

## ХВОРОБА НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ДИТИНИ ЯК ПСИХОТРАВМА У МАТЕРІВ

**Мудрик Алла**

Волинський національний університет імені Лесі Українки,  
м. Луцьк, Україна,

[Mudruk.Alla@vnu.edu.ua](mailto:Mudruk.Alla@vnu.edu.ua)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0753-1536>

**Мета.** У статті вивчено, уточнено й узагальнено матеріали щодо феномену психотравми, презентовано результати емпіричного дослідження особливостей прояву психотравми у матерів, діти яких хворіють на цукровий діабет.

**Методи.** Описано основні підходи до розуміння та застосування методик діагностики особливостей прояву психотравми. Продіагностовано особливості прояву психотравми у матерів, діти яких хворіють на цукровий діабет за допомогою методик: Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS), «Шкала оцінювання впливу травмивної події» (IES-R), «Шкала самооцінювання щодо наявності ПТСР» (pcl-c) (цивільна версія), Шкала оцінки якості життя (О.Чабан).

**Результати.** Відзначено, що у випадку травмивних подій людина «зустрічається з подіями, що можуть загрожувати життю чи фізичній цілісності людини з великою ймовірністю такі події призведуть до психотравми. 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. Матері, діти яких хворіють на цукровий діабет переживають емоційні реакції у зв'язку з хворобою одного з членів сім'ї: розгубленість із-за повної або часткової беспорядності; постійне занепокоєння про майбутнє; почуття страху; відчуття провини; депресію; розчарування; фрустрацію; лють, викликані нерозв'язністю самої проблеми захворювання.

**Висновки.** Виявлено, що у більшості досліджуваних показники тривоги та депресії мають субклінічні прояви. Значна частина респондентів оцінюють реакція на стресову ситуацію (травму) як помірну. Однак, у майже половини вибірки можливе встановлення діагнозу ПТСР, що вимагає додаткового дослідження та уточнення. Результати кореляційного аналізу взаємозв'язку між показниками дозволили виявити ті чинники, що негативно впливають на перебіг та прояв психотравми та знижують ризик виникнення розладів, спричинених психотравмою. Зазначено, що перспективами подальших

досліджень є створення програми психологічного супроводу сімей, що мають дітей, хворих на цукровий діабет із використанням ефективних психотерапевтичних технік; вдосконалення програми емпірико-діагностичного дослідження, спрямованого на виявлення особливостей прояву психотравми у такої категорії осіб, зокрема дослідження рівня прояву ПТСР.

**Ключові слова:** психологічна травма, травматична подія, психологічний стрес, посттравматичний стресовий розлад, хвороба.

**Alla Mudryk. Diabetes disease in children as psychotrauma in mothers.**

**Purpose.** Materials related to the phenomenon of psychotrauma have been studied, clarified and summarized; the results of empirical study of the manifestation peculiarities of psychotrauma of mothers whose children have diabetes are represented in the article.

**Methods.** The main approaches to the understanding and establishment of methods of diagnosis of the manifestation peculiarities of psychotrauma are described. Manifestation peculiarities of psychotrauma of mothers whose children have diabetes were diagnosed using the following methods: Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), "Traumatic Event Impact Assessment Scale" (IES-R), "Self-Assessment Scale for the Presence of PTSD" (pcl-c) (civilian version), Quality of Life Rating Scale (O. Chaban).

**Results.** It is noted that in the case of traumatic events, a person encounters events that may threaten a person's life or physical integrity with the high probability that such events will lead to psychotrauma. Having analyzed the scientific literature devoted to the problem of psychotrauma, we can note that one of the traumatic events that lead to the occurrence and experience of psychotrauma is serious illness of a loved one. Mothers whose children suffer from diabetes experience emotional reactions in connection with the illness of one of the family members: confusion due to complete or partial helplessness; constant worry about the future; feelings of fear, guilt, depression, disappointment, frustration, rage caused by the intractability of the problem of the disease itself.

**Conclusions.** It is determined that in the majority of the studied subjects, indicators of anxiety and depression have subclinical manifestations. Significant part of the respondents rate the reaction to the stressful situation (trauma) as moderate. However, almost half of the sample may be diagnosed with PTSD, which requires additional research and clarification. The results of the correlation analysis of the relationship between the indicators made it possible to identify those factors that negatively affect the course and manifestation of psychotrauma and reduce the risk of disorders caused by psychotrauma. It is noted that the prospects for further research are the creation of the program of psychological support for families with children suffering from diabetes using effective psychotherapeutic techniques. Improvement of the program of empirical and diagnostic research aimed at identifying the manifestation peculiarities of psychotrauma of such category of persons, in particular the study of the level of PTSD manifestation.

**Keywords:** psychological trauma, traumatic event, psychological stress, post-traumatic stress disorder, disease.

**Вступ.** У сучасній психологічній науці феномену психічної травми та розладів, спричинених нею, приділяється значна увага. Це пов'язано, насамперед, як загалом зі зростанням «масових» психотравмуючих подій, так і з усе більшим об'ємом наукових досліджень, які вказують на важливу роль психотравмуючих подій у походженні психіатричних розладів, зокрема посттравматичного стресового синдрому.

Мета дослідження – теретичне обґрунтування та емпіричне дослідження особливостей прояву психотравми у жінок, діти яких хворіють на цукровий діабет.

