

УДК 159.922.76-056.34:616.83]:159.942.5-055.52
DOI: <https://doi.org/10.17721/2616-7786.2024/10-1/9>

Ірина ПУДЕНКО, асп.
ORCID ID: 0009-0005-9891-025X
e-mail: pudenko.i.v@gmail.com
Київський національний університет імені Тараса Шевченка, Київ, Україна

Олена ВЛАСОВА, д-р психол. наук, проф.
ORCID ID: 0000 0002 9804 0038
e-mail: olenavlasova@knu.ua
Київський національний університет імені Тараса Шевченка, Київ, Україна

ОСОБЛИВОСТІ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ ПРОЯВІВ І СУБ'ЄКТИВНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ МАТЕРІВ ДІТЕЙ З ОРГАНІЧНИМ УРАЖЕННЯМ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

Вступ. Народження та виховання дитини з порушенням розвитку є травматичним фактором, що призводить до зміни особистості батьків і їхнього життя загалом. У батьків може спостерігатись підвищений рівень тривожності, наявність депресії, хронічний смуток, апатія, безнадія, емоційне вигорання тощо.

У пропонуваній статті представлено результати теоретичного й емпіричного дослідження тривожно-депресивних особливостей батьків, які виховують дітей з органічним ураженням нервової системи. Викладено теоретичний матеріал щодо психологічних особливостей батьків, як мають дітей з порушеннями розвитку.

Представлено результати дослідження, зокрема: порівняння рівня тривожності і наявності та тяжкості депресії у матерів, які виховують дитину з органічним ураженням нервової системи, з матерями, які виховують нормотипову дитину. Виявлено кореляційний зв'язок компонентів суб'єктивного благополуччя з показниками тривожності та депресії

Методи. У процесі дослідження застосовано методи теоретико-методологічного аналізу, тестування за допомогою шкали для оцінки генералізованого тривожного розладу GAD-7, опитувальника здоров'я пацієнта (оцінка тяжкості депресії PHQ-9) та короткого багатовимірного опитувальника процвітання "PERMA-ПРОФАЙЛЕР" (адаптація О. Савченко та Д. Лавриненка). Для оброблення отриманих даних були використані методи статистичного аналізу на базі програми Jamovi 2.3.28.

Результати. Проведене дослідження дало змогу визначити рівень тривожності і наявності та тяжкості депресії у матерів, які виховують нормотипових дітей, та у матерів, які виховують дітей з порушенням розвитку. Рівень тривожності матерів, які виховують дітей з органічним ураженням нервової системи, значно вищий ніж у матерів, які виховують нормотипових дітей. Зазначений висновок правдивий для кожного рівня тривожності (мінімальна, легка, помірна, сильна). У половини жінок із контрольної групи депресія не спостерігається, а в експериментальній групі вона відсутня лише у третини. Показники легкої, помірної та середньої депресії вищі у матерів, які виховують дітей з органічним ураженням нервової системи. Відсоток респондентів з тяжкою депресією близький за значеннями в обох групах дослідження. Були виявлені кореляційні зв'язки: показника депресії з добробутом і його компонентами (позитивними емоціями, відносинами, сенсом, здоров'ям, залученістю й негативними емоціями) та показника тривожності з позитивними емоціями, відносинами, сенсом і негативними емоціями.

Висновки. На основі оброблення даних зроблено висновок, що гіпотеза, яка була поставлена на початку дослідження щодо низького суб'єктивного благополуччя матерів, які виховують дітей з органічним ураженням нервової системи, підтверджується і дає нам можливість продовжити збирання даних для подальшого дослідження.

Ключові слова: батьки дитини з вадами розвитку, дитина з особливими потребами, нормотипові діти, суб'єктивне благополуччя матерів, тривожно-депресивні та кризові стани.

Вступ

Постановка проблеми. Очікування та народження дитини – це яскрава та зазвичай позитивно забарвлена подія в житті кожної сімейної пари. Однак іноді народження нового життя може мати травматичні наслідки для матері та її дитини, оскільки цей складний фізіологічний процес може мати негативний вплив на здоров'я породіллі та її дитяти, що, вочевидь, впливає і на психічний стан такої жінки. В окремих випадках жінки, які щойно народили, можуть зазнавати психічних і поведінкових розладів. Це, за словами О. Белоконь, можуть бути слабко виражені та з легким перебігом бейбіблюзи, тобо різкі перепади настрою, плаксивість, напади тривоги, занепокоєння, і навіть проблеми зі сном (Белоконь, 2020). У складніших випадках спостерігається післяпологова депресія, симптомами якої є порушення сну, стан байдужості, і до дитини зокрема, почуття гніву, зміни апетиту; сильна втома та виснаження, переживання, що нічого не приносить задоволення та радості; часті зміни настрою; переживання, пов'язані із смутом та страхом бути поганою мамою; почуття нікчемності, безнадійності та безпорадності; проблеми з концентрацією уваги, прийняттям повсякденних рішень і самообслуговуванням. Кожна п'ята жінка, що народила, переживає стан пригнічення та легкі психічні розлади.

