг на наявність дистресу щонайменше раз на рік, а за необхідності — частіше. Нові настанови також заохочують до щорічного скринінгу на депресію у всіх людей з діабетом (частіше у тих, хто має депресію в анамнезі або повідомляє про неї самостійно). Люди з проблемами або діагнозом психічного здоров'я повинні бути направлені до фахівців у галузі охорони психічного здоров'я для отримання послуг.

В українському контексті недостатньо досліджено залишаються особливості прояву психотравми у батьків, діти яких мають хронічне невиліковне захворювання, а саме це є вагомим частиною процесу профілактики, корекції та психологічної роботи із особами, що виховують дітей, які мають хронічне невиліковне захворювання з метою збереження їх ментального здоров'я.

РОЗДІЛ 2.
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ
ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОТРАВМИ
У БАТЬКІВ ДІТЕЙ, ЩО ХВОРІЮТЬ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

2.1. Організація та методичний апарат дослідження психологічних особливостей психотравми у батьків дітей, що хворіють на цукровий діабет

Організація дослідження полягала у створення програмно-методичного забезпечення та передбачала його структурно-логічну поетапність. Постановка завдань передбачала розробку комплексної та системної програми проведення дослідження.

Організація емпіричного дослідження психологічних особливостей психотравми у батьків дітей, що хворіють на цукровий діабет включає в себе чотири етапи.

На першому етапі дослідження на основі попереднього знайомства з проблемою та результатів попереднього її вивчення, основна увага була зосереджена на виборі напряму дослідження, опрацюванні мети та завдань, визначенні об'єкту, предмету та методів дослідження, виборі можливих джерел інформації.

Другий етап дослідження був присвячений вивченню психотравми у сучасній психологічній науці. Цей етап передбачав аналіз теоретичних джерел вітчизняних та зарубіжних авторів з означеної проблеми.

Таким чином, було вивчено стан дослідженості проблеми психотравми, проаналізовано основні погляди науковців на окреслений феномен, визначено категорійно-понятійний апарат досліджуваної проблеми. Отримані при цьому результати стали підставою визначення завдань, розробки програми дослідження і збору матеріалу, визначення етапів дослідження, вибір методів, адекватних меті та завданням дослідження, кількісного та якісного аналізу отриманих даних.

Для реалізації поставлених завдань дослідження було використано такі **методи:** *теоретичні* (аналіз проблеми на підставі вивчення наукової літератури: порівняння, абстрагування, систематизація та узагальнення одержаної наукової інформації); *емпіричні* (комплекс психодіагностичних методик) та *методи математичної статистики* (знаходження середніх величин, кореляційний аналіз (розрахунок коефіцієнтів кореляції Пірсона)) з метою здійснення аналізу отриманих результатів.

Комплекс психодіагностичних методик включав: : Госпітальна шкала тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) (Zigmond A.S. і Snaith R.P.) (1983 р.); «Шкала оцінювання впливу травмивної події» (IES-R) (на основі версії IES, опублікованою Горовицем у співавторстві з Н. Вілнером у 1979 р.); «Шкала самооцінювання щодо наявності ПТСР» (rc1-c) (цивільна версія); Опитувальник для скринінгу посттравматичного стресового розладу (Бреслау та ін., 1999 р.); Шкала оцінки якості життя «Оцінка якості життя» (©Чабан О. С.) – Chaban Quality of Life Scale – CQLS) (2017 р.); методика CD-RISC-10, що розроблена на основі CD-RISC К. Conner, J. Davidson для визначення рівня резильєнтності (в адаптації З. Кірєєвої, О. Односталко, Б. Бірона).

Госпітальна шкала тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) (Zigmond A.S. і Snaith R.P.) (1983 р.)

Для виявлення тривожних і депресивних розладів використовується Клінічна шкалу тривоги та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale — HADS). Методика містить 14 питань, 7 з яких визначають рівень тривоги та 7 – рівень депресії. Обрані відповіді переводять у бальну шкалу, де 0–7 балів – норма, 8–10 – субклінічні прояви тривоги/депресії, ≥ 11 – клінічно виражена тривога/депресія. Посилання:

Госпітальна шкала тривоги і депресії (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) є визнаним інструментом самооцінки. Такий тест пацієнт може заповнити самостійно, не чекаючи на прийом лікаря.

Шкала була розроблена у 1983 році (автори Zigmond A.S. і Snaith R.P.) для визначення та оцінки важкості симптомів депресії та тривоги в умовах загальномедичної практики. Її перевагами є простота застосування і обробки, що дозволяє рекомендувати для первинного виявлення (скринінгу) тривоги та депресії.

Психічний розлад зі зниженням настрою та нездатністю просто радіти, а також з негативними судженнями та песимістичними поглядами на те, що відбувається навколо, і ще до цього плюс рухова загальмованість – все це разом і буде те, що в медицині прийнято називати депресією. При цьому ще завжди занижена самооцінка, і як правило повна або часткова втрата інтересу до життя та звичної діяльності.

Поділяють депресивні симптоми на 2 види: типові та додаткові.

За наявності депресії присутні два основних симптоми і не менше трьох додаткових.

До типових (основних) симптомів депресії відносять: пригнічений настрій, що не залежить від обставин, строком від двох тижнів та більше; втрата інтересу чи задоволення від раніше приємної діяльності; виражена стомлюваність, «занепад сил»; погіршення самопочуття вранці та покращення до вечора.

Додаткові симптоми: песимізм; почуття провини, незрозумілої марності, тривоги та (або) страху; занижена самооцінка; нездатність концентруватися та приймати прості рішення; думки про смерть; нестабільний апетит, зниження або збільшення у вазі; стан, що характеризується появою солодкого смаку у роті без відповідного подразника порушення сну: наявність безсоння або пересипання.

Якщо вищезазначені симптоми присутні більше 2 тижнів, відповідно до діагностичних критеріїв встановлюється діагноз депресивного розладу.

Субклінічна виражена тривога/депресія – це стан, коли в людини переважає знижений настрій, загальний смуток, підвищений поріг сприйняття приємних подій.

При інтерпретації даних враховується сумарний показник балів шкали А та D. Обробка результатів полягає в підрахунку сумарного показника за кожною шкалою: 0-7 – норма (відсутність достовірно виражених симптомів тривоги і депресії); 8-10 – субклінічно виражена тривога/депресія; 11 і вище – клінічно виражена тривога/депресія.

«Шкала оцінювання впливу травмивної події» (IES-R) (на основі версії IES, опублікованою Горовицем у співавторстві з Н. Вілнером у 1979 р.)

В шкалі описано переживання людей, які мали важкі стресові ситуації. Досліджуваним пропонується визначити наскільки вони відчували такі почуття з приводу подібної ситуації.

Опрацювання результатів здійснюється згідно підрахунку балів за такими шкалами::

субшкала «вторгнення»;

субшкала «уникнення»;

субшкала «фізіологічна збудливість».

Загальна оцінка реакції на стресову ситуацію визначається за сумою балів усіх субшкал.

Реакція на стресову ситуацію (травму) визначається як низька (< 30 балів), помірна (30–50 балів) та виражена (> 50 балів).

«Шкала самооцінювання щодо наявності ПТСР» (PCL-c) (цивільна версія)

В таблиці перелічено проблеми та скарги, які можуть виникати в людини внаслідок стресового (травмивного досвіду) в минулому. Респонденти оцінюють кожний пункт від 1 (зовсім ні) до 5 (дуже виражено), щоб вказати ступінь виявлення конкретного симптому впродовж минулого місяця. Отже, діапазон оцінки може бути в межах від 17 до 85 балів.

Не зважаючи на те, що шкали самооцінювання не слід використовувати для встановлення формального діагнозу, PCL виявився хорошим діагностичним інструментом.

50 балів і вище – визначається як оптимальний показник для того, щоб вказати на можливе встановлення діагнозу ПТСР посткомбатантові (тобто якщо

підрахунок дорівнює 50 і більше балів, то можна вже говорити про ПТСР, якщо менше – ні).

Опитувальник для скринінгу посттравматичного стресового розладу (Бреслау та ін., 1999 р.)

Цей опитувальник входить до уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад».

Досліджуваному пропонується відповісти на 7 запитань. Опрацювання результатів: 4 і більше позитивні відповіді вказують на ймовірність ПТСР.

Шкала оцінки якості життя «Оцінка якості життя» (©Чабан О. С.) – Chaban Quality of Life Scale – CQLS) (2017 р.)

Досліджуванним необхідно пригадати ті події, що відбувались із ними за останні 30 днів та позначити наскільки вони були задоволені ситуаціями, представленими в опитувальнику, оцінивши за такою шкалою: 0 – зовсім не задоволений(а); 1-3 – більш незадоволений, ніж задоволений(а); 4-6 – посередньо; 7-9 – більш задоволений(а), ніж незадоволений(а); 10 – надзвичайно задоволений(а).

Шкала оцінки якості життя здійснюється за такими показниками:

1. Задоволеність своїм фізичним станом.
2. Задоволеність настроєм.
3. Задоволеність проведенням вільного часу.
4. Задоволеність любов'ю, сексуальною активністю.
5. Задоволеність повсякденною активністю (хобі, робота по дому та ін.).
6. Задоволеність соціальною активністю (спілкування з рідними, друзями).
7. Задоволеність фінансовим благополуччям.
8. Задоволеність умовами проживання.
9. Задоволеність роботою, навчанням, іншою зайнятістю.
10. Загальний рівень задоволеності життям.

Шкалу заповнює особа, яка проходить обстеження, самостійно. Мінімальна кількість балів – 0, максимальна – 100.

Рівень якості життя як: дуже низький – до 56 балів включно; низький – від 57 до 66 включно; середній – від 67 до 75 включно; високий – від 76 до 82 включно; дуже високий – від 83 балів.

Методика Коннора-Девідсона CD-RISC-10, що розроблена на основі CD-RISC K. Conner, J. Davidson для визначення рівня резильєнтності (в адаптації З. Кіреєвої, О. Односталко, Б. Бірона).

Шкала резильєнтності Коннора-Девідсона-10 (Campbell - Sills & Stein, 2007; Школіна та ін., 2020), включає 10 найбільш інформативних пунктів повної шкали з 25 пунктів. Відповідно, вона складається з 10 тверджень, відповіді на які даються за п'ятибальною шкалою Лайкерта (від «повністю невірно» = 0 до «вірно майже у всіх випадках» = 4).

Досліджуваним пропонується оцінити себе за 10 твердженнями, обвівши кружечком відповідну цифру: 0 - повністю невірно; 1 - зрідка вірно; 2 - вірно час від часу; 3 - часто вірно; 4 - вірно майже у всіх випадках.

Кількісний показник резильєнтності за методикою складає сума балів за 10 твердженнями (від 0 до 40). Рівень резильєнтності: низький (0 – 15 балів); нижчий за середній (16 – 20 балів); середній (21 – 25 балів); вищий за середній (26 – 30 балів); високий (31 – 40 балів).

Вибірку дослідження склали батьки дітей з цукровим діабетом, що проживають у Луцькій територіальній громаді. У дослідженні взяли участь 42 особи, віком від 27 до 55 років.

З метою здійснення порівняльного аналізу психологічних особливостей психотравми у батьків дітей, що хворіють на цукровий діабет вибірку було поділено на експериментальні групи за критерієм статі, стажу хвороби дитини та віком дітей з цукровим діабетом.

Протягом *третього етапу* дослідження було проведено емпірико-діагностичне дослідження. Цей етап включав у себе підготовку до проведення діагностичного дослідження, розробку та уточнення інструкції для

респондентів, попередню її перевірку на простоту й зрозумілість та діагностику респондентів. Метою третього етапу дослідження стало вивчення психологічних особливостей психотравми у батьків дітей, що хворіють на цукровий діабет.

Отримані результати були використані для подальшого їх статистичного аналізу. При цьому статистична обробка даних здійснювалася за допомогою стандартних програм для математичної обробки даних комп'ютерних програм Statistika. Інтерпретація результатів та висновки за темою магістерської роботи завершили дослідницький цикл проведеної роботи. Результати такого аналізу представлені у вигляді схем, таблиць, діаграм та рисунків.

Заключний (четвертий) етап дослідження полягав в узагальненні та систематизації отриманих результатів.

2.2. Результати дослідження психологічних особливостей психотравми у батьків дітей, що хворіють на цукровий діабет

Теоретичний аналіз проблеми та розроблена програма емпірико-діагностичного вивчення психологічних особливостей психотравми у батьків дітей, що хворіють на цукровий діабет вимагає чіткої послідовності у фіксації, аналізі та інтерпретації отриманих результатів.

З метою вивчення психологічних особливостей психотравми у батьків дітей, що хворіють на цукровий діабет було використано методики діагностики рівнів тривоги та депресії, оцінки впливу травмної події, оцінку наявності ПТСР та рівня якості життя, рівень резильєнтності.

Аналізуючи отримані результати ми здійснили поділ вибірки на групи: першу групу склали респонденти чоловічої статі (загальна кількість – 11 осіб) та другу групу – респонденти жіночої статі (загальна кількість – 31 особа).

Вік досліджуваних обох груп – 27- 55 років. Дослідження проводилось на базі Громадської організації «Об'єднання батьків дітей хворих на цукровий діабет «Інсулін», зокрема у «Школі адаптації» для батьків та дітей з інвалідністю. У дослідженні використовувалось 6 методик.

Проаналізуємо отримані результати у загальній вибірці дослідження. Отримані результати показали, що означена вибірка дослідження характеризується такими параметрами:

- вік досліджуваних: 27-55 років; середній вік досліджуваних – 38,3 роки;
- вік дітей досліджуваних: 2-17 років; середній вік дітей – 10,4 роки;
- стаж діабету у дітей: 1-14 років; середній показник – 5,6 років.

Проаналізуємо результати дослідження за проведеними методиками.

Фіксація середньогрупових показників за методикою Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS) в кожній експериментальній групі демонструє певні відмінності їх прояву.

Так, у загальній вибірці досліджуваних показник середньогрупового рівня прояву тривоги становить $\Sigma=10,4$ бали. Показник середньогрупового рівня прояву депресії у загальній вибірці дослідження становить $\Sigma=9,9$ балів. Такі результати засвідчують субклінічний рівні прояву як тривоги, так і депресії.