Завдання дослідження: 1) здійснити теоретико-методологічний аналіз поняття психотравма; 2) емпіричним шляхом дослідити особливості прояву психотравми у жінок, діти яких хворіють на цукровий діабет.

**Методи та процедура дослідження.** Дослідження особливостей прояву психотравми у матерів, діти яких хворіють на цукровий діабет здійснено на базі Громадської організації «Об'єднання батьків дітей хворих на цукровий діабет «Інсулін». Вибірка досліджуваних – 28 осіб, віком від 25 до 49 років (вік їх дітей – від 1,2 до 22 років). У роботі використано методики: Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS), «Шкала оцінювання впливу травмивної події» (IES-R), «Шкала самооцінювання щодо наявності ПТСР» (rc1-c) (цивільна версія), Шкала оцінки якості життя (О.Чабан).

**Обговорення результатів.** У різних наукових джерелах поняття «психотравма» трактується по-різному. Науковці виділяють «психічну» і «психологічну» травми (Пророк, 2023; Семенова, 2018). Психічна травма визначається за умови помітних порушень нормального функціонування психіки. Натомість про психологічну травму слід говорити коли таких порушень не має, однак, досить суттєво зміняться базові переконання і цінності людини.

Таким чином, у випадку психічної травми події загрожують життю людини, а у випадку психологічної – події є загрозливими для особистості (чи такі, що інтерпретуються як загрозливі): втрата домівки, роботи, місця проживання, свободи (наприклад, у випадку ув'язнення); подружня зрада, приниження людської гідності

(цькування в школі чи психологічне насильства в сім'ї); смерть чи хвороба близьклі людини тощо. Такі події, зазвичай, значно змінюють усталений спосіб життя людини (Fontana, Rosenheck, 2014).

Результатом пережитого може бути дистрес (виснаження), криза або важкий емоційний стрес. За цих умов зміни психічного стану суттєво відрізняються від змін у випадку психічної травми.

Тлумачення терміну «психотравма» (як синонім у літературі вживається ще й термін «травмівний стрес») схожі на визначення поняття стресу (подія, що несе додаткове навантаження на людину): психотравма (Семенова, 2018) – незвичайна подія, що спричиняє важкий психологічний стрес та супроводжується почуттям жаху, страху та безпорадності; психотравма – це зовнішні подразники, які впливають на людину болісно й патогенно, викликають переживання і страждання.

Однак, незважаючи на схожість понять «стрес» і «психотравма» ці феномени відрізняються. Згідно з сучасними уявленнями про стрес, останній стає психотравмою, коли наслідком дії стресора стає порушення у психічній сфері людини аналогічне з порушеннями в соматичних процесах. Стресором у таких випадках стає травмівна подія. Травмівна подія характеризується раптовістю, руйнівною силою, інтенсивністю; часто пов'язана з фактом або загрозою смерті, серйозного тілесного ушкодження чи сексуального насильства; несе людині абсолютно нову інформацію, яку необхідно інтегрувати в попередній життєвий досвід (Гоцуляк, 2015).

Таким чином, у випадку травмівних подій людина «зустрічається з подіями, що можуть загрожувати життю чи фізичній цілісності людини: поранення, фізичне травмування; важкі медичні процедури; загибель, смерть чи важка хвороба близьких люде; картини смерті і людських страждань; суїциди і вбивства. З великою ймовірністю такі події призведуть до психотравми.

Слід зазначити, що таке розуміння психотравми відображене у п'ятому виданні (DSM-5; Американська психіатрична асоціація, 2013) (Бріер, Скот, 2015). Згідно цього видання психотравма трактується як «експозиція до смерті або загрози життю, серйозного ушкодження, або сексуального насильства в один (чи більше) з таких способів: (1) безпосереднє переживання травмівної події (-ій); (2) перебування свідком подій, які трапилися з іншими; (3) знання того, що травмівна подія (-ії) трапилась із членом сім'ї чи близьким другом

– у випадках смерті чи загрози життю члену сім'ї чи другові, якщо ця подія була насильницькою або непередбаченою; (4) переживання багаторазової або надмірної експозиції до нестерпних деталей травмивної події (-ій).

Феномен психотравми науковці розглядають і як стан, і як ситуацію чи подію (психотравмивна ситуація чи психотравмивна подія) (Гофман, 2017).

Психотравма як стан (Пророк, 2023) розуміється як переживання невідповідності між загрозливими факторами ситуації та індивідуальними можливостями їхнього подолання. Такий стан супроводжується інтенсивним страхом, гострим відчуттям безпорадності й втрати контролю, когнітивними змінами і змінами у способах регуляції афектів, що спричиняє іноді тривалі фізичні, психічні й особистісні розлади. На фізіологічному рівні змінюється біохімічна рівновага (чим пояснюються ефект знеболення, надмірне збудження, амнезія, зниження імунітету, виснаження тощо); змінюється робота мозку – блокується міжпівкульна синаптична передача. Інакше функціонують нейрони кори головного мозку, внаслідок чого страждають насамперед мозкові зони, пов'язані з контролем агресивності та циклом сну (Герман, 2015; Гофман, 2017).

Слід зазначити, що у вітчизняній та зарубіжній науковій літературі дослідники зосереджують увагу на вивченні психотравми як стану, спричиненого травмивною подією/ситуацією.

Психотравма як ситуація/подія розуміється як будь-яка особисто значуща ситуація/подія, що має характер патогенного емоційного впливу на психіку людини і може, у випадку недостатності захисних психологічних механізмів, зумовити психічні розлади (Гоцуляк, 2015; Пророк, 2023).