У житті сімейної пари нелегкий період народження дитини значно ускладнюється, коли дитина народжується з інвалідністю. Це стає травматичним фактором не лише для пари, а і для всієї родини загалом. Не завжди діагноз та надання статусу "дитина з інвалідністю" відбувається відразу після народження. Часто проблеми зі здоров'ям жінки під час вагітності й ускладнені пологи можуть створити умови для розвитку статокінетичної, психічної, мовленнєвої затримки, стати поштовхом до розвитку нервово-м'язових захворювань і навіть дитячого церебрального паралічу значно пізніше від моменту народження дитини. І батьки дізнаються про важкий діагноз лише через декілька років виховання повністю здорової, на їхній погляд, дитини. Такі важкі моменти змінюють усе життя батьків, оскільки до щоденних турбот, пов'язаних з вихованням дитини, додаються постійні відвідування лікарів, реабілітаційних центрів та безперервні додаткові реабілітаційні заняття з дитиною вдома. Отже, фізичне та психологічне навантаження на членів родини істотно зростає. Оскільки вагомим чинником адекватного та нормального функціонування дитини є сприятливі та стабільні умови її існування, то постає питання про те, як упоратись із психологічним навантаженням батьків, забезпечити стабільність ментального здоров'я жінки та чоловіка не

© Пуденко Ірина, Власова Олена, 2024

лише для функціонування, а і для того, щоб у них були ресурси займатись дитиною та робити все можливе, щоб стан дитини мав позитивну динаміку.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Особливості батьків, які виховують дітей з інвалідністю або вадами розвитку, досліджували Е. Кюблер-Росс, Дж. Блашер, М. Ірвін, М. Клаус, Л. Кеннелл, М. Семаго, Р. Майромян (поведінкові особливості батьків, прийняття ними хвороби дитини), Т. Висотина (особливості ставлення батьків до дітей із нервовими порушеннями), Л. Шипіцина (взаємовідносини в родині, де виховують дітей із розумовою відсталістю), О. Мамічева та Ю. Кащеева (відносини батьків до дитини з особливими потребами), Б. Андрієнко та К. Островська (розроблення психологічних послуг для батьків з особливими потребами), Ж. Вірна (емоційна безпека батьків дітей з розумовими особливостями, їхня самореалізація), Галлахер і Ханніган (фізичне та психічне здоров'я батьків), В. Шевчук (емоційні переживання батьків дітей з комплексною нозологією), Л. Кобильнік (суб'єктивне благополуччя батьків дітей з особливими потребами) та ін.

Мета статті – представити результати теоретичного аналізу й емпіричного дослідження специфіки суб'єктивного благополуччя батьків, які виховують дітей з органічним ураженням нервової системи, у зв'язку з особливостями їхніх тривожно-депресивних виявів.

Виклад основного матеріалу. У 60-х роках минулого століття відбувся сплеск зацікавленості вчених до проблеми емоційних переживань батьків, які виховують дітей з вадами розвитку. Е. Кюблер-Росс і Дж. Блашер з колегами на основі своїх спостережень встановили певну закономірність динаміки емоційних станів батьків на шляху прийняття хвороби дитини та адаптації до нових умов життя родини: шок, заперечення, усвідомлення реальності, поступове примирення та прийняття реальності (Северенчук, 2007).

Німецька психотерапевт Е. Шухардт, дослідивши 2000 дітей з інвалідністю, доповнила перелік стадій пристосування батьків до нового життя і створила своєрідну спіраль, якою рухаються більшість батьків за таких життєвих обставин:

1. **Шок.** Спочатку батькам важко дається усвідомити факт наявності важкого діагнозу дитини або наявності певних відхилень. Батьки намагаються уникати розмов з близькими на цю тему.

2. **Заперечення.** Виникають сумніви щодо правильності діагнозу. Цей важкий стан часто супроводжується з почуттям провини, сорому. Потрібно залишити батьків на певний час наодинці із ситуацією.

3. **Етап пошуку.** З моменту постановки діагнозу у батьків настає період повного розпачу й безнадії. Батьки шукають та відвідують безліч різних фахівців, щоб спростувати діагноз дитини. Цей етап супроводжується відчаєм, смутком.

4. **Етап агресії та злості.** Коли діагноз підтвердився, у батьків виникають запитання: "Чому ми?", "Чому таке трапилось з моєю дитиною?", "Що ми зробили не так?". Виникає агресія та гнів на себе та на інші сім'ї, у яких є нормотипові діти. Батькам на цьому етапі важливо виплеснути свої емоції назовні та виговоритись. На цьому етапі лікарі часто діють як психологи і саме вони допомагають зрозуміти батькам, що діагноз – це не покарання для них чи дитини, і допомагають прийняти хворобу дитини як даність.

5. Далі настає **етап депресії.** Батьки починають приймати хворобу дитини і розуміють, що вони вже зробили багато для того, щоб спростувати діагноз, але

дива не сталося і вони зазвичай впадають в апатію та повну бездіяльність. Їм потрібен час для того, щоб зрозуміти, що це безповоротно і що втрачати час неприпустимо, потрібно починати реабілітаційні заходи.