Таким чином, можемо стверджувати, що досліджувані схильні переживати стани, коли переважає знижений настрій, загальний смуток, підвищений поріг сприйняття приємних подій. Людина схильна бачити все ніби в «темних окулярах», сприймати все гостро та негативно.

Субклінічна тривога та депресія – психічний розлад зі зниженням настрою та нездатністю просто радіти, а також з негативними судженнями та песимістичними поглядами на те, що відбувається навколо, рухова загальмованість. При такому стані завжди занижена самооцінка, і як правило повна або часткова втрата інтересу до життя та звичної діяльності.

До типових (основних) симптомів тривоги відносять: пригнічений настрій, що не залежить від обставин, строком від двох тижнів та більше; втрата інтересу чи задоволення від раніше приємної діяльності; виражена стомлюваність, «занепад сил»; погіршення самопочуття вранці та покращення до вечора. Додаткові симптоми: песимізм; почуття провини, незрозумілої марності, тривоги та (або) страху; занижена самооцінка; нездатність концентруватися та приймати прості рішення; думки про смерть; нестабільний

апетит, зниження або збільшення у вазі; стан, що характеризується появою солодкого смаку у роті без відповідного подразника; порушення сну: наявність безсоння або пересипання.

Слід зазначити, що у вибірці чоловіків показник середньогрупового рівня прояву тривоги становить $\Sigma=10,6$ балів, у вибірці жінок – $\Sigma=10,3$ бали. Показник середньогрупового рівня прояву депресії у вибірці чоловіків становить $\Sigma=9,9$ балів, у вибірці жінок – $\Sigma=9,8$ балів (Рис. 2.1.)

Як видно із Рис.2.1. як у загальній вибірці дослідження, так і вибірках респондентів чоловічої та жіночої статі виявлено вищий рівень прояву такого показника як тривога, а ніж депресія.

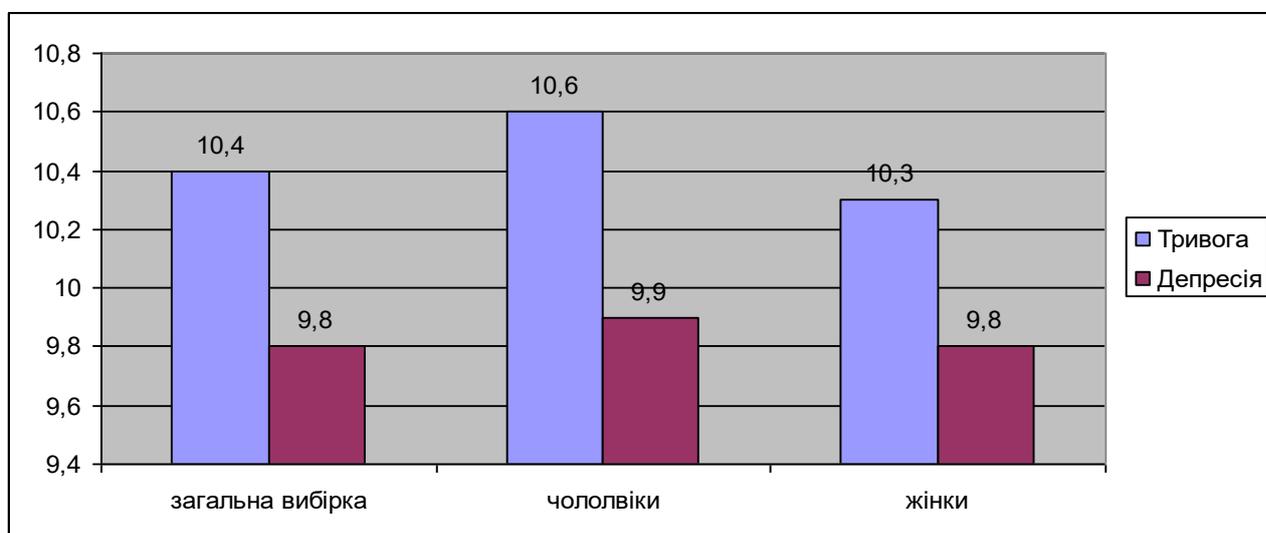


Рис. 2.1. Середньогрупові показники рівня прояву тривоги та депресії

Як видно з отриманих результатів дослідження у всіх експериментальних групах більш наявними та вираженими є показники тривоги, ніж депресії. Такі результати, на нашу думку, можна пояснити таким чином: методика HADS є методикою, що фокусується на нефізичних симптомах; до методики HADS не включені усі діагностичні критерії депресії; методика HADS визначає наявність симптомів тривоги та депресії, однак не може підтверджувати діагнози тривожного та депресивного розладу. Нижчі показники прояву депресії, ніж тривоги можна пояснити наступним чином – тривога – це постійне почуття, неприємний емоційний стан, що характеризується очікуванням несприятливого розвитку подій, наявністю поганих передчуттів, страху, напруги і хвилювання.

Тривале перебування людини в такому негативному емоційному стані часто призводить до виникнення іншого стану – депресії, який визначається як тривалий сум, апатія або втрата інтересу до занять, які раніше приносили задоволення. Вона характеризується стомлюваністю, почуттям низької самооцінки, іноді суїцидальними думками.

З метою більш детального представлення отриманих результатів здійснено відсотковий аналіз (Рис. 2.2.-Рис. 2.3.)

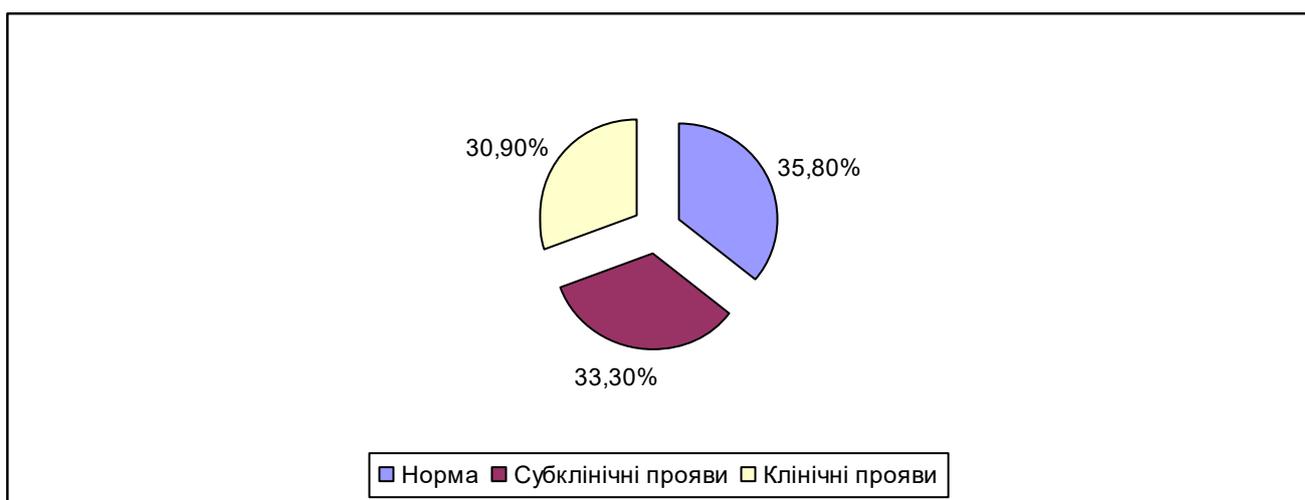


Рис. 2.2. Відсотковий розподіл показника «Тривога»

Проведений аналіз свідчить про те, що у загальній вибірці дослідження у 30,9% досліджуваних було виявлено ознаки клінічно вираженої тривоги, у 33,3% діагностованих було виявлено ознаки субклінічно вираженої тривоги, і у 35,8% вибірки показники тривоги є в нормі. Таким чином, можна стверджувати, що значна частина респондентів загальної вибірки переживає неприємний емоційний стан, що характеризується очікуванням несприятливого розвитку подій, наявністю поганих передчуттів, страху, напруги і хвилювання. Можуть проявлятися такі симптоми: підвищена збудливість, лякливність, напруженість, порушення сну, хвилювання, дратівливість або загальмованість, неспроможність контролювати власні вчинки, породжується безнадійність, відчай, приреченість. Під час тривожного стану може виникати тремтіння, біль у тілі, підвищення температури, відчуття «клубка» в горлі, утруднене дихання,

біль у серці, проблеми з шлунково-кишковим трактом, погіршення пам'яті тощо.

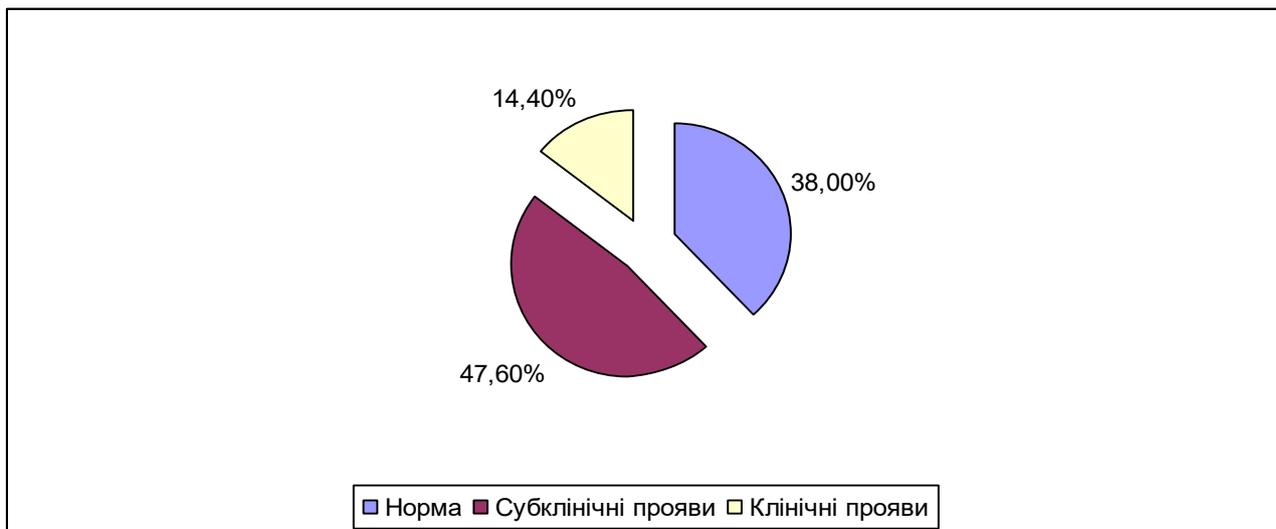


Рис. 2.3. Відсотковий розподіл показника «Депресія»

Отримані результати свідчать, що у загальній вибірці дослідження клінічно виражена депресія виявлена у 14,4% вибірки, субклінічно виражена депресія – у 47,6% опитаних, у 38% діагностованих цей показник знаходиться в межах норми.

Розглянемо відсотковий аналіз прояву тривоги та депресії у вибірках чоловічої та жіночої статі (Рис. 2.4.- Рис. 2.5.)

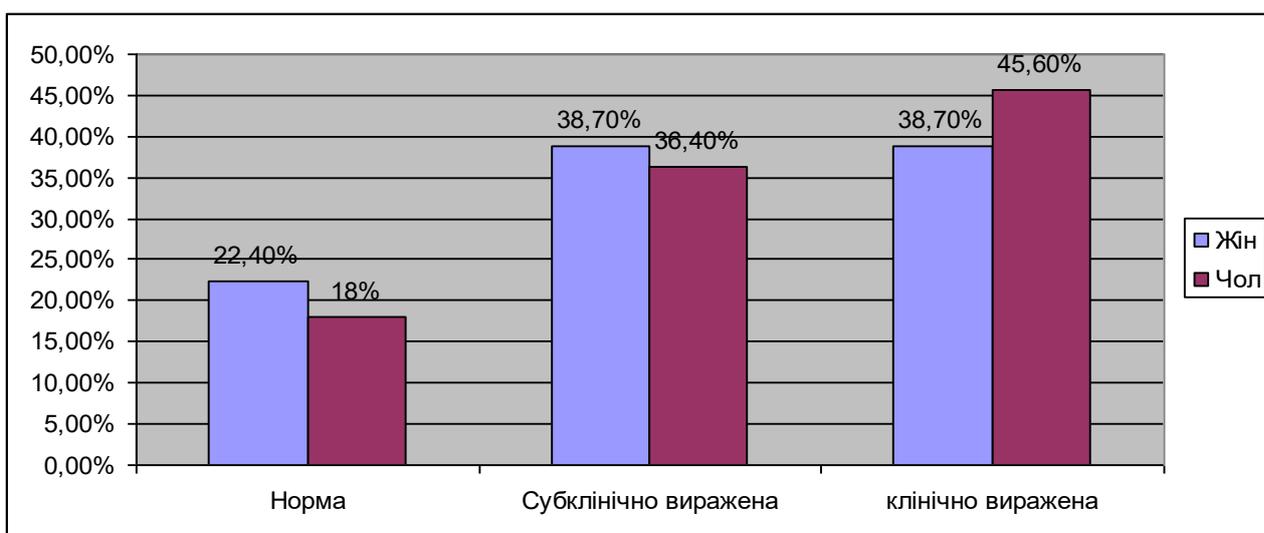


Рис. 2.4. Відсотковий розподіл показника «Тривога» у вибірках чоловічої та жіночої статі

Отримані результати свідчать, що відсутність симптомів тривоги виявлено у 22,4% вибірки респондентів жіночої статі та у 18% опитаних вибірки чоловічої статі. Субклінічні прояви тривоги помічено у 38,7% жіночої вибірки та у 36,4% чоловічої вибірки. Симптоми клінічного прояву показника тривожності притаманні 38,7% вибірки респондентів жіночої статі та 45,6% - чоловічої статі.

Аналізуючи рівень прояву такого показника як «Депресія» можемо зазначити наступне. У 45% вибірки респондентів жіночої статі та у 36% респондентів вибірки чоловічої статі показники прояву цього симптому є відсутні. Однак, у 38,7% вибірки опитаних жіночої статі та у 54,6% вибірки респондентів чоловічої статі виявлено субклінічні ознаки прояву цього симптому. Клінічні ознаки прояву симптому депресії виявлено у 16,3% вибірки жіночої статі, та у 9% респондентів чоловічої статі.

Таким чином, можемо стверджувати, що респондентам чоловічої статі більш притаманними є симптоми прояву тривоги (як клінічно вираженої) і симптоми прояву депресії (у її субклінічному прояві).