У найбільш широкому значенні психотравма тлумачиться це реакція особистості на психотравмивні 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 (Кісарчук, 2015).

Найважливіші характеристики травмивної події: несподівана, неочікувана, приголомшлива. Така подія виходить за межі звичайного досвіду людини. Це може бути аварія, пожежа, одиничний епізод насильства, раптова втрата чи важка хвороба близької людини тощо.

Із тих осіб, які пережили психотравмуючу подію, у значній частині «душевна рана», завдана психотравмою, не зможе загоїтися сама по собі з плином часу – щонайменше у 30% розвивається захворювання, що увійшло до психіатричних діагностичних класифікацій під назвою посттравматичного стресового розладу (ПТСР). ПТСР є одним з найбільш поширених психіатричних розладів (Романчук, 2017).

У зарубіжних дослідженнях поняття «post-traumatic stress disorder», «traumatic stress», «post-traumatic stress» контекстуально залежні, поза емпіричними дослідженнями часто використовуються як синоніми (Meisenhelder, Marcum, 2004; Nemeroff, Marmar, 2018). У вітчизняних наукових публікаціях категорія ПТСР також набуває все більшої актуальності.

Вперше термін «посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)» був запропонований М. Хоровіц. Долідником були розроблені діагностичні критерії ПТСР, які були прийняті за основу при складанні Американської класифікації хвороб. Відповідно до МКХ-10 (Міжнародного класифікатора хвороб – основного діагностичного стандарту в європейських країнах) визначається, що услід за травмуючими подіями, які виходять за межі звичайного людського досвіду, може розвиватися посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) (Туриніна, 2017).

Під «звичайним» людським досвідом розуміють такі події, як: втрата близької людини, що відбулася через природні причини; важка хронічна хвороба; втрата роботи; сімейні конфлікти тощо.

До стресорів, що виходять за межі звичайного людського досвіду, належать ті події, які можуть травмувати психіку майже будь-якої здорової людини: стихійні лиха; техногенні катастрофи; події, які є результатом цілеспрямованої, нерідко злочинної діяльності (диверсії, терористичні акти, тортури, масове насильство, бойові дії, попадання у «ситуацію заручника», руйнування власного будинку тощо).

Таким чином, посттравматичний стресовий розлад ПТСР) являє собою комплекс психофізіологічних реакцій людини на фізичну або психологічну травму, де травма визначається як переживання, потрясіння, яка у більшості людей викликає страх, жах, відчуття безпорадності. Це, в першу чергу, ситуації, в яких людина сама пережила загрозу власного життя, смерть, хворобу або поранення

іншої людини (особливо – близької людини), що відбулися за надзвичайних обставин. Передбачається, що ПТСР може проявитися у людини відразу після перебування у травматичній ситуації, але може виникнути і через кілька місяців або навіть років – у цьому полягає особливість ПТСР (Турніна, 2017; Bailey et al., 2023; Bland & Gershwin, 2023; Bulter, 2015).

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 своєї дитини (Резнікова, 2016).

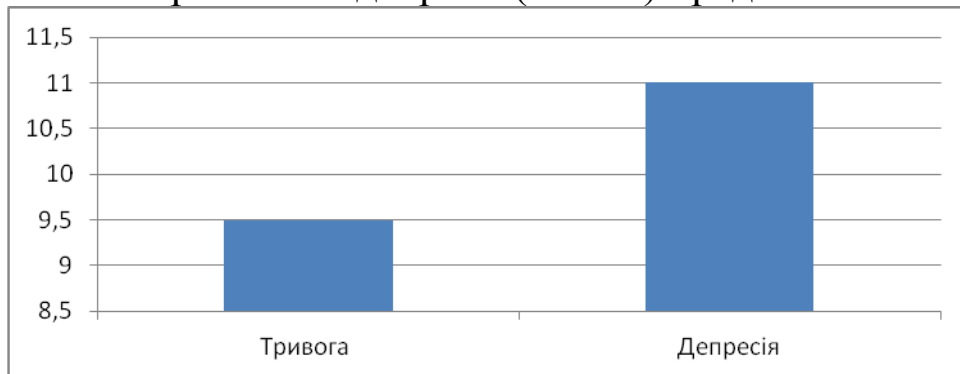
Цукровий діабет – хронічне ендокринне аутоімунне прогресуюче захворювання, характеризується відносним або повним дефіцитом інсуліну – гормону підшлункової залози. Тому життя таких людей повністю залежить від введення інсуліну ін'єкціями. Внаслідок хвороби в організмі відбуватимуться незворотні зміни: уражатимуться внутрішні органи, нервова система, суглоби, судини, м'язова тканина. Без належного лікування цукровий діабет швидко

розвивається, що призводить до тяжких ускладнень і нерідко смерті хворого.

Хвороба й досі залишається однією з найбільш актуальних медико-соціальних проблем суспільства та є однією з провідних причин передчасної смертності. Цукровий діабет входить до трійки захворювань, які найчастіше спричиняють інвалідизацію населення та смерті (атеросклероз, рак і цукровий діабет).

Теоретичний аналіз проблеми та розроблена програма емпірико-діагностичного вивчення особливостей прояву психотравми у матерів, діти яких хворіють на цукровий діабет вимагає чіткої послідовності у фіксації, аналізі та інтерпретації отриманих результатів.