6. **Поступове примирення та прийняття реальності.** Батьки починають сприймати дитину з діагнозом не як хвору, а як звичайну дитину, яка потребує трохи більшого догляду. Відбувається повна реорганізація побуту та життя сім'ї загалом. Характерні особливості цього етапу: постійна втома доглядальників (найчастіше матері), відмова від особистих потреб, матері зазвичай припиняють свою професійну діяльність або змінюють її, для них починається соціальна ізоляція і спілкування лише з лікарями.

7. **Етап солідарності.** Після прийняття хвороби дитини, після відвідувань різних центрів реабілітації батьки бачать, що вони такі не одні, що існує багато інших подібних сімей з дітьми з інвалідністю. Особливо цінним на цьому етапі для подружжя стає спілкування з батьками, які вже давно почали цей шлях, оскільки вони починають розуміти, що життя не зупинилось, бачать на прикладі інших, що у дитини можлива позитивна динаміка, що вона постійно удосконалює навички самообслуговування тощо. Також батьки дізнаються, що існує багато закладів, робота яких націлена на поліпшення життя дитини: інклюзивні садочки, школи або класи, державні та приватні реабілітаційні центри, літні та зимові табори відновлення й багато інших установ та об'єднань, що забезпечують якісну соціалізацію дитини. Щоправда, зазначені зміни психічних станів доглядальників дитини з діагнозом на різних етапах здійснення сімейної соціалізації такої дитини не проходять безслідно і можуть призвести до депресивних станів і психічних розладів батьків (Лук'янченко, 2020).

В. Ткачова зазначає, що народження дитини з проблемами зі здоров'ям і подальше її виховання, навчання, реабілітація є тривалим стресогенним фактором, що змінює особистість батьків і також їхнє життя. Дослідниця виділила кризові періоди у вихованні дитини з вадами, які додатково впливають на емоційний стан батьків:

1. Народження дитини з діагнозом.
2. Постановка правильного діагнозу.
3. Період підтвердження попередньо встановленого діагнозу та підбір необхідних реабілітаційних занять.
4. Перший рік навчання в школі за можливістю дитини.
5. Перехід у старші класи та пубертатний період.
6. Період професійного становлення.
7. Розв'язання проблем особистого життя (Шевчук, 2021, с. 103).

На перший погляд, перераховані періоди можуть видаватися не таким вже й особливими та стресогенними, порівняно з традиційними труднощами нормотипових батьків під час підготовки й адаптації їхньої дитини до школи, або на тлі проблем з урегулювання та налагодження відносин з дитиною, яка увійшла в пубертатний період. Проте в реальному житті до всіх цих складних виховних ситуацій додається ще чинник діагнозу дитини із фізичним чи психічним вадами розвитку. Останнє може передбачати також відвідування не звичайного класу, а інклюзивного, а, можливо, і взагалі домашню освіту, і тоді на плечі батьків лягає ще й тягар шкільного навчання такої дитини; потребу підібрати інклюзивний маршрут до школи, якщо дитина на інвалідному візку, або ж їй важко внаслідок

порушення координації даються підйоми або сходи та багато інших нюансів, про які пересічні батьки навіть можуть не здогадуватись. Іншими словами, часто те, що для батьків із нормотиповими дітьми є непомітним або видається дріб'язковим, для батьків дитини з вадами розвитку може ставати стресогенним.

Проведені дослідження показують, що один із найбільш виражених емоційних проявів батьків дитини з вадами розвитку є тривожність. Результати досліджень Т. Висотиною батьківського ставлення до дітей зі складними порушеннями розвитку свідчать про підвищену тривожність матерів, про емоційну дистанцію в батька, водночас у матерів спостерігається прагнення до емоційного контакту з дитиною (Шевчук, & Тесленко, 2021, с. 224). Е. Ейдеміллер визначає тривогу як емоційний стан, що виникає в небезпеці і в ситуаціях невизначеності та виявляється в постійному очікуванні чогось неприємного та страшного (Іванашко, Вірна, & Сіпко, 2022, с. 157). Інше дослідження батьків, які виховують дітей з інвалідністю, показало, що вони мають підвищений ризик до депресії, низький рівень суб'єктивного благополуччя і песимістичні погляди на майбутнє (Shenaar-Golan, 2015, p. 306).

Зазвичай догляд за дитиною, її виховання, медичне обслуговування та інші необхідні дії й обов'язки пов'язані з дитиною, яка має вади розвитку, здійснює мати, оскільки батько змушений підтримувати сім'ю фінансово не лише для нормального існування, а і для можливості якісної реабілітації дитини. О. Єфімова на основі проведених досліджень зробила висновок, що з появою дитини з порушенням розвитку в сім'ї відбувається майже повна зміна соціального статусу матерів – 50 % матерів змушені звільнитись з основного місця роботи та присвятити себе дитині. Певною мірою матері таких діток стають "соціальними інвалідами" через безвихідність ситуації (Shevchuk, & Vlasova, 2021). О. Тохтамиш зазначає, що матері, які доглядають за дітьми з порушеннями розвитку, мають різні психосоматичні та психологічні проблеми. Це може бути постійна тривога та депресія, сильний смуток, значне виснаження, неврози, головний біль, часті застуди й алергії, порушення менструального циклу, серцево-судинні й ендокринні захворювання (Тохтамиш, 2004).