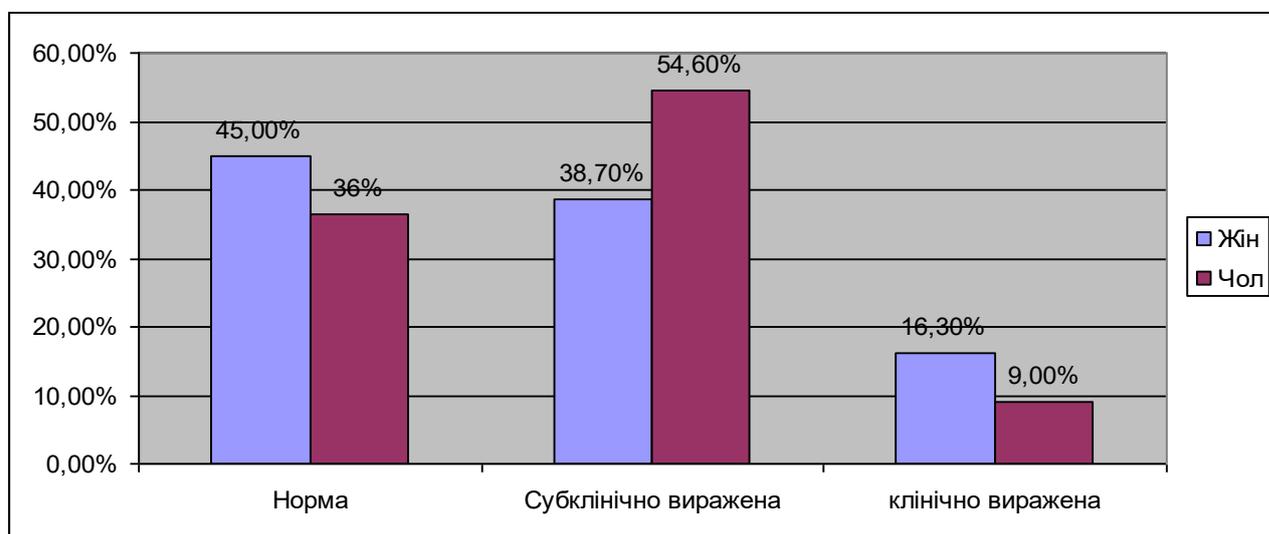


Рис. 2.5. Відсотковий розподіл показника «Депресія» у вибірках чоловічої та жіночої статі

Розглянемо результати дослідження за шкалами «Тривога» і «Депресія», враховуючи такі показники, як вік дитини, що хворіє на цукровий діабет та

стаж захворювання. Результати середньогрупових показників представлено у Таблиці 2.1. та Таблиці 2.2.

Таблиця 2.1.

Середньогрупові показники «Тривоги» та «Депресії»

Вік дитини	Тривога (середньогрупові показники, бали)	Депресія (середньогрупові показники, бали)
1-3 р.	13,3	10,7
4-6 р.	12	11
7-10 р.	10,3	8,8
11-17 р.	8,7	7

Таблиця 2.2.

Середньогрупові показники «Тривоги» та «Депресії»

Стаж хвороби	Тривога (середньогрупові показники, бали)	Депресія (середньогрупові показники, бали)
1-3 р.	11,9	10,1
4-6 р.	10,5	8,7
7-10 р.	7,8	6,4
понад 10 р.	7,2	6

Отже, як видно з отриманих результатів дослідження найвищі показники рівня тривоги та депресії є найвищими у вибірці, яку склали батьки, що мають дітей з цукровим діабетом віком 1-3 роки (тривога $\Sigma=13,3$ бали та депресія $\Sigma=10,7$ балів). Так, прояв тривоги має клінічне вираження, а прояв депресії – субклінічне. У вибірці, яку склали батьки, що виховують дітей віком 4-6 років показники вираження тривоги та депресії також високі і мають клінічне вираження (тривога $\Sigma=12$ балів та депресія $\Sigma=11$ балів). Це свідчить про те, що найбільш гострі симптоми та переживання, неприємний емоційний стан, очікування поганого розвитку ситуації, наявність негативних передчуттів, страх, напруга, безнадійність, відчай, приреченість, агресивність, дратівливість або загальмованість, порушення сну, неможливість контролювати власні вчинки, втрата інтересу чи задоволення від раніше приємної діяльності, стомлюваність, «занепад сил» притаманні особам, що виховують малолітніх

дітей (вік 1-6 років). З дорослішанням дитини, переживання тривоги та депресії трішки знижується, але все ж таки має субклінічне вираження.

Схожими є і результати, що стосуються стажу хвороби у дітей. Так, найвищими показниками прояву як тривоги, так і депресії виявлено у батьків, чії діти хворіють нещодавно – стаж захворювання 1-3 роки (тривога $\Sigma=11,9$ балів (клінічний прояв) та депресія $\Sigma=10,1$ балів (субклінічний прояв)). Слід зазначити, що із збільшенням показника стажу захворювання спостерігається загальна тенденція до зниження значення показників тривоги і депресії.

Тому, можемо стверджувати, що чим менший вік дитини, і чим менший стаж захворювання, тим вищими є прояви тривоги та депресії у батьків (клінічний та субклінічний рівні).

Розглянемо результати дослідження, отримані за методикою «Шкала оцінювання впливу травмивної події» (IES-R) (на основі версії IES, опублікованою Горовицем у співавторстві з Н. Вілнером у 1979 р.). Так, у загальній вибірці дослідження середньогруповий показник впливу травмивної події становить $\Sigma=47,7$ балів та визначається як помірний з тенденцією до високого. У вибірці батьків чоловічої статі цей показник є дещо вищим ($\Sigma=49,3$), ніж у вибірці респондентів жіночої статі ($\Sigma=46,7$). Результати дослідження представлені на Рис.2.6.

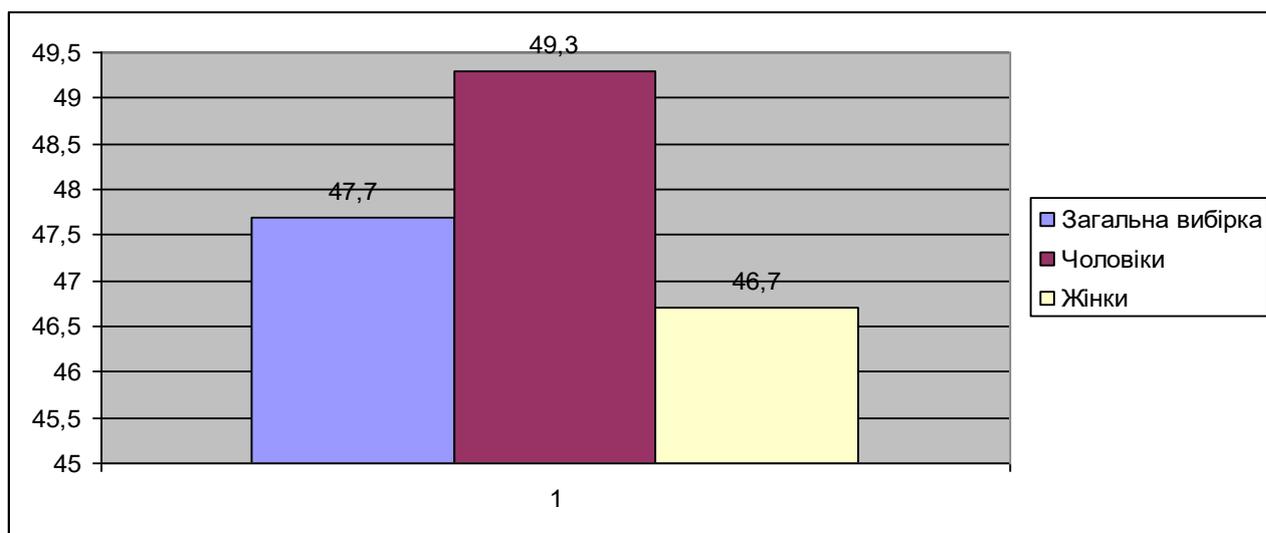


Рис. 2.6. Середньогрупові показники впливу травмивної події

Таким чином, респонденти чоловічої вибірки хворобу дитини на цукровий діабет сприймають як екстремальну критичну подію, як ситуацію загрози, яка потужно і негативно впливає на них та вимагає екстраординарних зусиль для подолання наслідків цього впливу.

Розглянемо отримані результати за цією методикою, аналізуючи їх відповідно до критеріїв віку дитини та стажу захворювання.

Результати середньогрупових показників представлено у Таблиці 2.3. та Таблиці 2.4.

Таблиця 2.3.

Середньогруповий показник «Вплив трамівної події»

Вік дитини	Вплив трамівної події (середньогрупові показники, бали)
1-3 р.	51,6
4-6 р.	47,2
7-10 р.	44
11-17 р.	44,8

Таблиця 2.4.

Середньогруповий показник «Вплив трамівної події»

Стаж хвороби	Вплив трамівної події (середньогрупові показники, бали)
1-3 р.	56,7
4-6 р.	52,3
7-10 р.	48,5
понад 10 р.	44,4

Отримані показники засвідчують, що найбільший вплив трамівної події відчули батьки малолітніх дітей (вік 1-3 р.) та батьки, стаж хвороби яких становить 1-3 роки. Показник впливу трамівної події в цих категоріях вибірки становить відповідно $\Sigma=51,6$ балів та $\Sigma=56,7$ балів. Це свідчить про те, що респонденти цих вибірок оцінюють вплив події «хвороба дитина» як виражена та сприймають її як екстремальну, переломну, загрозливу, небезпечну, яка дуже потужно і негативно впливає на них та потребує виняткових зусиль для подолання наслідків цього впливу. У вибірці, яку склали батьки, що виховують

дітей віком 4-6 років показник впливу трамівної події також досить високий та становить $\Sigma=47,2$ бали – за критерієм «вік дитини» та $\Sigma=52,3$ бали – за критерієм «стаж хвороби». Слід зазначити, що із збільшенням показника стажу захворювання спостерігається загальна тенденція до зниження значення впливу трамівної події.

Тому, можемо стверджувати, що чим менший вік дитини, і чим менший стаж захворювання, тим більш вираженим оцінюється показник впливу трамівної події. У цих випадках хвороба дитини сприймається дуже гостро, ситуація розуміється як екстремальна, переломна, загрозна, небезпечна, та, яка дуже потужно і негативно впливає на них та потребує виняткових зусиль для подолання наслідків цього впливу.

Розглянемо результати дослідження, отримані за методикою «Шкала самооцінювання щодо наявності ПТСР» (pcl-c) (цивільна версія).

Отримані результати дослідження представлені на Рис.2.7. Так, у загальній вибірці дослідження середньогруповий показник становить $\Sigma=47,4$ балів та визначається показник, що не свідчить про наявність ПТСР. У вибірці батьків чоловічої статі та жіночої статі він становить відповідно $\Sigma=46,9$ балів та $\Sigma=47,5$ балів. Таким чином, середньогрупові показники свідчать про відсутність симптомів ПТСР у вибірці батьків діти яких хворіють на цукровий діабет.

Однак, проаналізувавши результати за цією методикою за критеріями «вік дитини» і «стаж хвороби» ми виявили результати дещо інші.

Результати середньогрупових показників за цими критеріями представлено у Таблиці 2.5. та Таблиці 2.6.

Таблиця 2.5.

Середньогруповий показник «Наявність ПТСР»

Вік дитини	Вплив трамівної події (середньогрупові показники, бали)
1-3 р.	52,7
4-6 р.	54,3
7-10 р.	47,8
11-17 р.	45,3

Середньогруповий показник «Наявність ПТСР»

Стаж хвороби	Вплив трамівної події (середньогрупові показники, бали)
1-3 р.	51
4-6 р.	46,4
7-10 р.	46,5
понад 10 р.	43,2

Слід зазначити, що шкали самооцінювання не слід використовувати для встановлення формального діагнозу, однак PCL виявляється хорошим діагностичним інструментом. Підлягають додатковому вивченню вибірки батьків малолітніх дітей (1-6 років) та батьки дітей, стаж хвороби яких становить 1-3 роки, оскільки саме у цих категоріях вибірки виявлено показник понад 50 балів, який визначається як оптимальний показник для того, щоб вказати на можливе встановлення діагнозу ПТСР посткомбатантові (тобто говорити про ПТСР, якщо менше – ні).

Розглянемо результати дослідження, отримані за методикою Шкала оцінки якості життя «Оцінка якості життя» (©Чабан О. С.) – Chaban Quality of Life Scale – CQLS) (2017 р.).

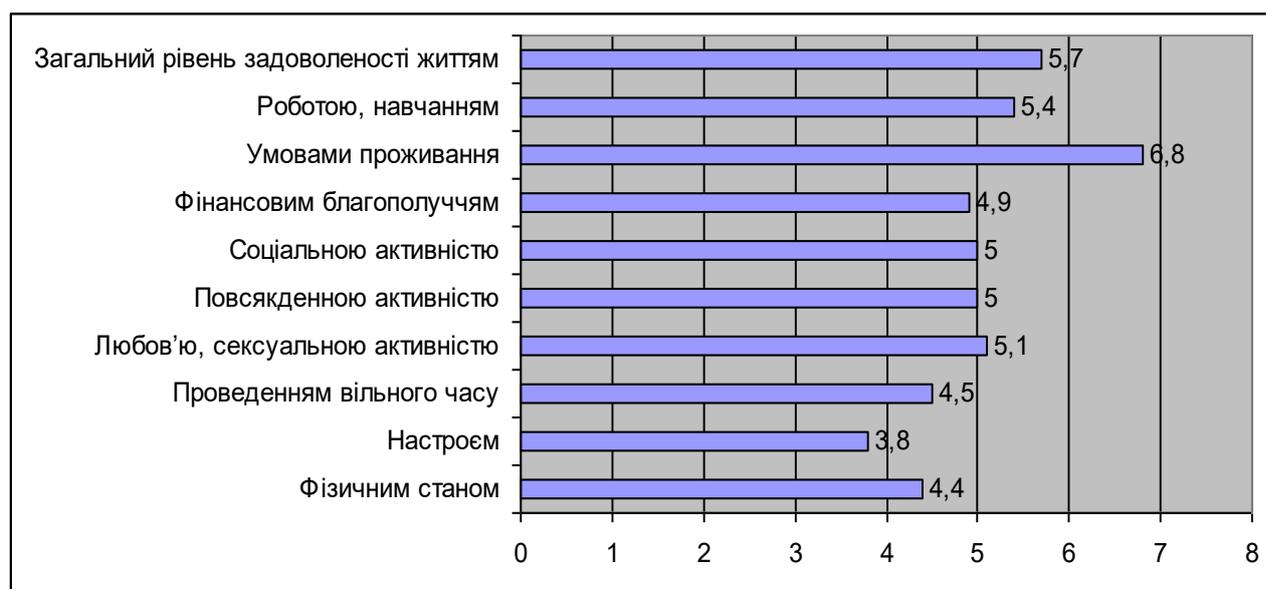


Рис. 2.7. Середньогруповий розподіл показників за методикою Шкала оцінки якості життя (О.Чабан)

Середньогрупові показники отримані за шкалами методик наступні: «Задоволеність фізичним станом» становить $\Sigma=4,4$; «Задоволеність настроєм» - $\Sigma=3,8$ балів; «Проведення вільного часу» - $\Sigma=4,55$ балів; «Задоволеність любов'ю сексуальною активністю» - $\Sigma=5,1$ бал; «Задоволеність повсякденною активністю» - $\Sigma=5$ балів; «Задоволеність соціальною активністю» - $\Sigma=5$ балів; «Задоволеність фінансовим благополуччям» - $\Sigma=4,9$ балів; «Задоволеність умовами проживання» - $\Sigma=6,8$ балів; «Задоволеність роботою, навчанням» - $\Sigma=5,4$ бали; «Загальний рівень задоволеності життям» - $\Sigma=5,7$ балів. Результати представлені на Рис.2.7.