Фіксація середньогрупових показників за методикою Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS) представлена на Рис.1.



**Рис. 1. Середньогруповий розподіл показників тривоги та депресії за методикою Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS)**

Середньогруповий показник рівня прояву тривоги становить  $\Sigma=9,5$  балів, а середньогруповий рівень прояву депресії становить  $\Sigma=11$  балів. Таким чином, можемо зазначити, що у вибірці дослідження середньогруповий показник рівня тривоги має субклінічні прояви, а середньогруповий показник рівня депресії свідчить про її клінічне вираження.

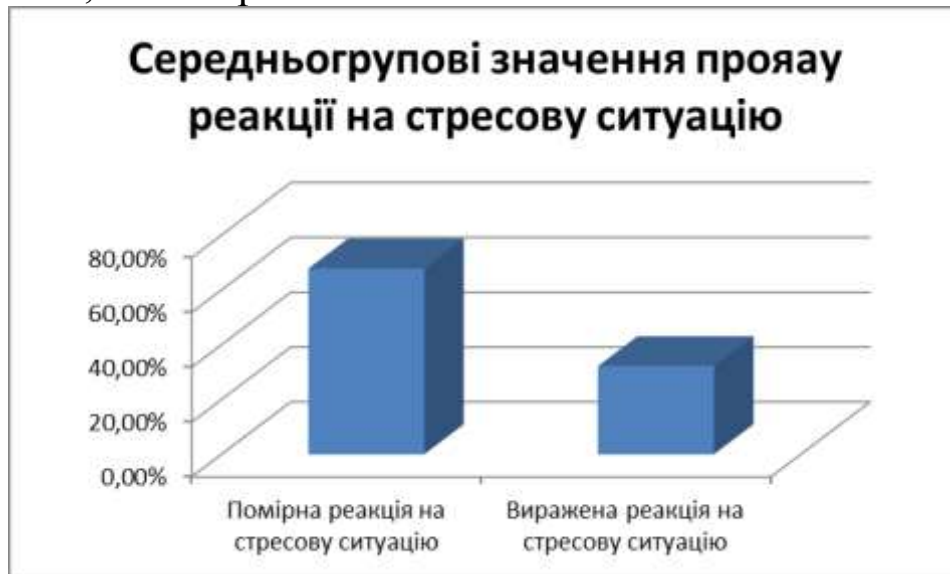
Слід зазначити, що у 60,7% вибірки показник тривоги має субклінічні прояви, тоді як у 39,9% вибірки – свідчить про її клінічне вираження. Показник тривоги має субклінічні прояви у 75% вибірки та клінічне вираження цього показника виявлено у 25% вибірки.

Відсотковий аналіз показників за методикою «Шкала оцінювання впливу травмивної події» (IES-R) представлена на Рис.2.



Середньогрупові значення прояву реакції на стресову ситуацію означені як помірні становлять  $\Sigma=38,6$  балів, а виражені –  $\Sigma=54,2$  бали.

Згідно отриманих результатів дослідження можемо констатувати, що реакція на стресову ситуацію (травму) у 67,8% вибірки визначається як помірна та у 32,2% вибірки – як виражена. Таким чином, згідно методики можливе встановлення діагнозу ПТСР можливе для 32,2% вибірки.



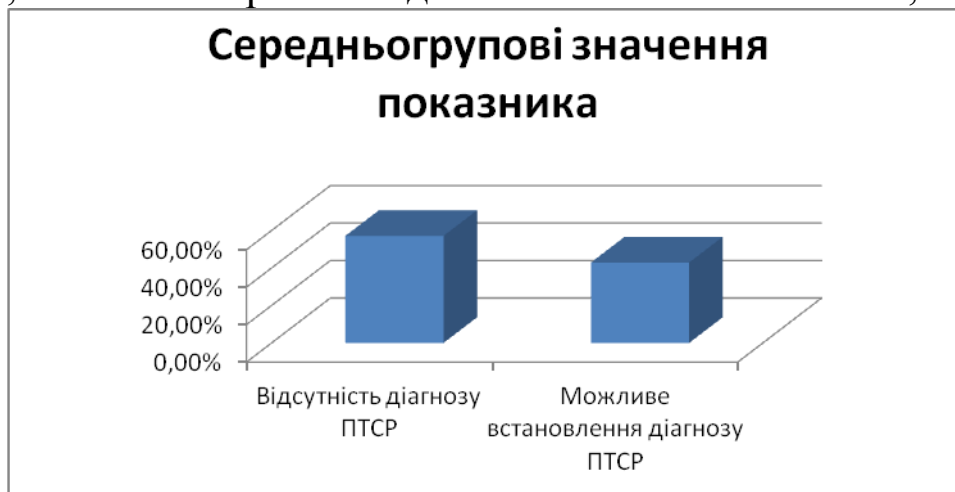
**Рис. 2. Відсотковий аналіз показника прояву реакції на стресову ситуацію за методикою «Шкала оцінювання впливу травмивної події» (IES-R)**

Відсотковий аналіз показників за методикою «Шкала самооцінювання щодо наявності ПТСР» (pcl-c) (цивільна версія) представлена на Рис.3.

Згідно отриманих результатів дослідження можемо констатувати, що у 57,1% діагностованих визначається відсутність діагнозу ПТСР (середній показник становить  $\Sigma=46,2$  бали). Однак, у 42,9% вибірки можливе встановлення діагнозу ПТСР (середній показник становить  $\Sigma=59,8$  балів).