Є. Волкова у своїх роботах аналізує кризові стани, з якими можуть зіштовхнутись батьки, виховуючи дітей з вадами розвитку. Авторка наголошує, що *криза* – це подія з невизначеним наслідком, яка пов'язана з можливою втратою. Характерні особливості кризової ситуації: наявність стресової ситуації, переживання горя, почуття втрати та приниження, відчуття безпорадності та втрати контролю над ситуацією, зміна сталого образу життя, невизначеність майбутнього, довготривале страждання. Як основний компонент кризи дослідниця виділяє тривогу, тому саме вираженість тривожності доцільно вважати індикатором кризового стану таких батьків. За словами дослідниці, наслідком кризи стає депресія як психічний стан, що характеризується зниженням життєвого тону, пригніченістю, втратою інтересу до зовнішнього світу, апатією, втомленістю, негативним ставленням до себе та оточення, суїцидальними думками (Реброва, 2021, с. 222). Очевидно, що такі наслідки стають ще важчим випробуванням на міцність для цілісності сімейної системи, у якій виховується дитина з особливими потребами, та суб'єктивного благополуччя її батьків, особливо матерів, на яких найчастіше лягає тягар реабілітації та сімейної соціалізації дитини з діагнозом.

Яким може бути науково обґрунтований шлях виходу сім'ї з подібної життєвої кризи? Чи є у сім'ї, що виховує дитину з інвалідністю, можливості протистояти постійному екзистенційному тиску життєвих обставин, пов'язаних із цим фактом і депресивними станами батьків? Такі запитання є ключовими для авторів статті, оскільки, якщо дитина перебуває у психологічно стабільній атмосфері батьківської сім'ї, де свідомі батьки знаходять ресурси для цього, відчуває, що вона потрібна та її люблять, то вона здатна пережити будь-які травмувальні ситуації та життєві виклики на шляху зростання. Водночас ми вважаємо, що батьки такої дитини мають невід'ємне право і можливості бути суб'єктивно благополучними людьми, незважаючи на наявний діагноз дитини. На цій теоретичній основі було організоване і проведене дослідження чинників суб'єктивного благополуччя матерів, які виховують дітей з органічним ураженням НС. Гіпотеза роботи передбачала, що, урахувавши чинник військового стану в Україні, у більшості досліджених матерів наявні тривожність і депресія, які визначаються нами як предиктори суб'єктивного благополуччя досліджених осіб. Однак в експериментальній групі внаслідок дії сімейного чинника, а саме наявності в сім'ях цих жінок дитини з особливими потребами, показники тривожності та депресії можуть бути більшими.

Вибірка. Констатувальне дослідження проводили протягом трьох місяців на базі Українського медичного центру реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи (м. Київ). У ньому взяли участь 45 жінок віком від 23 до 51 року, діти яких страждають на органічне ураження НС, серед яких 71,1% дітей із ДЦП, 15,6% із затримкою статокінетичного, психічного та мовленнєвого розвитку, 6,7% мають нервово-м'язові захворювання, що прогресують, 4,4% – перинатальне ураження ЦНС, 2,2% – наслідки запальних хвороб ЦНС. До контрольної групи увійшли 22 жінки віком від 27 років до 51, які виховують норматипову дитину та проживають у Києві. Оскільки особливості суб'єктивного благополуччя та специфічні емоційні стани матерів, які беруть участь у дослідженні, можуть виникнути не лише від хвороби дитини, пов'язаної з органічним ураженням НС, то учасниці контрольної групи відповідали і на запитання, чи проживають вони з дитиною з органічним ураженням НС, дитиною з інвалідністю або дитиною з іншим діагнозом.

Методи

У процесі дослідження застосовано методи теоретико-методологічного аналізу, а також такі психодіагностичні методики: короткий багатовимірний опитувальник процвітання "PERMA-ПРОФАЙЛЕР" в адаптації О. Савченко та Д. Лавриненка; шкала оцінки генералізованого тривожного розладу GAD-7; опитувальник здоров'я пацієнта: оцінка тяжкості депресії PHQ-9, затверджений Міністерством охорони здоров'я України (Міністерство охорони здоров'я України, 2014, с. 61). Для оброблення отриманих даних були використані методи статистичного аналізу з використанням програми Jamovi 2.3.28.

Результати

У ході дослідження суб'єктивного благополуччя матерів, які виховують дітей з органічним ураженням НС, окрему частину роботи було націлено на виявлення рівня тривожності і наявності та тяжкості депресії. На цьому етапі тестування проводили за допомогою шкали оцінювання генералізованого тривожного розладу GAD-7 та опитувальника здоров'я пацієнта: оцінка тяжкості депресії PHQ-9.