Як свідчать отримані результати, найнижчі показники виявлено за такими шкалами як «Задоволеність настроєм», «Задоволеність фізичною активністю», «Задоволеність проведенням вільного часу». Найвищий показник діагностується за шкалою «Задоволеність умовами проживання».

Розглянемо отримані результати окремо у вибірці чоловіків та жінок.
Рис.2.8.

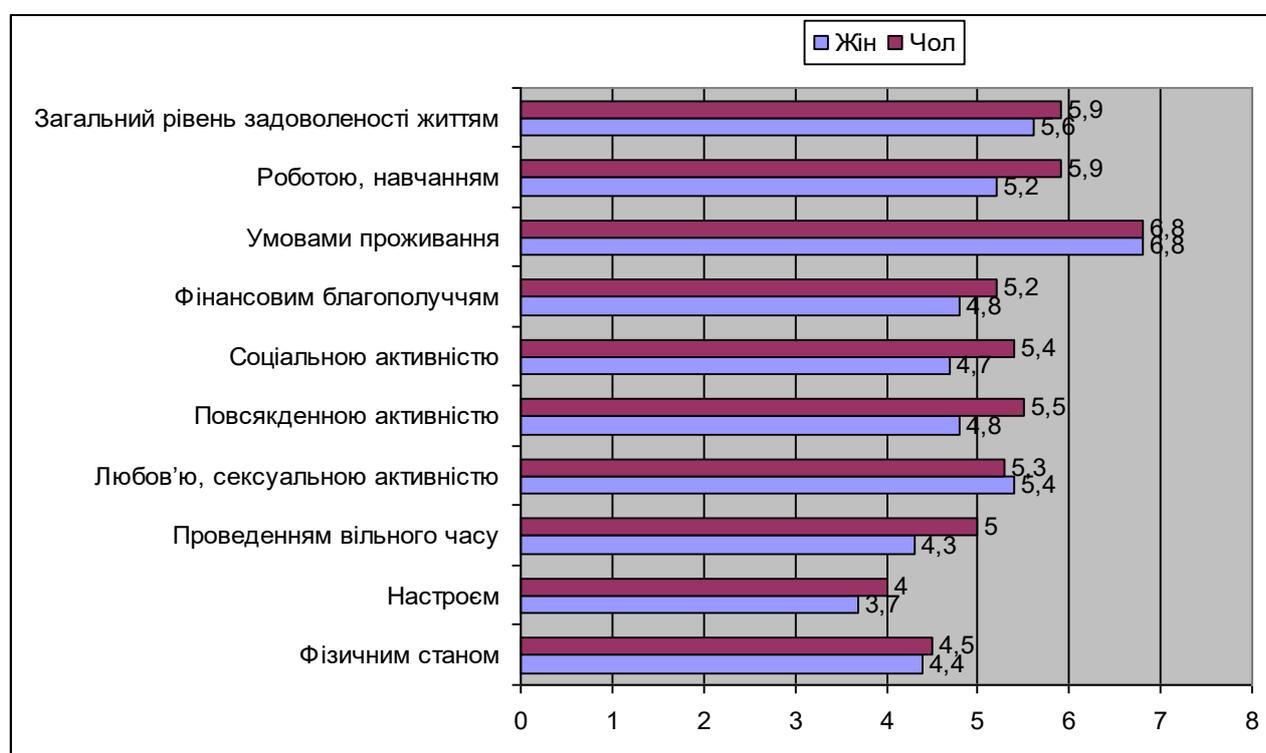


Рис. 2.7. Середньогруповий розподіл показників за методикою Шкала оцінки якості життя (О.Чабан) (за ознакою статі)

Отримані показники свідчать, що суттєвої різниці між показниками отриманими у вибірці чоловіків і жінок не існує. Незначні відмінності спостерігаються за показниками шкал «Задоволеність соціальною активністю», «Задоволеність повсякденною активністю», «Задоволеність проведенням вільного часу», «Задоволеність роботою». Показники за цими шкалами є дещо вищими у чоловіків у порівнянні з жінками. Отримані результати, на наш погляд, можна пояснити тим чинником, що при хворобі дитини жінки в більшій мірі здійснюють догляд за нею, тому більшу частину часу проводять вдома, поряд з дитиною – відповідно вони стають менш реалізованими у соціальній та професійній сфері.

Однак, проаналізувавши результати за цією методикою за критеріями «вік дитини» і «стаж хвороби» ми виявили результати дещо інші.

Результати середньогрупових показників за цими критеріями представлено у Таблиці 2.7. та Таблиці 2.8.

Як видно з Таблиць 2.7.- 2.8. існує загальна тенденція – чим менший стаж захворювання дитини, та чим менший вік дитини, що хворіє цукровим діабетом, тим нижчими є усі показники щодо рівня задоволеності різними сферами життя у батьків. Слід зазначити, що ці показники є низько критичними у вибірках батьків, у яких є діти віком до 6 років та у вибірці батьків де стаж хвороби становить 1-6 років. Це свідчить про те, що наявність хворої дитини молодшого віку, маніфест та відносно незначний стаж захворювання дитини для батьків є значною трагічною подією. Із зростанням стажу захворювання та збільшенням віку дитини показники задоволеностю різними сферами життя підвищуються.

Таблиця 2.7.

**Середньогрупові показники за методикою
«Шкала оцінки якості життя»**

	Вік дитини			
	1-3 р.	4-6 р.	7-10 р.	11-17 р.
Задоволеність своїм фізичним станом	3,3	3,7	3,6	5,3
Задоволеність настроєм	2,6	2,3	3,3	4,6
Задоволеність проведенням вільного часу	4	3,3	3,9	5,3
Задоволеність любов'ю, сексуальною активністю	4,7	5,3	4,5	5,5
Задоволеність повсякденною активністю (хобі, робота по дому та ін.)	3,7	3,3	4,7	5,6
Задоволеність соціальною активністю (спілкування з рідними, друзями)	3,3	3,7	4,6	5,7
Задоволеність фінансовим благополуччям	4,3	5	4,4	5,3
Задоволеність умовами проживання	6,6	7,3	6,4	7,1
Задоволеність роботою, навчанням, іншою зайнятістю	5	3,3	5,4	5,8
Загальний рівень задоволеності життям	6	5,3	5,2	6

Таблиця 2.8.

**Середньогрупові показники за методикою
«Шкала оцінки якості життя»**

	Стаж хвороби			
	1-3 р.	4-6 р.	7-10 р.	понад 11 років
Задоволеність своїм фізичним станом	4	4,3	4,6	5,4
Задоволеність настроєм	3	3,8	4,2	5,2
Задоволеність проведенням вільного часу	4	4,6	4,7	5
Задоволеність любов'ю, сексуальною активністю	5	4,8	5,2	5,6
Задоволеність повсякденною активністю (хобі, робота по дому та ін.)	4,6	4,8	5,5	5,2
Задоволеність соціальною активністю (спілкування з рідними, друзями).	4,4	4,8	5,5	5,6
Задоволеність фінансовим благополуччям	5	5	4,8	4,4
Задоволеність умовами проживання	7	6,6	6,9	6,6
Задоволеність роботою, навчанням, іншою зайнятістю	5	5,5	5,8	5,4
Загальний рівень задоволеності життям	6	5,5	5,6	5,6

Проаналізуємо показники загального рівня якості життя. Середньогрупові показники наступні: загальна вибірка дослідження – $\Sigma=51$ бал; вибірка респондентів чоловічої статі – $\Sigma=53,8$ балів; вибірка респондентів жіночої статі – $\Sigma=49,6$ балів (Рис. 2.8.).

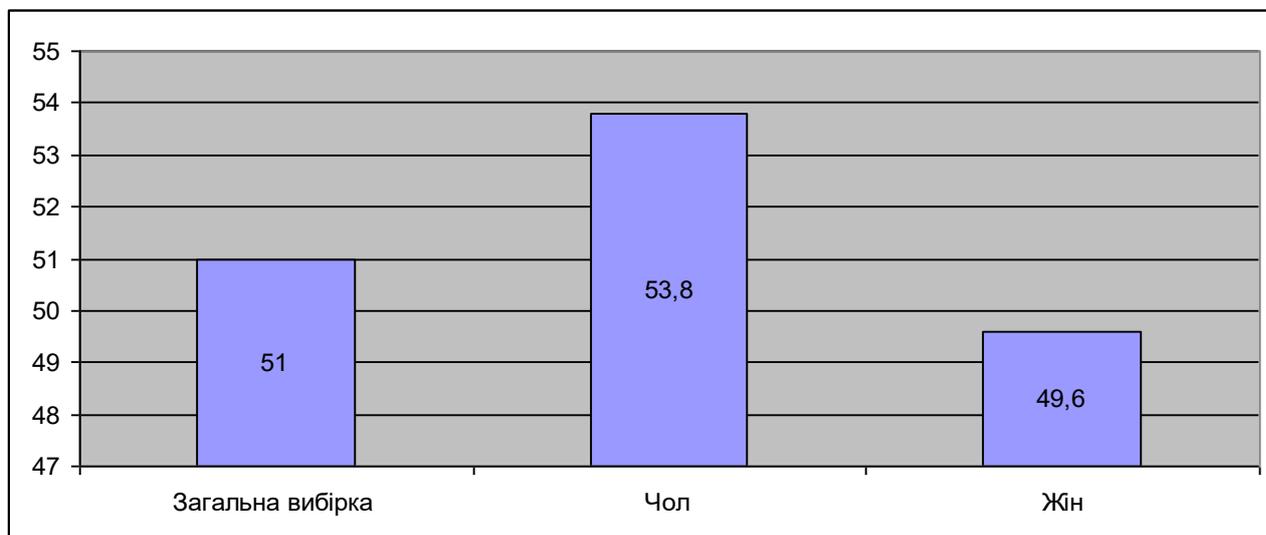


Рис. 2.8. Середньогруповий розподіл показника «Загальний рівень якості життя» за методикою Шкала оцінки якості життя (О.Чабан)

Таким чином, можемо стверджувати, що показник «Загальний рівень якості життя» є дуже низький як у загальній вибірці дослідження, так і у вибірках чоловічої та жіночої статі.

Інтерпретуючи показник рівня якості життя, ми визначаємо його як ступінь задоволення матеріальних, культурних і духовних потреб людини. Якість життя – це сфера людського життя, яка безпосередньо впливає та є для неї важливою. Найбільш поширеним є таке визначення ВООЗ: це сприйняття людьми свого життєвого становища відповідно до їхніх культурних особливостей і цінностей, а також їхніх цілей, очікувань, стандартів і турбот. Таким чином, якість життя – це певний ступінь задоволення людиною своїм життям за її власною суб'єктивною самооцінкою.

Дослідниця В. Hughes (1990) виокремила категорії, які вона визначає як «складові блоки» концептуальної моделі якості життя: особиста свобода, виражене задоволення, фізичне та психічне здоров'я (благополуччя), соціально-

економічний статус і якість навколишнього середовища, свідома діяльність, соціальна інтеграція та культурні фактори.

Аналізуючи отримані результати за методикою «Шкала оцінки якості життя» (О.Чабан) нами було виявлено, що досліджувані найбільше відчують незадоволення у таких сферах свого життя як фізичний стан, настрій, повсякденна активність, соціальна активність, фінансове благополуччя. Саме незадоволеність означених показників й впливає на загальну оцінку якості життя.

Проаналізуємо результати показника «Загальний рівень якості життя» за критеріями «вік дитини» і «стаж хвороби».

Результати середньогрупових показників за цими критеріями представлено у Таблиці 2.9. та Таблиці 2.10.

Таблиця 2.9.

**Середньогруповий показник
«Загальний рівень якості життя» (бали)**

	Вік дитини			
	1-3 р.	4-6 р.	7-10 р.	11-17 р.
Загальний рівень якості життя	44	43	46	57

Таблиця 2.10.

**Середньогруповий показник
«Загальний рівень якості життя» (бали)**

	Стаж хвороби			
	1-3 р.	4-6 р.	7-10 р.	понад 11 років
Загальний рівень якості життя	48,4	50,1	52,8	54

Як видно з Таблиць 2.9.- 2.10. існує загальна тенденція – чим менший стаж захворювання дитини, та чим менший вік дитини, що хворіє цукровим

діабетом, тим нижчими є усі показники щодо загального рівня якості життя у батьків. Слід зазначити, що ці показники є критично низькими у вибірках батьків, у яких є діти віком до 6 років та у вибірці батьків де стаж хвороби становить 1-3 роки. Але, аналізуючи отримані результати можемо зазначити, що цей показник є дуже низький в усій вибірці батьків за критерієм «стаж хвороби» та у вибірці батьків дітей віком до 10 років. У вибірці батьків, дітям яких виповнилось 11 років цей показник визначається як низький.