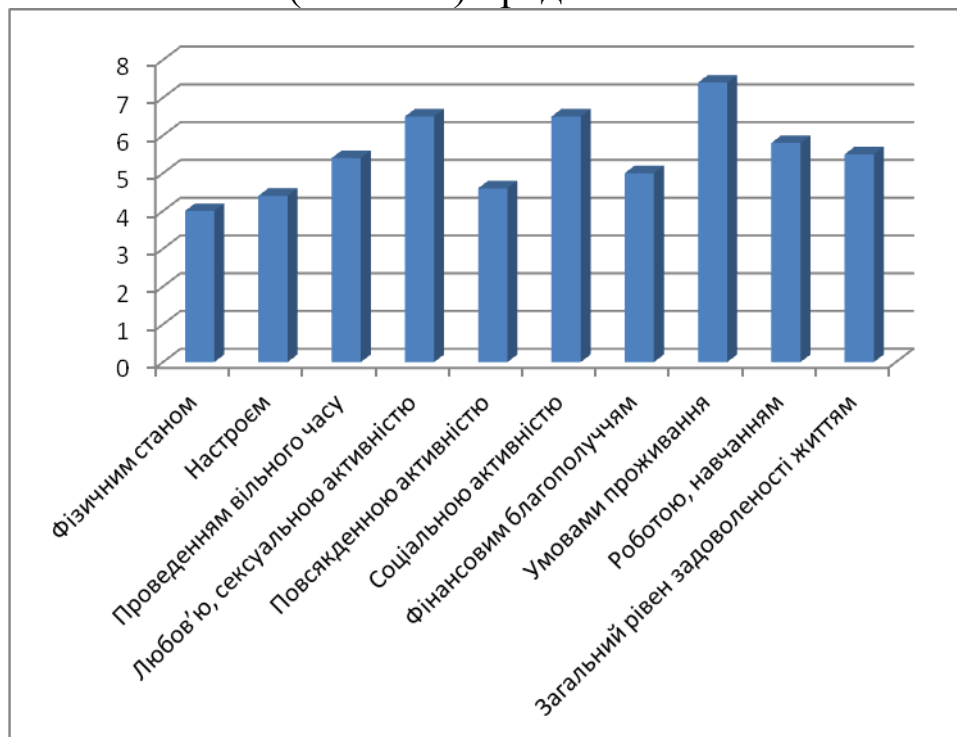
Згідно отриманих результатів дослідження можемо констатувати, що середньогрупові показники становлять: за шкалою «Задоволеність фізичним станом» –  $\Sigma=4$  бали; «Задоволеність настроєм» –  $\Sigma=4,4$  бали; «Проведення вільного часу» –  $\Sigma=5,4$  бали; «Задоволеність любов'ю сексуальною активністю» –  $\Sigma=6,5$  балів; «Задоволеність повсякденною активністю» –  $\Sigma=4,6$  балів; «Задоволеність соціальною активністю» –  $\Sigma=6,5$  балів; «Задоволеність фінансовим благополуччям» –  $\Sigma=5$  балів; «Задоволеність умовами

проживання» –  $\Sigma=7,4$  балів; «Задоволеність роботою, навчанням» –  $\Sigma=5,8$  балів; «Загальний рівень задоволеності життям» –  $\Sigma=5,5$  балів.



**Рис. 3. Відсотковий аналіз показника самооцінювання щодо наявності ПТСР за методикою «Шкала самооцінювання щодо наявності ПТСР» (psl-c) (цивільна версія).**

Фіксація середньогрупових показників за методикою Шкала оцінки якості життя (О.Чабан) представлена на Рис.4.



**Рис. 4. Середньогруповий розподіл показників за методикою Шкала оцінки якості життя (О.Чабан)**

Середньогруповий показник загального рівня якості життя у досліджуваних загальної вибірки становить  $\Sigma=54,75$  балів.

Таким чином, можемо стверджувати, що досліджувані оцінюють рівень якості свого життя як дуже низький.

Досліджувані, відчувають незадоволення у таких сферах свого життя як фізичний стан, настрій, проведення вільного часу, повсякденна активність, фінансове благополуччя та робота й навчання.

На наступному етапі дослідження проведено вторинне статистичне опрацювання результатів, було застосовано метод кореляційного аналізу, що ґрунтується на врахуванні взаємозв'язків між окремими психологічними показниками.

Для визначення значущих статистичних зв'язків між показниками було проведено якісний аналіз значущих кореляційних зв'язків та обчислена кореляційна матриця.

У ході кількісного опрацювання результатів дослідження ми обчислили кореляційну матрицю та провели якісний аналіз значущих кореляційних зв'язків, а також виявили ті чинники, що негативно впливають на перебіг та прояв психотравми та знижують ризик виникнення розладів, спричинених психотравмою.

Отже, шкала «Тривога» має позитивний кореляційний зв'язок зі шкалами: «Депресія» ( $r=0,65$ ,  $p<0,01$ ), «Реакція на стресову ситуацію» ( $r=0,6$ ,  $p<0,01$ ) та негативний кореляційний зв'язок зі шкалами: «Задоволеність своїм фізичним станом» ( $r=-0,33$ ,  $p<0,05$ ), «Задоволеність настроєм» ( $r=-0,31$ ,  $p<0,05$ ), «Загальний рівень задоволеності життям» ( $r=-0,49$ ,  $p<0,01$ ), «Загальний рівень якості життя» ( $r=-0,33$ ,  $p<0,01$ ).