Результати статистичного аналізу показали, що 68,9 % опитуваних мають мінімальну та легку тривожність: 35,6 % та 33,3 % жінок відповідно (рис. 1). Майже третина (31,1 %) досліджуваних мають помірну (11,1 % респонденток) та сильну тривожність (20,0 % респонденток). У контрольній групі спостерігаємо іншу тенденцію – половина респондентів (50 %) мають мінімальний рівень тривожності, легку форму – 22,7 %, майже стільки ж (18,2 % респонденток) мають помірну тривожність і лише 9,1 % опитаних відчувають сильну

тривожність. Статистична значущість за критерієм χ^2 дорівнює 0,561. Зауважимо, що це був передбачуваний результат, хоча очікувалось побачити яскравішу відмінність між експериментальною та контрольною групою. Це можна пояснити тим, що, окрім щоденних побутових і професійних проблем, усі респонденти дослідження (67 осіб) проживають на території України під час повномасштабного вторгнення і рівень тривожності населення нашої країни зростає з кожним ракетним обстрілом.

Рівень тривожності

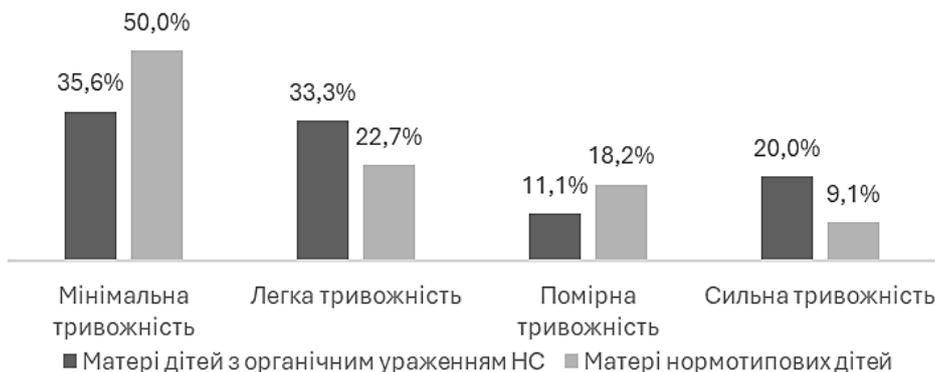


Рис. 1. Рівень тривожності матерів, які виховують дітей з органічним ураженням нервової системи, та матерів, які виховують нормотипових дітей

Аналогічно було проведено оцінку наявності та тяжкості депресії в експериментальній і контрольній групах за допомогою опитувальника здоров'я пацієнта (Patient Health Questionnaire – PHQ-9), який затверджений Міністерством охорони здоров'я України і використовується для оцінки тяжкості депресії, відповідно до уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги "Депресія" (Міністерство охорони здоров'я України, 2014, с. 61). Результати, представлені на рис. 2, засвідчують, що лише у третини (33,3 %) матерів, які виховують дітей з органічним ураженням НС, відсутня депресія. У

контрольній групі таких жінок 40,9 %. Легку (субклінічну) депресію мають 28,9 % матерів дітей з діагнозом ураження НС та 36,4 % матерів нормотипових дітей. Депресію помірної тяжкості в експериментальній групі демонструють 17,8 % опитаних жінок, а в контрольній – 9,1 %. Депресію середньої тяжкості відчувають 11,1 % жінок експериментальної групи і лише 4,5 % опитаних осіб у контрольній групі. Щодо випадків тяжкої депресії, то в обох групах цей показник майже однаковий – 8,9 % в експериментальній групі та 9,1 % в контрольній. Статистична значущість за критерієм χ^2 дорівнює 0,670.

Наявність та тяжкість депресії

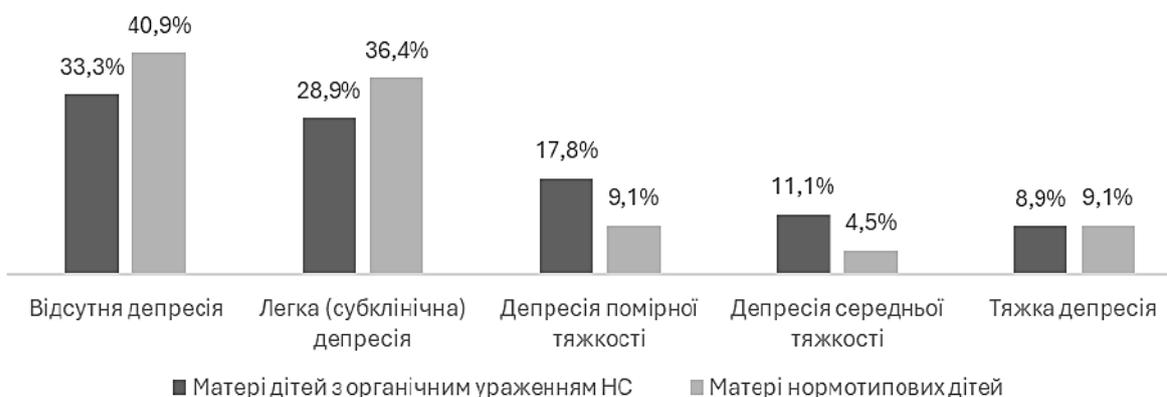


Рис. 2. Наявність і тяжкість депресії у матерів, які виховують дитину з органічним ураженням НС, та матерів, які виховують нормотипову дитину