Отримані результати знову ж таки засвідчують той факт, що наявність хворої дитини в сім'ї, ситуація маніфесту хвороби дитини для батьків є значною трамівною подією.

Розглянемо результати дослідження, отримані за методикою Коннора-Девідсона CD-RISC-10, що розроблена на основі CD-RISC К. Conner, J. Davidson для визначення рівня резильєнтності (в адаптації З. Кіреєвої, О. Односталко, Б. Бірона).

Середньогруповий розподіл показників за шкалою Коннора Девідсона наступний: у загальній групі досліджуваних він становить $\Sigma=21,9$ балів. Слід зазначити, що у вибірці чоловіків та жінок середньогруповий показник за шкалою Коннора Девідсона не відрізняється і становить $\Sigma=21,8$ балів та $\Sigma=21,9$ балів відповідно (Рис. 2.9.). отримані результати засвідчують середній рівень резильєнтності у досліджуваних.

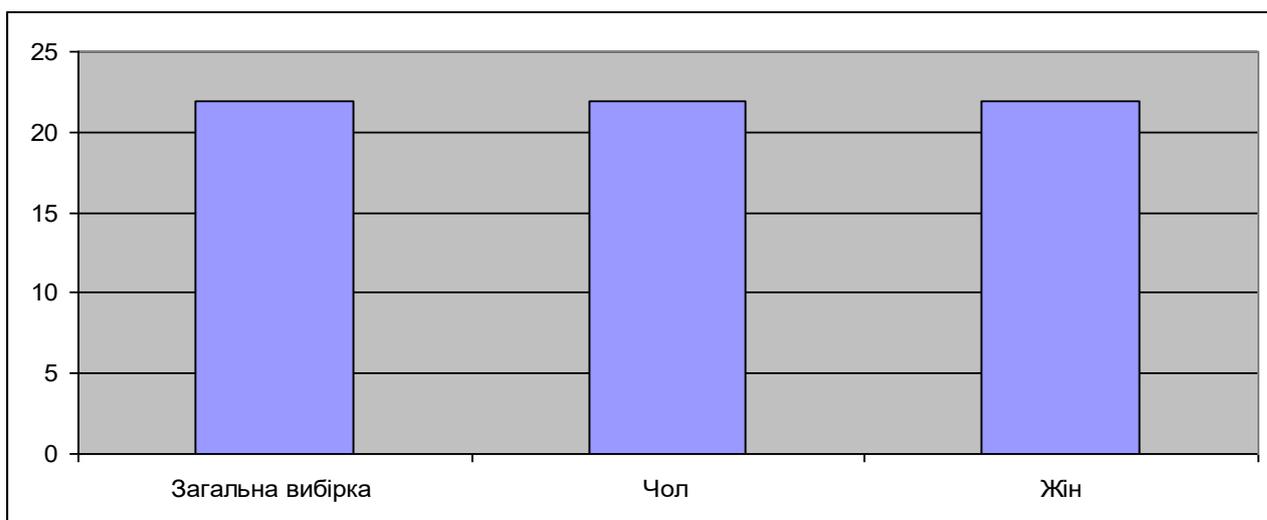


Рис. 2.9. Середньогруповий розподіл показника «Резильєнтність» за

Стійкість – це здатність відновлюватися після психологічних проблем, повертаючись до вихідного стану.

Люди з низькою стійкістю навряд чи одужають самостійно, і самі мають високий ризик розвитку психічних розладів.

Коли ми говоримо про стійкість, ми маємо на увазі здатність протистояти стресу, життєву силу, здатність до виживання, стійкість до травм, емоційну стабільність, яка використовується для позначення ресурсів для подолання стресових і травматичних подій, психологічних наслідків стресу, травматичної втрати.

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), резильєнтність – це здатність відносно добре справлятися зі складними ситуаціями, розвиток особистих ресурсів.

Стресостійкість – загальна риса особистості, що характеризується здатністю протистояти стресовим факторам протягом певного часу, необхідного для організації нових умов, в яких цей стресовий фактор не буде загрожувати.

Це забезпечує високу ефективність роботи та захист здоров'я людини. Здатність протистояти стресу є невід'ємною частиною цілісної особистості і пов'язана між собою багаторівневою системою факторів, представлених набором когнітивних, інтелектуальних, емоційних і особистісних характеристик.

Проаналізуємо результати показника «Резильєнтність» за критеріями «вік дитини» і «стаж хвороби».

Результати середньогрупових показників за цим критерієм представлено у Таблиці 2.11. та Таблиці 2.12.

Таблиця 2.11.

**Середньогруповий показник
«Резильєнтність» (бали)**

	Вік дитини			
	1-3 р.	4-6 р.	7-10 р.	11-17 р.
Загальний рівень якості життя	13,6	16	19,3	26,1

Таблиця 2.12.

**Середньогруповий показник
«Резильєнтність» (бали)**

	Стаж хвороби			
	1-3 р.	4-6 р.	7-10 р.	понад 11 років
Загальний рівень якості життя	18,2	21,4	23,6	29

Як видно з Таблиць 2.9.- 2.10. існує загальна тенденція – чим менший стаж захворювання дитини, та чим менший вік дитини, що хворіє цукровим діабетом, тим нижчими є усі показники щодо резильєнтності у батьків. Слід зауважити, що ці показники є критично низькими у вибірках батьків, у яких є діти віком до 3 років. Показник резильєнтності означений як низький виявлено у вибірці респондентів з віком дитини від 4 до 10 років та у вибірці батьків де стаж хвороби дитини становить 1-3 роки. Середній рівень резильєнтності виявлено у вибірці батків, що виховують дітей віком 7-10 років та у вибірці батьків де стаж хвороби дитини становить 4-6 років. Вище середнього рівень резильєнтності притаманний респондентам, які виховують дітей віком 11-17 років та вибірці батькам де стаж хвороби діабетом становить понад 7 років.

Отримані результати дослідження знову ж таки засвідчують той факт, що наявність хворої дитини в сім'ї, ситуація маніфесту хвороби дитини для батьків

є значною травмівною подією, особливо коли дитина є малого віку та стаж хвороби є мінімальний. Це свідчить про складність адаптації батьків до нових змінених умов дійсності, до умов життя з невиліковною хворобою дитини.

На наступному етапі дослідження проведено вторинне статистичне опрацювання результатів. Тому з метою надання комплексного характеру досліджуваному психологічному явищу було застосовано метод кореляційного аналізу, що ґрунтується на врахуванні взаємозв'язків між окремими психологічними показниками. Для визначення значущих статистичних зв'язків між показниками обчислена кореляційна матриця та проведений якісний аналіз значущих кореляційних зв'язків (див. додаток А). Ми розглядаємо тільки ті показники, що мають статистично значущі зв'язки ($p < 0,05$, $p < 0,01$).

Отже, П1 Вік дитини має позитивний кореляційний зв'язок з П3 Тривога ($r=0,57$, $p < 0,01$), П4 Депресія ($r=0,72$, $p < 0,01$), П5 Шкала оцінювання впливу травмівної події ($r=0,56$, $p < 0,01$), П6 Шкала самооцінювання щодо наявності ПТСР ($r=0,61$, $p < 0,01$), П8 Задоволеність фізичним станом ($r=0,61$, $p < 0,01$), П9 Задоволеність настроєм ($r=0,65$, $p < 0,01$), П13 Задоволеність соціальною активністю ($r=0,34$, $p < 0,05$) та П19 Резильєнтність ($r=0,43$, $p < 0,05$).

П2 Стаж хвороби має позитивний кореляційний зв'язок з П1 Вік дитини ($r=0,75$, $p < 0,01$), П3 Тривога ($r=0,68$, $p < 0,01$), П4 Депресія ($r=0,72$, $p < 0,01$), П5 Шкала оцінювання впливу травмівної події ($r=0,49$, $p < 0,01$), П6 Шкала самооцінювання щодо наявності ПТСР ($r=0,53$, $p < 0,01$), П7 ПТСР ($r=0,5$, $p < 0,01$), П8 Задоволеність фізичним станом ($r=0,31$, $p < 0,05$), П9 Задоволеність настроєм ($r=0,53$, $p < 0,01$), П10 Задоволеність проведенням вільного часу ($r=0,55$, $p < 0,01$), П11 Задоволеність любов'ю, сексуальною активністю ($r=0,33$, $p < 0,05$), П12 Задоволеність повсякденною активністю ($r=0,50$, $p < 0,01$), П13 Задоволеність соціальною активністю ($r=0,55$, $p < 0,05$), П14 Задоволеність фінансовим благополуччям ($r=0,33$, $p < 0,01$), П18 Загальний рівень якості життя ($r=0,57$, $p < 0,01$), П19 Резильєнтність ($r=0,56$, $p < 0,05$).

П3 Тривога має позитивний кореляційний зв'язок з П4 Депресія ($r=0,75$, $p < 0,01$), П5 Шкала оцінювання впливу травмівної події ($r=0,68$, $p < 0,01$), П6

Шкала самооцінювання щодо наявності ПТСР ($r=0,61$, $p<0,01$), П7 ПТСР ($r=0,63$, $p<0,01$), П8 Задоволеність фізичним станом ($r=0,46$, $p<0,01$), П9 Задоволеність настроєм ($r=0,46$, $p<0,01$), П10 Задоволеність проведенням вільного часу ($r=0,28$, $p<0,05$), П12 Задоволеність повсякденною активністю ($r=0,37$, $p<0,05$), П13 Задоволеність соціальною активністю ($r=0,46$, $p<0,05$), П16 Задоволеність роботою, навчанням ($r=0,28$, $p<0,05$), П18 Загальний рівень якості життя ($r=0,37$, $p<0,05$), П19 Резильєнтність ($r=0,5$, $p<0,05$).

П4 Депресія має позитивний кореляційний зв'язок з П5 Шкала оцінювання впливу травмивної події ($r=0,63$, $p<0,01$), П6 Шкала самооцінювання щодо наявності ПТСР ($r=0,65$, $p<0,01$), П7 ПТСР ($r=0,58$, $p<0,01$), П8 Задоволеність фізичним станом ($r=0,54$, $p<0,01$), П9 Задоволеність настроєм ($r=0,56$, $p<0,01$), П10 Задоволеність проведенням вільного часу ($r=0,43$, $p<0,01$), П12 Задоволеність повсякденною активністю ($r=0,49$, $p<0,01$), П13 Задоволеність соціальною активністю ($r=0,56$, $p<0,01$), П18 Загальний рівень якості життя ($r=0,49$, $p<0,01$), П19 Резильєнтність ($r=0,72$, $p<0,01$).

П5 Шкала оцінювання впливу травмивної події має позитивний кореляційний зв'язок з П7 ПТСР ($r=0,74$, $p<0,01$), П8 Задоволеність фізичним станом ($r=0,53$, $p<0,01$), П9 Задоволеність настроєм ($r=0,63$, $p<0,01$), П10 Задоволеність проведенням вільного часу ($r=0,51$, $p<0,01$), П11 Задоволеність любов'ю, сексуальною активністю ($r=0,31$, $p<0,05$), П12 Задоволеність повсякденною активністю ($r=0,54$, $p<0,01$), П13 Задоволеність соціальною активністю ($r=0,54$, $p<0,01$), П16 Задоволеність роботою, навчанням ($r=0,45$, $p<0,01$), П18 Загальний рівень якості життя ($r=0,54$, $p<0,01$), П19 Резильєнтність ($r=0,78$, $p<0,01$).

П7 ПТСР має позитивний кореляційний зв'язок з П8 Задоволеність фізичним станом ($r=0,66$, $p<0,01$), П9 Задоволеність настроєм ($r=0,66$, $p<0,01$), П10 Задоволеність проведенням вільного часу ($r=0,60$, $p<0,01$), П11 Задоволеність любов'ю, сексуальною активністю ($r=0,52$, $p<0,01$), П12 Задоволеність повсякденною активністю ($r=0,52$, $p<0,01$), П13 Задоволеність соціальною активністю ($r=0,59$, $p<0,05$), П16 Задоволеність роботою, навчанням

($r=0,36$, $p<0,05$), П17 Загальний рівень задоволеності життям ($r=0,36$, $p<0,05$), П18 Загальний рівень якості життя ($r=0,63$, $p<0,01$), П19 Резильєнтність ($r=0,74$, $p<0,05$).

П8 Задоволеність фізичним станом має позитивний кореляційний зв'язок з П9 Задоволеність настроєм ($r=0,67$, $p<0,01$), П10 Задоволеність проведенням вільного часу ($r=0,67$, $p<0,01$), П11 Задоволеність любов'ю, сексуальною активністю ($r=0,54$, $p<0,01$), П12 Задоволеність повсякденною активністю ($r=0,62$, $p<0,01$), П13 Задоволеність соціальною активністю ($r=0,63$, $p<0,05$), П14 Задоволеність фінансовим благополуччям ($r=0,45$, $p<0,01$), П16 Задоволеність роботою, навчанням ($r=0,54$, $p<0,01$), П17 Загальний рівень задоволеності життям ($r=0,65$, $p<0,01$), П18 Загальний рівень якості життя ($r=0,83$, $p<0,01$), П19 Резильєнтність ($r=0,68$, $p<0,05$).

П9 Задоволеність настроєм має позитивний кореляційний зв'язок з П10 Задоволеність проведенням вільного часу ($r=0,69$, $p<0,01$), П11 Задоволеність любов'ю, сексуальною активністю ($r=0,57$, $p<0,01$), П12 Задоволеність повсякденною активністю ($r=0,65$, $p<0,01$), П13 Задоволеність соціальною активністю ($r=0,73$, $p<0,05$), П16 Задоволеність роботою, навчанням ($r=0,55$, $p<0,01$), П17 Загальний рівень задоволеності життям ($r=0,42$, $p<0,01$), П18 Загальний рівень якості життя ($r=0,79$, $p<0,01$), П19 Резильєнтність ($r=0,56$, $p<0,05$).