Шкала «Депресія» має позитивний кореляційний зв'язок зі шкалами «Реакція на стресову ситуацію» ( $r=0,42$ ,  $p<0,01$ ), «ПТСР» ( $r=0,67$ ,  $p<0,05$ ) та негативний кореляційний зв'язок зі шкалами: «Задоволеність своїм фізичним станом» ( $r=-0,4$ ,  $p<0,01$ ), «Задоволеність настроєм» ( $r=-0,33$ ,  $p<0,01$ ), «Задоволеність повсякденною активністю» ( $r=-0,31$ ,  $p<0,05$ ), «Задоволеність соціальною активністю» ( $r=-0,44$ ,  $p<0,01$ ), «Задоволеність фінансовим благополуччям» ( $r=-0,49$ ,  $p<0,01$ ), «Загальний рівень задоволеності життям» ( $r=-0,49$ ,  $p<0,01$ ), «Загальний рівень якості життя» ( $r=-0,33$ ,  $p<0,01$ ).

Шкала «Реакція на стресову ситуацію» має позитивний кореляційний зв'язок зі шкалою «ПТСР» ( $r=0,65$ ,  $p<0,01$ ) та негативний кореляційний зв'язок зі шкалами: «Задоволеність своїм

фізичним станом» ( $r=-0,49$ ,  $p<0,05$ ), «Задоволеність настроєм» ( $r=0,33$ ,  $p<0,01$ ), «Задоволеність любов'ю, сексуальною активністю» ( $r=-0,49$ ,  $p<0,01$ ), «Задоволеність повсякденною активністю» ( $r=-0,33$ ,  $p<0,01$ ), «Задоволеність соціальною активністю» ( $r=-0,49$ ,  $p<0,01$ ), «Загальний рівень задоволеності життям» ( $r=-0,65$ ,  $p<0,01$ ), «Загальний рівень якості життя» ( $r=-0,33$ ,  $p<0,01$ ).

Шкала «ПТСР» негативний кореляційний зв'язок зі шкалами: «Задоволеність своїм фізичним станом» ( $r=-0,6$ ,  $p<0,05$ ), «Задоволеність настроєм» ( $r=-0,42$ ,  $p<0,01$ ), «Задоволеність повсякденною активністю» ( $r=-0,49$ ,  $p<0,01$ ), «Задоволеність соціальною активністю» ( $r=-0,33$ ,  $p<0,01$ ), «Загальний рівень задоволеності життям» ( $r=-0,6$ ,  $p<0,01$ ), «Загальний рівень якості життя» ( $r=-0,49$ ,  $p<0,01$ ).

Шкала «Задоволеність своїм фізичним станом» має позитивні кореляційні зв'язки зі шкалами: «Задоволеність настроєм» ( $r=0,6$ ,  $p<0,01$ ), «Задоволеність проведенням вільного часу» ( $r=0,31$ ,  $p<0,05$ ), «Задоволеність любов'ю, сексуальною активністю» ( $r=-0,42$ ,  $p<0,01$ ), «Загальний рівень якості життя» ( $r=0,6$ ,  $p<0,01$ ).

Шкала «Задоволеність настроєм» має позитивний кореляційний зв'язок зі шкалами «Задоволеність проведенням вільного часу» ( $r=0,49$ ,  $p<0,01$ ), «Задоволеність любов'ю, сексуальною активністю» ( $r=0,33$ ,  $p<0,01$ ), «Задоволеність повсякденною активністю» ( $r=0,33$ ,  $p<0,01$ ), «Задоволеність соціальною активністю» ( $r=0,44$ ,  $p<0,01$ ), «Задоволеність фінансовим благополуччям» ( $r=0,49$ ,  $p<0,01$ ), «Загальний рівень задоволеності життям» ( $r=0,49$ ,  $p<0,01$ ), «Загальний рівень якості життя» ( $r=0,49$ ,  $p<0,01$ ).

Шкала «Задоволеність проведенням вільного часу» має позитивний кореляційний зв'язок зі шкалами «Задоволеність повсякденною активністю» ( $r=0,31$ ,  $p<0,05$ ), «Задоволеність соціальною активністю» ( $r=0,33$ ,  $p<0,01$ ), «Загальний рівень задоволеності життям» ( $r=0,33$ ,  $p<0,01$ ), «Загальний рівень якості життя» ( $r=0,42$ ,  $p<0,01$ ).

Шкала «Задоволеність повсякденною активністю» має позитивний кореляційний зв'язок зі шкалами «Задоволеність соціальною активністю» ( $r=0,42$ ,  $p<0,01$ ), «Загальний рівень задоволеності життям» ( $r=0,33$ ,  $p<0,01$ ), «Загальний рівень якості життя» ( $r=0,42$ ,  $p<0,01$ ).

Шкала «Задоволеність соціальною активністю» має позитивний кореляційний зв'язок зі шкалами «Задоволеність роботою, навчанням, іншою зайнятістю.» ( $r=0,39$ ,  $p<0,05$ ), «Загальний рівень задоволеності життям» ( $r=0,44$ ,  $p<0,01$ ), «Загальний рівень якості життя» ( $r=0,31$ ,  $p<0,05$ ).