Для нас очевидно, що на виявлений емоційний стан опитаних жінок впливає не лише наявність дитини з вадами розвитку або наявність нормотипової дитини, оскільки загальновідомо, що існує багато чинників, які могли призвести до такого стану. Проте вже нині можна констатувати, що рівень тривожності матерів, які виховують дітей з органічним ураженням НС, вищий ніж у жінок, які доглядають нормотипових дітей. Цю тенденцію спостерігаємо майже на всіх рівнях тривожності, що представлені в шкалі оцінки GAD-7. Аналогічні результати отримано і за показником наявності та тяжкості депресії за опитувальником PHQ-9. Однак кількість респондентів, які мають підозру на тяжку депресію, у відсотковому співвідношенні

виявилась майже однакою в експериментальній і контрольній групах. З огляду на це гіпотеза, що була поставлена на початку нашого дослідження, частково підтверджується емпірично: результати дослідження засвідчують, що в більшості досліджуваних матерів наявні тривожність і депресія, однак в експериментальній і контрольній групі особливості тривожності та депресії відрізняються.

Наступним кроком нашого дослідження було встановлення кореляційних зв'язків між вираженістю тривожності і депресії матерів та показниками їхнього суб'єктивного благополуччя. У табл. 1 представлені релевантні зв'язки між тривожністю, депресією та компонентами суб'єктивного благополуччя матерів.

Таблиця 1

Релевантні зв'язки між тривожністю, депресією та компонентами суб'єктивного благополуччя матерів

	Позитивні емоції	Залученість	Відносини	Сенс	Здоров'я	Добробут	Негативні емоції
Депресія	-0,669***	-0,270*	-0,509***	-0,496***	-0,501***	-0,396***	0,468***
Тривожність	-0,467***		-0,311**	-0,327**	-0,318**		0,439***

Короткий багатовимірний опитувальник процвітання "PERMA-ПРОФАЙЛЕР" містить п'ять основних компонентів: 1) позитивні емоції – загальна тенденція відчуття радості, щастя, вдячності; 2) залученість – зацікавленість, зануреність у діяльність і життя; 3) відносини – відчуття любові, підтримки, взаєморозуміння з боку інших; 4) сенс – наявність смислу та мети в житті; 5) досягнення – суб'єктивне відчуття досягнення щоденних обов'язків; і два додаткових: 6) здоров'я – суб'єктивне відчуття щоденного доброго самопочуття; 7) негативні емоції – схильність до почуттів смутку, агресії, незадоволеності; а також шкалу "добробут", що є інтегрованим сумарним показником суб'єктивного благополуччя з урахуванням від'ємного впливу негативних емоцій.

Основна частина компонентів суб'єктивного благополуччя має негативні кореляційні зв'язки з показником депресії. Негативні кореляційні зв'язки свідчать, що чим вищий показник депресії, тим нижчий показник "доброту" (-0,396***) та його компонентів: позитивні емоції (-0,669***), відносини (-0,509***), сенс (-0,496***), здоров'я (-0,501***), залученість (-0,270*). Пряму залежність мають показники депресії та компонент "негативні емоції" (0,468***) – чим більше негативних емоцій, що допомагають зрозуміти, наскільки людина переживає стрес, тривогу, сум або інші дискомфортні стани, які можуть знижувати загальний добробут, тим вища ймовірність наявності депресії та вищий її рівень тяжкості.

Показник тривожності не має релевантних зв'язків із показником "добробут", але має значущі кореляційні зв'язки з його компонентами. Негативний кореляційний зв'язок демонструє показник тривожності та такі компоненти суб'єктивного благополуччя: позитивні емоції (-0,467***), відносини (-0,311**), сенс (-0,327**), здоров'я (-0,318**). Чим вищий показник тривожності, тим нижчі показники компонентів добробуту. Оскільки із картиною кореляційних зв'язків показника депресії та компонентів короткого опитувальника "PERMA-ПРОФАЙЛЕР" показник тривожності має лише один позитивний кореляційний зв'язок із "негативними емоціями" (0,439***), який свідчить про те,

що чим більше негативних емоцій тим вища схильність до тривожності.

Варто зауважити, що такий компонент добробуту, як "досягнення" не має жодного значущого кореляційного зв'язку з показниками тривожності та депресії.

Наявність сильно виражених, виражених і слабких статистично значущих кореляційних зв'язків дає нам можливість стверджувати, що на суб'єктивне благополуччя матерів впливають наявність і рівень тривожності та депресії.

Дискусія і висновки

Унаслідок проведеного теоретичного аналізу наукової літератури було підкріплено процесуальну модель дослідження суб'єктивного благополуччя матерів, які виховують дітей з органічним ураженням НС. Виокремлені стани та їхнє детальне дослідження дають можливість краще розуміти батьків і побудувати якісну психолого-корекційну роботу.