П10 Задоволеність проведенням вільного часу має позитивний кореляційний зв'язок з П11 Задоволеність любов'ю, сексуальною активністю ($r=0,66$, $p<0,01$), П12 Задоволеність повсякденною активністю ($r=0,63$, $p<0,01$), П13 Задоволеність соціальною активністю ($r=0,61$, $p<0,05$), П14 Задоволеність фінансовим благополуччям ($r=0,37$, $p<0,05$), П16 Задоволеність роботою, навчанням ($r=0,41$, $p<0,01$), П17 Загальний рівень задоволеності життям ($r=0,6$, $p<0,01$), П18 Загальний рівень якості життя ($r=0,8$, $p<0,01$), П19 Резильєнтність ($r=0,51$, $p<0,05$).

П11 Задоволеність любов'ю, сексуальною активністю має позитивний кореляційний зв'язок з П12 Задоволеність повсякденною активністю ($r=0,48$,

$p < 0,01$), П13 Задоволеність соціальною активністю ($r = 0,48$, $p < 0,05$), П14 Задоволеність фінансовим благополуччям ($r = 0,29$, $p < 0,01$), П16 Задоволеність роботою, навчанням ($r = 0,43$, $p < 0,01$), П17 Загальний рівень задоволеності життям ($r = 0,5$, $p < 0,01$), П18 Загальний рівень якості життя ($r = 0,69$, $p < 0,01$), П19 Резильєнтність ($r = 0,35$, $p < 0,01$).

П12 Задоволеність повсякденною активністю має позитивний кореляційний зв'язок з П13 Задоволеність соціальною активністю ($r = 0,92$, $p < 0,05$), П14 Задоволеність фінансовим благополуччям ($r = 0,36$, $p < 0,01$), П16 Задоволеність роботою, навчанням ($r = 0,67$, $p < 0,01$), П17 Загальний рівень задоволеності життям ($r = 0,58$, $p < 0,01$), П18 Загальний рівень якості життя ($r = 0,86$, $p < 0,01$), П19 Резильєнтність ($r = 0,61$, $p < 0,01$).

П13 Задоволеність соціальною активністю має позитивний кореляційний зв'язок з П14 Задоволеність фінансовим благополуччям ($r = 0,32$, $p < 0,01$), П15 Задоволеність умовами проживання ($r = 0,28$, $p < 0,05$), П16 Задоволеність роботою, навчанням ($r = 0,67$, $p < 0,01$), П17 Загальний рівень задоволеності життям ($r = 0,54$, $p < 0,01$), П18 Загальний рівень якості життя ($r = 0,86$, $p < 0,01$), П19 Резильєнтність ($r = 0,63$, $p < 0,01$).

П14 Задоволеність фінансовим благополуччям має позитивний кореляційний зв'язок з П15 Задоволеність умовами проживання ($r = 0,34$, $p < 0,05$), П17 Загальний рівень задоволеності життям ($r = 0,54$, $p < 0,01$), П18 Загальний рівень якості життя ($r = 0,86$, $p < 0,01$).

П15 Задоволеність умовами проживання має позитивний кореляційний зв'язок з П17 Загальний рівень задоволеності життям ($r = 0,48$, $p < 0,01$), П18 Загальний рівень якості життя ($r = 0,37$, $p < 0,05$).

П16 Задоволеність роботою, навчанням має позитивний кореляційний зв'язок з П17 Загальний рівень задоволеності життям ($r = 0,51$, $p < 0,01$), П18 Загальний рівень якості життя ($r = 0,71$, $p < 0,01$), П19 Резильєнтність ($r = 0,4$, $p < 0,01$).

П17 Загальний рівень задоволеності життям має позитивний кореляційний зв'язок з П18 Загальний рівень якості життя ($r = 0,76$, $p < 0,01$), П19

Резильєнтність ($r=0,84$, $p<0,01$).

П18 Загальний рівень якості життя має позитивний кореляційний зв'язок з
П19 Резильєнтність ($r=0,63$, $p<0,01$).

Таким чином, можемо зазначити, що результати кореляційного аналізу дають змогу засвідчити, що батьки, що виховують дітей з цукровим діабетом мають розлади адаптації, що проявляються у вигляді підвищеної тривоги, депресивних настроїв, симптомах РТСР. Досліджувані мають низький рівень задоволеності у таких сферах життя як настрої, фізичний стан, проведення вільного часу сексуальна, повсякденна та соціальна активності, фінансове благополуччя, робота та навчання. Їх рівень якості життя визначається як дуже низький та низький, показник резильєнтності також має низький та середній варіанти прояву.

Проведене емпіричне дослідження підтверджує те, що особи, що виховують дітей з аутоімунними хворобами, цукровим діабетом зокрема, мають симптоми психотравми та дезадаптації та потребують кваліфікованої допомоги психологів та консультантів щодо покращення свого психоемоційного стану, роботою з психотравмою та адаптацією до нових умов життя, до умов, пов'язаних із невиліковною хворобою дитини.

ВИСНОВКИ

У висновках підводяться підсумки проведеного теоретичного аналізу та емпіричного дослідження психологічних особливостей нікотинно-залежних осіб, окреслюються шляхи подальшого вивчення проблеми.

1. Здійснений теоретико-методологічний аналіз досліджень, присвячених проблемі психотравми дає підстави стверджувати, що сучасна реальність є безмежним джерелом травмуючих подій та ситуацій. Більшість науковців зазначають, що травмуюча подія – це такі екстремальні критичні події, ситуації загрози, які потужно і негативно впливають на індивіда та вимагають екстраординарних зусиль для подолання наслідків цього впливу. Травмуючі події здатні набувати форми незвичайних обставин чи якихось ситуацій, які здійснюють на особу інтенсивний, екстремальний, надзвичайний вплив, що несе загрозу для її життя чи здоров'я, чи близьких йому людей.

У людському житті, на жаль, досить часто мають місце психотравмуючі події: фізичне насильство, сексуальне скривдження, ДТП, природні та техногенні катастрофи, нещасні випадки, важкі невиліковні хвороби тощо.

Проаналізувавши наукову літературу, присвячену проблематиці психотравми, можемо зазначити, що однією із травмивних подій, що призводять до виникнення та переживання психотравми є важка хвороба близької людини.

У сучасних наукових дослідженнях психологічна травма інтерпретується як стан сильного страху, що переживається людиною при зустрічі з раптовою і несподіваною подією чи ситуацією, яка несе потенційну загрозу її життю чи життю її близьких. Такий страх перевершує можливості індивіда та не дозволяє йому контролювати та ефективно реагувати. Руйнівальна сила психологічної травми залежить від індивідуального значення травмивної події, рівня психологічної захищеності та спроможності до саморегуляції.

2. З метою вивчення психологічних особливостей психотравми у батьків дітей, що хворіють на цукровий діабет було використано методики діагностики рівнів тривоги та депресії, оцінки впливу травмивної події, оцінку наявності ПТСР та рівня якості життя, рівень резильєнтності.

3. Емпірично з'ясовано, що у загальній вибірці досліджуваних виявлено клінічно виражена тривога у 30,9% досліджуваних, субклінічно виражена – у 33,3% респондентів. Клінічно виражена депресія виявлена у 14,4% вибірки, субклінічно виражена депресія – у 47,6% опитаних.

Субклінічні прояви тривоги помічено у 38,7 % жіночої вибірки та у 36,4% чоловічої вибірки. Симптоми клінічного прояву показника тривожність притаманні 38,7% вибірки респондентів жіночої статі та 45,6% – чоловічої статі.

У 38,7% вибірки опитаних жіночої статі та у 54,6% вибірки респондентів чоловічої статі виявлено субклінічні ознаки прояву депресії. Клінічні ознаки прояву симптому депресії виявлено у 16,3% вибірки жіночої статі, та у 9% респондентів чоловічої статі.

Найвищі показники рівня тривоги та депресії є найвищими у вибірці, яку склали батьки, що мають дітей з цукровим діабетом віком 1-3 роки (тривога $\Sigma=13,3$ бали та депресія $\Sigma=10,7$ балів). Так, прояв тривоги має клінічне вираження, а прояв депресії – субклінічне. У вибірці, яку склали батьки, що виховують дітей віком 4-6 років показники вираження тривоги та депресії також високі і мають клінічне вираження (тривога $\Sigma=12$ балів та депресія $\Sigma=11$ балів).

Найвищими показниками прояву як тривоги, так і депресії виявлено у батьків, чиї діти хворіють нещодавно – стаж захворювання 1-3 роки (тривога $\Sigma=11,9$ балів (клінічний прояв) та депресія $\Sigma=10,1$ балів (субклінічний прояв)).

Слід зазначити, що із збільшенням показника стажу захворювання спостерігається загальна тенденція до зниження значення показників тривоги і

4. Емпірично з'ясовано, що у загальній вибірці дослідження середньогруповий показник впливу трамівної події становить $\Sigma=47,7$ балів та визначається як помірний з тенденцією до високого. У вибірці батьків чоловічої статі цей показник є дещо вищим ($\Sigma=49,3$), ніж у вибірці респондентів жіночої статі ($\Sigma=46,7$).

Найбільший вплив трамівної події відчули батьки малолітніх дітей (вік 1-3 р.) та батьки, стаж хвороби яких становить 1-3 роки. Показник впливу трамівної події в цих категоріях вибірки становить відповідно $\Sigma=51,6$ балів та $\Sigma=56,7$ балів.

У вибірці, яку склали батьки, що виховують дітей віком 4-6 років показник впливу трамівної події також досить високий та становить $\Sigma=47,2$ бали – за критерієм «вік дитини» та $\Sigma=52,3$ бали – за критерієм «стаж хвороби».

Слід зазначити, що із збільшенням показника стажу захворювання спостерігається загальна тенденція до зниження значення впливу трамівної події.

5. Емпірично з'ясовано, що у загальній вибірці дослідження середньогруповий показник «наявність ПТСР» становить $\Sigma=47,4$ балів та визначається показник, що не є притаманний цій категорії осіб. У вибірці батьків чоловічої статі та жіночої статі він становить відповідно $\Sigma=46,9$ балів та $\Sigma=47,5$ балів. Таким чином, середньогрупові показники свідчать про відсутність симптомів ПТСР у вибірці батьків діти яких хворіють на цукровий діабет.

Однак, проаналізувавши результати за цією методикою за критеріями «вік дитини» і «стаж хвороби» ми виявили результати дещо інші. Підлягають додатковому вивченню вибірки батьків малолітніх дітей (1-6 років) та батьки дітей, стаж хвороби яких становить 1-3 роки, оскільки саме у цих категоріях вибірки виявлено показник понад 50 балів, який визначається як оптимальний показник для того, щоб вказати на можливе встановлення діагнозу ПТСР пост комбатантові.

6. Емпірично з'ясовано, що у загальній вибірці дослідження найнижчі показники виявлено за такими шкалами як «Задоволеність настроєм», «Задоволеність фізичною активністю», «Задоволеність проведенням вільного часу». Найвищий показник діагностується за шкалою «Задоволеність умовами проживання».

Отримані показники свідчать, що суттєвої різни між показниками отриманими у вибірці чоловіків і жінок не існує. Незначні відмінності

спостерігаються за показниками шкал «Задоволеність соціальною активністю», «Задоволеність повсякденною активністю», «Задоволеність проведенням вільного часу», «Задоволеність роботою». Показники за цими шкалами є дещо вищими у чоловіків у порівнянні з жінками.

Однак, проаналізувавши результати за цією методикою за критеріями «вік дитини» і «стаж хвороби» ми виявили результати дещо інші: існує загальна тенденція – чим менший стаж захворювання дитини, та чим менший вік дитини, що хворіє цукровим діабетом, тим нижчими є усі показники щодо рівня задоволеності різними сферами життя у батьків. Слід зазначити, що ці показники є низько критичними у вибірках батьків, у яких є діти віком до 6 років та у вибірці батьків де стаж хвороби становить 1-6 років. Це свідчить про те, що наявність хворої дитини молодшого віку, маніфест та відносно незначний стаж захворювання дитини для батьків є значною трамівною подією. Із зростанням стажу захворювання та збільшенням віку дитини показники задоволеністю різними сферами життя підвищуються.

Показник «Загальний рівень якості життя» є дуже низький як у загальній вибірці дослідження, так і у вибірках чоловічої та жіночої статі. Існує загальна тенденція – чим менший стаж захворювання дитини, та чим менший вік дитини, що хворіє цукровим діабетом, тим нижчими є усі показники щодо загального рівня якості життя у батьків. Слід зазначити, що ці показники є критично низькими у вибірках батьків, у яких є діти віком до 6 років та у вибірці батьків де стаж хвороби становить 1-3 роки. Але, аналізуючи отримані результати можемо зазначити, що цей показник є дуже низький в усій вибірці батьків за критерієм «стаж хвороби» та у вибірці батьків дітей віком до 10 років. У вибірці батьків, дітям яких виповнилось 11 років цей показник визначається як низький.

7. Емпірично з'ясовано, що як у загальній групі досліджуваних, так і окремо у вибірках респондентів чоловічої і жіночої статі показник резильєнтності становить $\Sigma=21,9$ балів, що засвідчує середній рівень його прояву. Однак, існує загальна тенденція – чим менший стаж захворювання

дитини, та чим менший вік дитини, що хворіє цукровим діабетом, тим нижчими є усі показники щодо резильєнтності у батьків. Слід зауважити, що ці показники є критично низькими у вибірках батьків, у яких є діти віком до 3 років. Показник резильєнтності означений як низький виявлено у вибірці респондентів з віком дитини від 4 до 10 років та у вибірці батьків де стаж хвороби дитини становить 1-3 роки. Середній рівень резильєнтності виявлено у вибірці батків, що виховують дітей віком 7-10 років та у вибірці батьків де стаж хвороби дитини становить 4-6 років. Вище середнього рівень резильєнтності притаманний респондентам, які виховують дітей віком 11-17 років та вибірці батькам де стаж хвороби діабетом становить понад 7 років.

8. Результати кореляційного аналізу дають змогу засвідчити, що батьки, що виховують дітей з цукровим діабетом мають розлади адаптації, що проявляються у вигляді підвищеної тривоги, депресивних настроїв, симптомах РТСР. Досліджувані мають низький рівень задоволеності у таких сферах життя як настрої, фізичний стан, проведення вільного часу, сексуальна, повсякденна та соціальна активності, фінансове благополуччя, робота та навчання. Їх рівень якості життя визначається як дуже низький та низький, показник резильєнтності також має низький та середній варіанти прояву.