Шкала «Загальний рівень задоволеності життям» має позитивний кореляційний зв'язок зі шкалою «Загальний рівень якості життя» ( $r=0,42$ ,  $p<0,01$ ).

Результати кореляційного аналізу взаємозв'язку між показниками дозволили виявити ті чинники, що негативно впливають на перебіг та прояв психотравми та знижують ризик виникнення розладів, спричинених психотравмою.

Чинники, що негативно впливають на перебіг та прояв психотравми: тривога, депресія, реакція на стресову ситуацію та незадоволеність такими сферами життя як фізичний стан, настрій, проведення вільного часу, повсякденна та соціальна активність, низький загальний рівень задоволеності життям та якості життя.

Чинники, що знижують ризик виникнення розладів, спричинених психотравмою: задоволеність такими сферами життя як фізичний стан, настрій, проведення вільного часу, любов та сексуальна активність, повсякденна та соціальна активність, задоволеність роботою, навчанням, іншою зайнятістю, високий загальний рівень задоволеності життям та якості життя.

**Висновки і перспективи.** Отже, узагальнивши результати емпіричного дослідження особливостей прояву психотравми у матерів, діти яких хворіють на цукровий діабет за допомогою використаних методів та методик, можемо зробити такі висновки.

Установлено, що у вибірці дослідження середньогруповий показник рівня прояву тривоги має субклінічні прояви, а середньогруповий показник рівня депресії свідчить про її клінічне вираження. Виявлено, що у 60,7% вибірки показник тривоги має субклінічні прояви, тоді як у 39,9% вибірки – свідчить про її клінічне вираження. Показник тривоги має субклінічні прояви у 75% вибірки та клінічне вираження цього показника виявлено у 25% вибірки.

Згідно отриманих результатів дослідження можемо констатувати, що реакція на стресову ситуацію (травму) у 67,8% вибірки визначається як помірна та у 32,2% вибірки – як виражена.

Таким чином, згідно методики можливе встановлення діагнозу ПТСР можливе для 32,2% вибірки.

Результати дослідження за іншою методикою засвідчують, що у 57,1% діагностованих визначається відсутність діагнозу ПТСР. Однак, у 42,9% вибірки можливе встановлення діагнозу ПТСР.

Слід зазначити, що досліджувані оцінюють рівень якості свого життя як дуже низький. Значна частина вибірки відчувають незадоволення у таких сферах свого життя як фізичний стан, настрій, проведення вільного часу, повсякденна активність, фінансове благополуччя та робота й навчання.

Результати кореляційного аналізу взаємозв'язку між показниками дозволили виявити ті чинники, що негативно впливають на перебіг та прояв психотравми та знижують ризик виникнення розладів, спричинених психотравмою.

Чинники, що негативно впливають на перебіг та прояв психотравми: тривога, депресія, реакція на стресову ситуацію та незадоволеність такими сферами життя як фізичний стан, настрій, проведення вільного часу, повсякденна та соціальна активність, низький загальний рівень задоволеності життям та якості життя.

Чинники, що знижують ризик виникнення розладів, спричинених психотравмою: задоволеність такими сферами життя як фізичний стан, настрій, проведення вільного часу, любов та сексуальна активність, повсякденна та соціальна активність, задоволеність роботою, навчанням, іншою зайнятістю, високий загальний рівень задоволеності життям та якості життя.

Перспективи подальших досліджень вбачаємо у створенні програми психологічного супроводу сімей, що мають дітей, хворих на цукровий діабет із використанням ефективних психотерапевтичних технік; вдосконаленні програми емпірико-діагностичного дослідження, спрямованого на виявлення особливостей прояву та перебігу психотравми у такої категорії осіб, зокрема дослідження рівня прояву ПТСР.

#### **Література**

1. Бріер, Д., Скот, К. (2015). Основи травмофокусованої психотерапії. Львів.
2. Герман, Дж. (2015). Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору. Львів.
3. Гоцуляк, Н. (2015). Психологічна травма: аналіз та шляхи її подолання. Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Сер. :

Педагогічні та психологічні науки, 1, 378-390.  
[http://nbuv.gov.ua/UJRN/znpnapv\\_ppn\\_2015\\_1\\_31](http://nbuv.gov.ua/UJRN/znpnapv_ppn_2015_1_31)

4. Гофман, А. (2017). EMDR. Подолання наслідків психотравми: практичний посібник. Львів.

5. Кісарчук, З. Г. (Ред.). (2015). Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій. Київ.

6. Пророк, Н. (2023). Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Том 1. Київ.

7. Резнікова, О. (2016). Психологія травмуючих ситуацій. Слов'янськ.

8. Романчук, О. (2017). Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії. [https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/Romanchuk\\_PTSD.pdf](https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/Romanchuk_PTSD.pdf)

9. Семенова, Ю. (2012). Теоретико-методологічний аналіз поняття психотравма. Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України, 5. [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnadps\\_2012\\_5\\_48](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnadps_2012_5_48)

10. Туриніна, О. Л. (2017). Психологія травмуючих ситуацій. Київ.

11. Bailey, S., Newton, N., Perry, Y. et al. (2023). Trauma-informed prevention programmes for depression, anxiety, and substance use among young people: protocol for a mixed-methods systematic review. *Syst Rev*, 12, 203. <https://doi.org/10.1186/s13643-023-02365-4>

12. Bland, K. D., & Gershwin, T. (2023). Understanding Trauma: A Primer for Developing a Trauma-Focused Lens in Schools. *Beyond Behavior*, 32(3), 141-151. <https://doi.org/10.1177/10742956231200894>

13. Bulter, R. (2015). Substance abuse and post-traumatic stress disorder in War Veterans. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*. 25 (4). 344–350.