Завдяки дослідженню було встановлено, що рівень тривожності матерів, які виховують дітей з органічним ураженням нервової системи, вищий порівняно з відповідними показниками матерів нормотипових дітей. Також вищим у таких осіб, аніж у матерів, які виховують нормотипових дітей, виявився і показник вираженості депресії. Зокрема, у респонденток, які зараз перебувають в Україні, на території якої йде війна, депресія фактично відсутня у половині респондентів контрольної групи, і лише у третині експериментальної групи. Тяжку ж депресію за відсотковим співвідношенням спостерігаємо в обох групах однаково. Були виявлені кореляційні зв'язки депресії із загальним показником добробуту та його складовими (позитивними емоції, відносинами, сенсом, здоров'ям, залученість, негативними емоціями) і показника тривожності з позитивними емоціями, відносинами, сенсом, здоров'я та негативними емоціями.

Загалом вважаємо, що успішне подолання батьками кризової ситуації, що пов'язана з появою в сім'ї дитини з важкою хворобою, інвалідністю, та супроводжується проблемами з емоційними станами таких батьків, безпосередньо залежить від соціально-психологічної роботи з дорослими членами сім'ї дитини з інвалідністю.

Вона передбачає широкий спектр заходів допомоги родинам – медичні, правові, психолого-педагогічні й економічні. Зміст цих заходів має бути спрямований на подолання ізоляції родини, розширення контактів для спілкування й отримання необхідної інформації щодо перебігу та можливого розвитку хвороби дитини, залучення її до громадської діяльності, поширення повноцінної інформації щодо установ надання соціальної та реабілітаційної допомоги, налагодження міжособистісних стосунків у сім'ї, організацію психологічної допомоги батькам та надання їм правової підтримки тощо.

Результати дослідження, представлені в статті, дають можливість визначити чинники суб'єктивного благополуччя, які необхідно враховувати під час створення якісної розвивально-корекційної програми, спрямованої на поліпшення суб'єктивного благополуччя матерів, які виховують дітей з органічним ураженням нервової системи.

Список використаних джерел

- Белоконь, О. (2020). *Я вагітна, що робити*. BookChef.
- Іванашко, О., Вірна, Ж., & Сіпко, Л. (2022). Психологічні індикатори емоційної безпеки батьків дітей з особливими освітніми потребами. *Психологічні перспективи*, 39, 153–165. <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2022-39-iva>
- Лук'янченко, К. (2020) Роль сім'ї в процесі виховання та навчання дитини з особливими освітніми потребами. У І. М. Богданова, В. М. Букач, С. М. Наумкіна, М. А. Сокаль, Л. І. Сухотеріна (Ред.). *Історичний досвід і сучасність*, 39, 21–27. <http://dspace.pdpu.edu.ua/bitstream/123456789/8028/1/Istorychniy%20Dosvid%20%20Suchasnist%202020.pdf>
- Міністерство охорони здоров'я України. (2014, 25 грудня). *Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги "Депресія"* (наказ, № 1003). <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1003282-14#n19>
- Реброва, О. (2021) Психологічні особливості родин, що виховують дитину з особливими освітніми проблемами. *Вісник Львівського університету. Серія: Психологічні науки*, 9, 220–228. <https://doi.org/10.30970/PS.2021.9.28>
- Северенчук, Н. (2007) Психокорекційна робота з матерями дітей з особливими потребами. *Дефектолог*, 3, 14–15.
- Тохтамиш, О. (2004). *Реабілітаційна психологія*. Віндрук.
- Шевчук, В. (2021) Емоційні переживання батьків дітей із комплексними порушеннями розвитку. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія*, 32(71, 4), 102–109. <https://doi.org/10.32838/2709-3093/2021.4/17>
- Шевчук В., & Тесленко М. (2021) Дитячо-батьківські стосунки в сім'ях, які виховують дітей із комплексними порушеннями розвитку. *Габітус*, 21, 223–227. <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2021.21.39>

Shenaar-Golan. (2015) Hope and subjective well-being among parents of children with special needs. *Child & family social work*, 22(1), 306–316. <https://doi.org/10.1111/cfs.12241>

Shevchuk, V., & Vlasova, O. (2021). Integral personal and interpersonal characteristics of parents of children with complex developmental disorders. *Insight: the psychological Dimensions of society*, 6, 110–124. <https://doi.org/10.32999/2663-970X/2021-6-8>