Проведене емпіричне дослідження підтверджує те, що особи, що виховують дітей з аутоімунними хворобами, цукровим діабетом зокрема, мають симптоми психотравми та дезадаптації та потребують кваліфікованої допомоги психологів та консультантів щодо покращення свого психоемоційного стану, роботою з психотравмою та адаптацією до нових умов життя, до умов, пов'язаних із невиліковною хворобою дитини. Означене і засвідчує перспективи подальшого дослідження цієї проблематики.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Американська психологічна асоціація (АРА). (2021). *Resilience and post-traumatic growth*.
2. Барішніков, В. М. (2013). *Психотравма: механізми розвитку та наслідки*. Харків: ХНУ імені В.Н. Каразіна.
3. Боулбі, Дж. (2003). *Прив'язаність. Теорія і практика*. Київ: Основи.
4. Волкова, Н. П. (2002). *Сімейна психологія*. Київ: Либідь.
5. Гнатко, Є. М. (2016). *Психологія травми: теорія і практика*. Київ: Видавництво КНУ.
6. Гончаренко, О. А. (2017). Психологічні наслідки тяжких хвороб дітей у батьків. *Актуальні проблеми психології*, 14(3), 55–63.
7. Гончаренко, О. А. (2017). Психологічні наслідки травматичних подій у контексті сучасної психології. *Актуальні проблеми психології*, 14(3), 55–63.
8. Карвасарський, Б. Д. (1998). *Неврози і психотерапія*. Київ: Здоров'я.
9. Карвасарський, Б. Д. (1998). *Психотерапія при соматичних захворюваннях*. Київ: Здоров'я.
10. Казміренко, А. В. (2018). Соціально-психологічні особливості сімей з дітьми, які мають онкологічні захворювання. *Психологія і суспільство*, 10(1), 121–129.
11. Казміренко, А. В. (2020). Соціально-психологічна допомога особам із посттравматичним стресовим розладом. *Психологія і суспільство*, 15(3), 121–129.
12. Лазарус, Р. С., & Фолкман, С. (1984). *Стрес, оцінка та копінг*. (Пер. укр.). Київ: КММ.
13. Миколайчук, О. В. (2019). Особливості роботи з психотравмою у військових: практичний аспект. *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: Психологія*, 2(44), 25–32.

14. Миколайчук, О. В., & Жовнір, А. О. (2020). Психологічний супровід сімей, що стикаються з хронічними захворюваннями дітей. *Український журнал з психічного здоров'я*, 26(2), 24–31.
15. Національний університет охорони здоров'я України. (2021). Як підтримати батьків у випадку важкої хвороби дитини. Методичні рекомендації. Взято з <https://www.nmu.edu.ua/>
16. Національний інститут психічного здоров'я (NIMH). (2022). *Coping with traumatic events*. Взято з <https://www.nimh.nih.gov/>
17. Роланд, Дж. С. (2010). Сім'я і хвороба: психологічна підтримка. У: Ф. Уолш (ред.), *Психологія сімейних процесів* (с. 210–230). Київ: Основи.
18. Семенова, Т. В. (2019). Вплив хронічної хвороби дитини на сімейні стосунки. *Наукові записки НаУКМА. Психологія*, 7(2), 85–94.
19. Семенова, Т. В. (2022). Досвід подолання психотравми в сім'ях після травматичних подій. *Український журнал із психології*, 18(1), 45–53.
20. Тарасова, О. В. (2021). Ефективність когнітивно-поведінкової терапії при роботі з психотравмою. *Психологічні перспективи*, 22(1), 85–92.
21. Український інститут когнітивно-поведінкової терапії. (2020). Психологічні аспекти роботи з батьками тяжкохворих дітей. Взято з <https://www.uicbt.org>
22. Український інститут когнітивно-поведінкової терапії. (2021). Підхід до лікування психотравм. Взято з <https://www.uicbt.org>
23. Шевченко, Н. С. (2021). Соціально-психологічна адаптація батьків дітей із важкими хронічними хворобами. *Психологічні перспективи*, 17(1), 52–67.
24. Шестопалова, Л. Ф. (2015). Психотравма та її наслідки: діагностика і терапія. У: С. І. Кочарян (ред.), *Сучасна психотерапія: теорія і практика* (с. 184–208). Харків: Асоціація психотерапії.
25. Affleck, G., & Tennen, H. (1991). The effect of newborn intensive care on parents' psychological well-being. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61(4), 510–517. <https://doi.org/10.1037/h0079277>

26. Bloom, S. L. (1999). *Trauma theory abbreviated*. CommunityWorks.
27. Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, *59*(1), 20–28. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>
28. Bremner, J. D., & Vermetten, E. (2001). Stress and development: Behavioral and biological consequences. *Development and Psychopathology*, *13*(3), 473–489. <https://doi.org/10.1017/S0954579401003042>
29. Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., et al. (2011). Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of Traumatic Stress*, *24*(6), 615–627. <https://doi.org/10.1002/jts.20697>
30. Herman, J. L. (1997). *Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror*. Basic Books.
31. Kazak, A. E. (2001). Comprehensive care for children with cancer and their families: A social ecological framework. *Current Opinion in Pediatrics*, *13*(1), 16–20. <https://doi.org/10.1097/00008480-200102000-00005>
32. Kazak, A. E. (2006). *Families of chronically ill children: A systems and social ecological perspective*. Springer.
33. Kazdin, A. E. (2000). *Psychotherapy for children and adolescents: Directions for research and practice*. Oxford University Press.
34. Knafl, K., & Deatrick, J. A. (2003). *Family management of childhood chronic conditions: Conceptual model and measurement*. Springer.
35. McFarlane, A. C., & van der Kolk, B. A. (1996). Trauma and its challenge to society. *Journal of Psychosomatic Research*, *42*(1), 1–6. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(96\)00204-6](https://doi.org/10.1016/0022-3999(96)00204-6)
36. National Institute of Mental Health (NIMH). (2018). *Coping with traumatic events*. Retrieved from <https://www.nimh.nih.gov>
37. Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. Norton.

38. Patterson, J. M. (2002). Integrating family resilience and family stress theory. *Journal of Marriage and Family*, 64(2), 349–360. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2002.00349.x>
39. Rolland, J. S. (1994). *Families, illness, and disability: An integrative treatment model*. Guilford Press.
40. Smith, L. A., & Williams, J. M. G. (1997). Parenting stress in families of children with chronic illness. *Journal of Pediatric Psychology*, 22(6), 843–854. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/22.6.843>
41. Streisand, R., Kazak, A. E., & Tercyak, K. P. (2003). Pediatric-specific parenting. *Children's Health Care*, 32(4), 245–256.
42. Van der Kolk, B. A. (2003). The neurobiology of childhood trauma and abuse. In: M. F. Solomon & D. J. Siegel (Eds.), *Healing trauma: Attachment, mind, body, and brain* (pp. 149–169). Norton.
43. Van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Viking.
44. Walsh, F. (1996). Family resilience: A framework for clinical practice. In: F. Walsh (Ed.), *Normal family processes* (2nd ed., pp. 261–280). Guilford Press.
45. Walsh, F. (2016). Trauma and family resilience. In: F. Walsh (Ed.), *Family resilience: A framework for clinical practice* (pp. 74–90). Guilford Press.
46. Weiner, B. (1986). *An attributional theory of motivation and emotion*. Springer-Verlag.
47. WHO. (2022). *Psychological support for families with chronically ill children*. Retrieved from <https://www.who.int>
48. WHO. (2022). *Trauma care and mental health*. Retrieved from <https://www.who.int>
49. Wolmer, L., Laor, N., & Yazgan, Y. (2003). *Posttraumatic stress disorder in children*. Springer.
50. Yehuda, R. (2002). Post-traumatic stress disorder. *New England Journal of Medicine*, 346(2), 108–114. <https://doi.org/10.1056/NEJMra012941>

ДОДАТКИ

**Госпітальна шкала тривоги і депресії
(Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) (Zigmond A.S. і Snaith
R.P.) (1983 р.)**

Для виявлення тривожних і депресивних розладів використовується Клінічна шкала тривоги та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale — HADS). Методика містить 14 питань, 7 з яких визначають рівень тривоги та 7 — рівень депресії. Обрані відповіді переводять у бальну шкалу, де 0–7 балів — норма, 8–10 — субклінічні прояви тривоги/депресії, ≥ 11 — клінічно виражена тривога/депресія. Посилання:

Госпітальна шкала тривоги і депресії (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) є визнаним інструментом самооцінки. Такий тест пацієнт може заповнити самостійно, не чекаючи на прийом лікаря.

Шкала була розроблена у 1983 році (автори Zigmond A.S. і Snaith R.P.) для визначення та оцінки важкості симптомів депресії та тривоги в умовах загальномедичної практики. Її перевагами є простота застосування і обробки, що дозволяє рекомендувати для первинного виявлення (скринінгу) тривоги та депресії.

Психічний розлад зі зниженням настрою та нездатністю просто радіти, а також з негативними судженнями та песимістичними поглядами на те, що відбувається навколо, і ще до цього плюс рухова загальмованість — все це разом і буде те, що в медицині прийнято називати депресією. При цьому ще завжди занижена самооцінка, і як правило повна або часткова втрата інтересу до життя та звичної діяльності.

Поділяють депресивні симптоми на 2 види: типові та додаткові.

За наявності депресії присутні два основних симптоми і не менше трьох додаткових.

До типових (основних) симптомів депресії відносять:

- пригнічений настрій, що не залежить від обставин, строком від двох тижнів та більше;

- втрата інтересу чи задоволення від раніше приємної діяльності;
- виражена стомлюваність, «занепад сил».
- погіршення самопочуття вранці та покращення до вечора

Додаткові симптоми:

- песимізм;
- почуття провини, незрозумілої марності, тривоги та (або) страху;
- занижена самооцінка;
- нездатність концентруватися та приймати прості рішення;
- думки про смерть;
- нестабільний апетит, зниження або збільшення у вазі;
- стан, що характеризується появою солодкого смаку у роті без

відповідного подразника

- порушення сну: наявність безсоння або пересипання.

Якщо вищезазначені симптоми присутні більше 2 тижнів, відповідно до діагностичних критеріїв встановлюється діагноз депресивного розладу.

Субклінічна виражена тривога/депресія – це стан, коли в людини переважає знижений настрій, загальний смуток, підвищений поріг сприйняття приємних подій.

Інструкція.

Уважно прочитайте кожне твердження, відзначте відповідь, яка максимально підходить до того самопочуття, яке Ви відчували минулого тижня. Довго над відповіддю не роздумуйте. Ваша перша реакція є найбільш вірною.

A. Я відчуваю напруженість, мені не по собі				D. Те, що приносило мені велике задоволення раніше, і, зараз викликає в мене таке ж відчуття			
3 Увесь час	2 Часто	1 Час від часу, іноді	0 Зовсім не відчуваю	0 Це так	1 Напевно це так	2 Незначною мірою це так	3 Це зовсім не так
A. Я відчуваю страх, здається, що ось-ось щось жахливе може статися				D. Я здатний/на розсміятися та углядіти у тій чи іншій події щось смішне			
3 Це так, але страх дуже сильний	2 Це так, але страх не дуже сильний	1 Іноді, але це мене не турбує	0 Зовсім не відчуваю	0 Це так	1 Напевно, це так	2 Незначною мірою це так	3 Це зовсім не так
A. Метушливі думки крутяться у мене в голові				D. Я відчуваю бадьорість			
3 Постійно	2 Більшу частину часу	1 Періодично і не так часто	0 Лише іноді	3 Зовсім не відчуваю	2 Дуже рідко	1 Іноді	0 Практично постійно
A. Я можу легко сісти та розслабитися				D. Мені здається, що я став/ла робити все дуже повільно			
0 Це так	1 Напевно це так	2 Зрідка, це так	3 Зовсім не можу	3 Практично весь час	2 Часто	1 Іноді	0 Зовсім ні
A. Я відчуваю внутрішнє напруження чи тремтіння				D. Я не стежу за своєю зовнішністю			
0 Зовсім не відчуваю	1 Іноді	2 Часто	3 Дуже часто	3 Це так	2 Я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно	1 Мені здається, я став менше приділяти цьому уваги	0 Я стежу за собою так, як і раніше
A. Я відчуваю непосидючість, мені потрібно постійно рухатися				D. Я вважаю, що мої справи(заняття,хобі) можуть принести мені відчуття задоволення			

3 Це так	2 Напевно, це так	3 Деякою мірою це так	0 Зовсім не відчуваю	0 Точно так, як і зазвичай	1 Так, але не тією мірою, як раніше	2 Значно менше, ніж зазвичай	3 Зовс ім так не вваж аю
А. У мене буває раптове відчуття паніки				Д. Я можу отримати задоволення від цікавої книги, радіо чи телепрограми			
3 Дуже часто	2 Досить часто	1 Не так і не часто	0 Зовсім не буває	0 Часто	1 Іноді	2 Зрідка	3 Дуже рідко

Обробка результатів

Якщо пацієнт пропустив окремі пункти, перервав заповнення шкали на значний термін (кілька годин) або не вклався у відведений час, рекомендується провести повторне тестування з використанням нового бланку.

Шкала складається з 14 тверджень, які поділяються на дві шкали: «тривога» (непарні пункти –1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) і «депресія» (парні пункти –2, 4, 6, 8, 10, 12, 14). Кожному твердженню відповідають чотири варіанти відповіді, що відображають градації вираженості ознаки і кодуються за наростанням важкості симптому від 0 (відсутність) до 3 (максимальна вираженість).

При інтерпретації даних враховується сумарний показник балів шкали А та Д.

Обробка результатів полягає в підрахунку сумарного показника за кожною шкалою.

Інтерпретація результатів

0-7 – норма (відсутність достовірно виражених симптомів тривоги і депресії); 8-10 – субклінічно виражена тривога/депресія;

11 і вище – клінічно виражена тривога/депресія.

**«Шкала оцінювання впливу травмівної події» (IES-R)
(на основі версії IES, опублікованою Горовицем
у співавторстві з Н. Вілнером у 1979 р.)**

Інструкція.

Нижче описано переживання людей, які мали важкі стресові ситуації. Оцініть, наскільки ви відчували такі почуття з приводу подібної ситуації. Що трапилось з вами. Для цього виберіть і обведіть кружечком цифру, що відповідає тому, як часто ви переживали подібне протягом останніх семи днів, сьогодні також.