14. Fontana, A, Rosenheck, R. (2014). Trauma, change in strength of religious faith, and mental health service use among veterans treated for PTSD. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 579–584. <http://dx.doi.org/10.1097/01.nmd.0000138224.17375.55>

15. Meisenhelder, J.B. & Marcum, J.P. (2004). Responses of Clergy to 9/11: Posttraumatic Stress, Coping, and Religious Outcomes. *Journal for the Scientific Study of Religion*. 4, 547–554. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-5906.2004.00255.x>

16. Nemeroff, C, Marmar, C. (2018). Post-Traumatic Stress Disorder. *Oxford University Press*. <https://doi.org/10.1093/med/9780190259440.001.0001>

## References

1. Brier, D., Skot, K. (2015). *Osnovy travmofokusovanoi psykhoterapii* [Basics of trauma-focused psychotherapy]. Lviv.

2. Herman, Dzh. (2015). *Psykhologichna travma ta shliakh do vyduzhannia: naslidky nasylstva – vid nushchan u simi do politychnoho teroru* [Psychological trauma and the path to recovery: the consequences of violence - from domestic abuse to political terror]. Lviv. [in Ukrainian].

3. Hotsuliak, N. (2015). *Psykhologichna travma: analiz ta shliakhy yii podolannia* [Psychological trauma: analysis and ways to overcome it]. *Zbirnyk naukovykh prats Natsionalnoi akademii Derzhavnoi prykordonnoi sluzhby Ukrainy. Ser. : Pedagogichni ta psykhologichni nauky – Collection of scientific works of the National Academy of the State Border Service of Ukraine. Ser. : Pedagogical and psychological sciences, 1, 378-390.* [http://nbuv.gov.ua/UJRN/znpnapv\\_ppn\\_2015\\_1\\_31](http://nbuv.gov.ua/UJRN/znpnapv_ppn_2015_1_31) [in Ukrainian].

4. Hofman, A. (2017). EMDR. Podolannia naslidkiv psykhotravmy: praktychnyi posibnyk [EMDR. Overcoming the consequences of psychotrauma: a practical guide]. Lviv. [in Ukrainian].

5. Kisarchuk, Z. H. (Red.). (2015). *Psykhologichna dopomoha postrazhdalym vnaslidok kryzovykh travmatychnykh podii: metodychnyi posibnyk* [Psychological assistance to victims of crisis-traumatic events]. Kyiv. [in Ukrainian].

6. Prorok, N. (2023). *Osnovy reabilitatsiinoi psykholohii: podolannia naslidkiv kryzy [Basics of rehabilitation psychology: overcoming the consequences of the crisis]*. Tom 1. Kyiv. [in Ukrainian].
7. Reznikova, O. (2016). *Psykholohiia travmuiuchykh situatsii [Psychology of traumatic situations]*. Sloviansk. [in Ukrainian].
8. Romanchuk, O. (2017). *Psykhotravma ta sprychyneni neiu rozlady: proiavy, naslidky y suchasni pidkhody do terapii [Psychotrauma and disorders caused by it: manifestations, consequences and modern approaches to therapy]*. [https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/Romanchuk\\_PTSD.pdf](https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/Romanchuk_PTSD.pdf) [in Ukrainian].
9. Semenova, Yu. (2018). *Teoretyko-metodolohichniy analiz poniattia psykhotravma [Theoretical and methodological analysis of the concept of psychotrauma]*. *Visnyk Natsionalnoi akademii Derzhavnoi prykordonnoi sluzhby Ukrainy – Bulletin of the National Academy of the State Border Service of Ukraine*, 5. [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnadps\\_2012\\_5\\_48](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnadps_2012_5_48) [in Ukrainian].
10. Turynina, O. L. (2017). *Psykholohiia travmuiuchykh situatsii [Psychology of traumatic situations]*. Kyiv. [in Ukrainian].
11. Bailey, S., Newton, N., Perry, Y. et al. (2023). Trauma-informed prevention programmes for depression, anxiety, and substance use among young people: protocol for a mixed-methods systematic review. *Syst Rev*, 12, 203. <https://doi.org/10.1186/s13643-023-02365-4>
12. Bland, K. D., & Gershwin, T. (2023). Understanding Trauma: A Primer for Developing a Trauma-Focused Lens in Schools. *Beyond Behavior*, 32(3), 141-151. <https://doi.org/10.1177/10742956231200894>
13. Bulter, R. (2015). Substance abuse and post-traumatic stress disorder in War Veterans. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*. 25 (4). 344–350.
14. Fontana, A, Rosenheck, R. (2014). Trauma, change in strength of religious faith, and mental health service use among veterans treated for PTSD. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 579–584. <http://dx.doi.org/10.1097/01.nmd.0000138224.17375.55>
15. Meisenhelder, J.B. & Marcum, J.P. (2004). Responses of Clergy to 9/11: Posttraumatic Stress, Coping, and Religious Outcomes. *Journal for the Scientific Study of Religion*. 4, 547–554. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-5906.2004.00255.x>
16. Nemeroff, C, Marmar, C. (2018). *Post-Traumatic Stress Disorder*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780190259440.001.0001>

Received: 21.09.2023

Accepted: 17.11.2023