References

- Belokon, O. (2020). *I'm pregnant, what to do*. BookChef [in Ukrainian].
- Ivanashko, O., Virna, Zh., & Sipko, L. (2022). Psychological indicators of emotional security of parents of children with special educational needs. *Psychological perspectives*, 39, 153–165 [in Ukrainian]. <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2022-39-iva>
- Luk'yanchenko, K. (2020). The role of the family in the process of raising and teaching a child with special educational needs. In I. M. Bogdanova, V. M. Bukach, S. M. Naumkina, M. A. Sokal, & L. I. Sukhoterina (Eds.). *Historical experience and modernity*, 39, 21–27 [in Ukrainian]. <http://dspace.pdpu.edu.ua/bitstream/123456789/8028/1/Istorychniy%20Dosvid%20%20Suchasnist%202020.pdf>
- Ministry of Health of Ukraine. (2014, December 25). *Unified clinical protocol for primary, secondary (specialized), and tertiary (highly specialized) medical care "Depression"* (Order, № 1003) [in Ukrainian]. <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1003282-14#n19>
- Rebrova, O. (2021) Psychological features of families raising a child with special educational problems. *Bulletin of Lviv University. Series: Psychological Sciences*, 9, 220–228 [in Ukrainian]. <https://doi.org/10.30970/PS.2021.9.28>
- Severenchuk, N. (2007). Psychocorrectional work with mothers of children with special needs. *Defectologist*, 3, 14–15 [in Ukrainian].
- Shenaar-Golan. (2015). Hope and subjective well-being among parents of children with special needs. *Child & family social work*, 22(1), 306–316. <https://doi.org/10.1111/cfs.12241>
- Shevchuk, V. (2021). Emotional Experiences of Parents of Children with Complex Developmental Disorders. *Scientific Notes Tavria National University named after V. I. Vernadsky. Series: Psychology*, 32(71, 4), 102–109 [in Ukrainian]. <https://doi.org/10.32838/2709-3093/2021.4/17>
- Shevchuk, V., & Vlasova O. (2021). Integral personal and interpersonal characteristics of parents of children with complex developmental disorders. *Insight: the psychological Dimensions of society*, 6, 110–124. <https://doi.org/10.32999/2663-970X/2021-6-8>
- Shevchuk, V., & Teslenko M. (2021). Child-parent relationships in families raising children with complex developmental disorders. *Habitus*, 21, 223–227. <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2021.21.39>
- Tokhtamysh, O. (2004). *Rehabilitation Psychology: Educational and Methodological Manual*. Vindruk [in Ukrainian].

Отримано редакцією журналу / Received: 11.09.24

Прорецензовано / Revised: 10.01.25

Схвалено до друку / Accepted: 13.01.25

Iryna PUDENKO, PhD Student
ORCID ID: 0009-0005-9891-025X
e-mail: pudenko.i.v@gmail.com
Taras Shevchenko National University of Kyiv, Kyiv, Ukraine

Olena VLASOVA, DSc (Psychol.), Prof.
ORCID ID: 0000 0002 9804 0038
e-mail: olenavlasova@knu.ua
Taras Shevchenko National University of Kyiv, Kyiv, Ukraine

FEATURES OF ANXIETY-DEPRESSIVE MANIFESTATIONS AND THEIR RELATIONSHIP WITH THE SUBJECTIVE WELL-BEING OF MOTHERS RAISING CHILDREN WITH ORGANIC NERVOUS SYSTEM DISORDERS

Background. *The birth and upbringing of a child with a developmental disorder is a traumatic factor that leads to changes in the personality of parents and their lives in general. Parents may experience increased anxiety, depression, chronic sadness, apathy, hopelessness, "emotional burnout," etc.*

The article presents the results of a theoretical and empirical study of the anxiety-depressive characteristics of parents raising children with organic damage to the nervous system. The theoretical material on the psychological characteristics of parents raising children with developmental disorders is presented.

The results of the study are presented: a comparison of the level of anxiety and the presence and severity of depression in mothers raising a child with organic damage to the nervous system with mothers raising a normotypical child. A correlation between the components of subjective well-being and indicators of anxiety and depression has been revealed

Methods. *In the process of the study, the methods of theoretical and methodological analysis, testing using the scale for assessing generalized anxiety disorder GAD-7, the patient health questionnaire (assessment of depression severity PHQ-9) and the short multidimensional questionnaire of well-being "PERMA-PROFILER" (adaptation of Savchenko O.V. and Lavrynenko D.G.) were used. To process the obtained data, statistical analysis methods based on the Jamovi 2.3.28 program were used.*

Results. *The conducted study made it possible to determine the level of anxiety and the presence and severity of depression in mothers raising normotypical children and children with developmental disorders. The level of anxiety of mothers raising children with organic lesions of the nervous system is significantly higher than that of mothers raising normotypical children. This conclusion is valid for each level of anxiety (minimal, mild, moderate, severe). half of the control group does not experience depression, and only a third of the experimental group does. The indicators of mild, moderate and moderate depression are higher in mothers raising children with organic damage to the nervous system. The percentage of respondents with severe depression is close in values in both study groups. Correlations were found: the depression indicator with well-being and its components (positive emotions, relationships, meaning, health, involvement and negative emotions) and the anxiety indicator with positive emotions, relationships, meaning and negative emotions.*

Conclusions. *Based on the processing of the research data, we concluded that the hypothesis that was put forward at the beginning of the study regarding the low subjective well-being of mothers raising children with organic damage to the nervous system is confirmed and gives us the opportunity to continue collecting data for further research.*

Keywords: *anxiety, child with developmental disabilities, depression, emotional and crisis states, normotypical children.*

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів. Спонсори не брали участі в розробленні дослідження; у зборі, аналізі чи інтерпретації даних; у написанні рукопису; в рішенні про публікацію результатів.

The authors declare no conflicts of interest. The funders had no role in the design of the study; in the collection, analyses or interpretation of data; in the writing of the manuscript; in the decision to publish the results.