№	Твердження	Ніколи	Рідко	Іноді	Часто
1	Будь-яке нагадування про цю подію (ситуацію) змушує мене знову пережити все, що трапилось	0	1	2	5
2	Я не міг(могла) спокійно спати ночами	0	1	2	5
3	Деякі речі змушували мене весь час думати про те, що зі мною сталося	0	1	2	5
4	Я відчував(ла) постійне роздратування і гнів	0	1	2	5
5	Я не дозволяв(ла) собі засмучуватися, коли думав(ла) про цю подію або щось нагадувало мені про неї	0	1	2	5
6	Я думав(ла) про те, що трапилось проти своєї волі	0	1	2	5
7	Мені здавалося, що всього того, що сталося зі мною, ніби й не було насправді, або все, що тоді відбувалося, було нереальним	0	1	2	5
8	Я намагався(лася) уникати всього, що могло б мені нагадати про те, що трапилось	0	1	2	5
9	Окремі картини того, що сталося раптово виникали в свідомості	0	1	2	5
10	Я був(ла) весь час напруженим(ною) і сильно здригався(лась), якщо щось раптово лякало мене	0	1	2	5
11	Я намагався(лася) не думати про те, що	0	1	2	5

	трапилося				
12	Я розумів(ла), що мене і досі буквально переповнюють важкі переживання з приводу того, що трапилося, але нічого не робив(ла), щоб їх уникнути	0	1	2	5
13	Я відчував (ла) щось на зразок заціпеніння і всі мої переживання з приводу того, що сталося були наче«паралізовані»	0	1	2	5
14	Я раптом помітив(ла), що дію або почуваюся так, ніби все ще перебуваю в тій ситуації	0	1	2	5
15	Мені було важко заснути	0	1	2	5
16	Мене буквально переповнювали нестерпно важкі переживання, пов'язані з тією ситуацією	0	1	2	5
17	Я намагався(лася) витіснити з пам'яті те, що трапилося	0	1	2	5
18	Мені було важко зосередити увагу на чому-небудь	0	1	2	5
19	Коли щось нагадувало мені про те, що трапилося, я відчував(ла) неприємні фізичні ознаки: пітнів(ла), дихання збивалося, починало нудити, частішав пульс тощо	0	1	2	5
20	Мені снилися важкі сни про те, що зі мною сталося	0	1	2	5
21	Я постійно остерігався(лась) і весь час чекав(ла), що трапиться щось погане	0	1	2	5
22	Я намагався(лася) ні з ким не говорити про те, що трапилося	0	1	2	5

Опрацювання результатів:

- субшкала «вторгнення»: сума балів за пунктами 1, 2, 3, 6, 9, 16, 20;
- субшкала «уникнення»: сума балів за пунктами 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22;
- субшкала «фізіологічна збудливість»: сума балів за пунктами 4, 10, 14, 15, 18, 19, 21.

Загальна оцінка реакції на стресову ситуацію визначається за сумою балів усіх субшкал.

№	РЕАКЦІЯ НА СТРЕСОВУ СИТУАЦІЮ (ТРАВМУ)	Сума балів
1	Низька	< 30
2	Помірна	30–50
3	Виражена	> 50

«Шкала самооцінювання щодо наявності ПТСР» (pcl-c) (цивільна версія)

Інструкція. В таблиці перелічено проблеми та скарги, які можуть виникати в людини внаслідок стресового (трамівного досвіду) в минулому.

Уважно прочитайте кожний пункт та поставте позначку «X» у графі що найчіткіше відображає частоту, з якою вас турбувало це питання **минулого місяця**.

№	Твердження	1 Не було зовсім	2 Інколи	3 Помірно	4 Часто	5 Дуже часто
1	Думки і спогади, що повторюються і турбують, або нав'язливі картини травмівного досвіду з минулого					
2	Повторювані, жахливі сни щодо травмівного досвіду з минулого					
3	Чи часто ви починаєте діяти так, як діяли у травмівній ситуації, або відчуваєтеся, ніби ви ще там, ніби вона знову повторюється (переживаєте ситуацію знову)					
4	Відчуваєтеся пригніченим, засмучуєтесь, якщо щось нагадує вам про травмівну ситуацію з минулого?					
5	Фізично реагуєте (сильне серцебиття, проблеми з диханням або сильне потіння), коли щось нагадує вам про травмівний досвід з минулого					
6	Уникаєте думок або розмов про травмівну ситуацію					

	в минулому або уникаєте почуттів, пов'язаних з цією ситуацією					
7	Уникаєте певної діяльності або ситуацій, тому що вони нагадують вам травмівну ситуацію з минулого					
8	Відчуваєте труднощі з пригадуванням важливих частин травмівної ситуації з минулого					
9	Втрата інтересу до того, що раніше приносило задоволення					
10	Відчуваєте відстороненість або ж відірваність від інших людей					
11	Відчуваєте емоційне заціпеніння або неможливість відчувати любов до близьких вам людей					
12	Відчуття, що ваше майбутнє не певне					
13	Труднощі із засинанням або уривчастий сон					
14	Відчуття роздратування або вибухи гніву					
15	Утруднення з концентрацією уваги					
16	Постійно «насторожені», занадто пильні, постійно очікуєте небезпеки					
17	Почувається					

	«засмиканим»(-ною) дратівливим(-ою) або легко лякається					
--	---	--	--	--	--	--

Обробка результатів

Підрахунок балів ідентичний для всіх трьох версій тесту.

Респонденти оцінюють кожний пункт від 1 (зовсім ні) до 5 (дуже виражено), щоб вказати ступінь виявлення конкретного симптому впродовж минулого місяця. Отже, діапазон оцінки може бути в межах від 17 до 85 балів.

Не зважаючи на те, що шкали самооцінювання не слід використовувати для встановлення формального діагнозу, PCL виявився хорошим діагностичним інструментом.

50 балів і вище – визначається як оптимальний показник для того, щоб вказати на можливе встановлення діагнозу ПТСР посткомбатантові (тобто якщо підрахунок дорівнює 50 і більше балів, то можна вже говорити про ПТСР, якщо менше – ні).

**Опитувальник для скринінгу посттравматичного стресового розладу
(Бреслау та ін., 1999 р.)**

Цей опитувальник входить до уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад».

Інструкція. Будь ласка, дайте відповідь на такі запитання. Свій варіант відповіді підкресліть у правій частині бланка.

№	Твердження	Відповіді
1	Чи уникаєте ви нагадувань про травмівну подію, уникаючи певних місць, людей або діяльності?	Так
		Ні
2	Чи втратили ви інтерес до діяльності, яка колись була важливою або приємною?	Так
		Ні
3	Чи стали ви відчувати себе відділеним або ізольованим від інших людей?	Так
		Ні
4	Чи втратили ви здатність переживати почуття любові або прихильності до інших людей?	Так
		Ні
5	Чи почали ви думати, що немає ніякого сенсу будувати плани на майбутнє?	Так
		Ні
6	Чи виникли у вас проблеми із засинанням або сном?	Так
		Ні
7	Чи стали ви більш нервовим або дратівливим через звичайний шум чи рух?	Так
		Ні

Опрацювання результатів

4 і більше позитивні відповіді вказують на ймовірність ПТСР.

**Шкала оцінки якості життя «Оцінка якості життя» (©Чабан О. С.) –
Chaban Quality of Life Scale – CQLS) (2017 р.);**

Інструкція: Згадайте, будь-ласка, ті події, що відбувались із вами за останні 30 днів. Враховуючі їх, наскільки ви були задоволені таким із нижче переліченого. Вкажіть ту кількість балів, яка підходить найбільше, від 0 до 10), де:

- 0 – зовсім не задоволений(а)
- 1-3 – більш незадоволений, ніж задоволений(а)
- 4-6 – посередньо
- 7-9 – більш задоволений(а), ніж незадоволений(а) ,
- 10 – надзвичайно задоволений(а).

1. Своім фізичним станом?
2. Настроєм?
3. Проведенням вільного часу?
4. Любов'ю, сексуальною активністю?
5. Повсякденною активністю (хобі, робота по дому та ін.)?
6. Соціальною активністю (спілкування з рідними, друзями)?
7. Фінансовим благополуччям?
8. Умовами проживання?
9. Роботою, навчанням, іншою зайнятістю?
10. Загальний рівень задоволеності життям?

Шкалу заповнює особа, яка проходить обстеження, самостійно.

Мінімальна кількість балів – 0, максимальна – 100.

Рівень якості життя:

дуже низький – до 56 балів включно,

низький – від 57 до 66 включно,

середній – від 67 до 75 включно,

високий – від 76 до 82 включно,

дуже високий – від 83 балів

Додаток К

Методика Коннора-Девідсона CD-RISC-10,

що розроблена на основі CD-RISC К. Conner, J. Davidson для визначення рівня резильєнтності (в адаптації З. Кіреєвої, О. Односталко, Б. Бірона)

Шкала резильєнтності Коннора-Девідсона-10 (Campbell - Sills & Stein, 2007; Школіна та ін., 2020), включає 10 найбільш інформативних пунктів повної шкали з 25 пунктів. Відповідно, вона складається з 10 тверджень, відповіді на які даються за п'ятибальною шкалою Лайкерта (від «повністю невірно» = 0 до «вірно майже у всіх випадках» = 4).

Інструкція:

Вам пропонується оцінити себе за 10 твердженнями, обвівши кружечком відповідну цифру:

0= повністю невірно

1= зрідка вірно

2= вірно час від часу

3= часто вірно

4= вірно майже у всіх випадках

№	Твердження	0 Повністю невірно	1 Зрідка вірно	2 Вірно час від часу	3 Часто вірно	4 Вірно майже у всіх випадках
1	Здатний адаптуватися до змін					
2	Можу впоратися з усім, що трапиться.					
3	Дивлюся на речі з гумористичного боку					
4	Впевнений, що подолання стресу					

	зміцнює					
5	Швидко відновлююся після хвороби або труднощів					
6	Можу досягти своїх цілей не зважаючи на перепони					
7	Під тиском зосереджуюсь і думаю ясно					
8	Важко розчарувати невдачею					
9	Думаю про себе як про сильну людину					
10	Можу впоратися з неприємними почуттями					

Обробка результатів. Кількісний показник резильєнтності за методикою складає сума балів за 10 твердженнями (від 0 до 40).

Для визначення нормативних діапазонів *інтерпретації* індивідуальних результатів (таблиця 1) нами використані результати Всеукраїнського опитування «Твоя життєстійкість в умовах війни», проведеного в червні-липні 2022 р. за участі 1257 респондентів (67,7% жінок і 32,3% чоловіків) віком від 18 років зі всіх регіонів України (Коун, 2022).

Таблиця 1

Нормативні показники рівня резильєнтності (у балах)

Рівень резильєнтності	Бали	Відповідний діапазон за відсотковим розподілом вибірки
Низький	0 – 15	0 – 20 %
Нижчий за середній	16 – 20	21 – 40 %
Середній	21 – 25	41 – 60 %
Вищий за середній	26 – 30	61 – 80 %
Високий	31 – 40	81 – 100 %

	Вік	Стаж діабету	Вік дитини	Триєва	Депресія	Шкала оцінювання впливу травмивної події	Шкала самооцінювання щодо наявності ПТСР	ПТСР	Фізичним станом	Настроєм	Проведенням вільного часу	Любов'ю, сексуальною активністю	Повсякденною активністю	Соціальною активністю	Фінансовим благополуччям	Умовами проживання	Роботою, навчанням	Загальний рівень задоволеності життям	Сума	Резильність
Вік	1																			
Стаж діабету	0.449866																			
Вік дитини	0.424265	0.756224																		
Триєва	-0.26593	0.68986	-0.57594																	
Депресія	-0.4481	-0.72848	-0.70999	0.752055																
Шкала оцінювання впливу травмивної події	-0.3504	-0.49719	-0.5639	0.687932	0.63665															
Шкала самооцінювання щодо наявності ПТСР	-0.37692	-0.53405	-0.53075	0.616776	0.650805	0.782945														
ПТСР	-0.24475	0.50083	-0.61679	0.630601	0.589068	0.756708	0.7445													
Фізичним станом	0.01043	0.319868	0.62789	-0.46165	-0.54891	-0.57551	-0.53343	-0.6673												
Настроєм	0.456256	0.537615	0.650449	-0.46256	-0.56761	-0.59067	-0.6396	0.66054	0.676241											
Проведенням вільного часу	0.347472	0.216688	0.550835	-0.28998	-0.43735	-0.50324	-0.5108	0.60631	0.677915	0.69565										
Любов'ю, сексуальною активністю	0.68027	0.14429	0.33024	-0.25907	-0.24873	-0.42427	-0.31077	0.52301	0.546705	0.571555	0.663024									
Повсякденною активністю	0.360438	0.246168	0.530341	-0.3778	-0.49462	-0.52803	-0.51604	0.52163	0.627938	0.65532	0.639421	0.48239								
Соціальною активністю	0.344775	0.344787	0.5503	-0.4677	-0.58675	-0.53778	-0.544	0.59745	0.632968	0.735416	0.616898	0.487358	0.922468							
Фінансовим благополуччям	0.10037	-0.1462	0.256043	-0.04776	-0.00046	-0.7409	-0.6355	-0.634	0.4517	0.209343	0.372905	0.296249	0.363365	0.325407						
Умовами проживання	0.08169	-0.15557	0.090822	0.2733	-0.02975	-0.01626	0.67669	0.04432	0.23914	0.40691	0.60766	0.10672	0.235657	0.282373	0.347595					
Роботою, навчанням	0.66775	0.210766	0.333613	-0.28981	-0.36024	-0.38997	-0.45809	0.36379	0.549601	0.550697	0.48457	0.432307	0.674727	0.67406	0.2092	0.0039478576E-24				
Загальний рівень задоволеності життям	0.04203	-0.16704	0.200566	-0.02588	-0.238	-0.25986	-0.2278	-0.3683	0.655783	0.42567	0.604251	0.500317	0.58255	0.546653	0.416216	0.489696	0.51641			
Сума	0.303638	0.239547	0.579683	-0.3737	-0.4954	-0.56319	-0.54424	0.63595	0.838513	0.792423	0.804533	0.69749	0.860134	0.866884	0.54874	0.378197	0.71381	0.767305		
Резильність	0.249555	0.433317	0.56621	-0.58439	-0.72053	-0.7106	-0.78074	0.74846	0.682963	0.56256	0.516507	0.35608	0.61426	0.636942	0.69347	0.16392	0.400931	0.483173	0.633307	