

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКИЙ КАТОЛИЦЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

На правах рукопису,
остаточна версія



/Підпис студента/

БАРТКІВ Наталія Олександрівна

**ОСОБЛИВОСТІ ДИСТРЕСУ БАТЬКІВ, ЯКІ ВИХОВУЮТЬ
ДІТЕЙ З РДУГ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ**

Спеціальність 053 – Психологія

Магістерська робота на здобуття кваліфікації магістра

Кафедра клінічної психології

Науковий керівник

Блозва П.І.,

Викладач кафедри клінічної
психології УКУ,

кандидат психологічних наук

/Підпис наукового керівника/

Львів – 2024

Заклад вищої освіти «Український католицький університет»

**Факультет наук про здоров'я
Кафедра клінічної психології**

Пояснювальна записка

до магістерської роботи

магістр

(освітній ступінь)

на тему:

«Особливості дистресу батьків, які виховують дітей з РДУГ
молодшого шкільного віку»

Виконала:

студентка 6 курсу групи ЗПК 22/М
спеціальності 053 «Психологія»

Бартків Н.О.

Керівник: викладач кафедри

клінічної психології УКУ,

кандидат психологічних наук

Блозва П.І.

Рецензент: в.о. декана факультету

психології та педагогіки,

доцент кафедри психології розвитку та

консультування ТНПУ ім. В. Гнатюка,

Адамська З.М.

Львів – 2024

Заклад вищої освіти «Український католицький університет»

**Факультет наук про здоров'я
Кафедра клінічної психології**

Освітній ступінь **магістр**

Спеціальність **053 Психологія**

Освітня програма **Клінічна психологія з основами когнітивно-поведінкової терапії**

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри Аврамчук О.С.
“26” жовтня 2023 року

З А В Д А Н Н Я
НА МАГІСТЕРСЬКУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ

Бартків Наталії Олександрівні

(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема роботи *«Особливості дистресу батьків, які виховують дітей з РДУГ молодшого шкільного віку»*,
керівник роботи *Блозва Павло Ігорович, канд. психологічних наук, викладач кафедри клінічної психології УКУ,*
затверджені *Вченою Радою факультету від “30” жовтня 2023 р.*
№ протоколу _____
2. Строк подання студентом роботи _____
3. Вихідні дані роботи
У структуру роботи входять вступ, I, II, III розділи, загальні висновки, список використаних джерел, додатки.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити)

Провести теоретичний аналіз для визначення поняття стресу в батьків, а зокрема стресу, пов'язаного з вихованням дітей з РДУГ. Побудувати теоретичну модель. Розробити план дослідження та підібрати психодіагностичний інструментарій для вивчення особливостей дистресу батьків, які виховують дітей з РДУГ молодшого шкільного віку. Провести емпіричне дослідження та проаналізувати його результати, з тим щоб з'ясувати особливості дистресу батьків, які виховують дітей з РДУГ молодшого шкільного віку, та зв'язок між рівнем дистресу батьків й обставинами батьківства.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень)
Магістерське дослідження містить рисунки моделі батьківського стресу Р.Абідіна, теоретичної моделі дослідження, діаграм соціально-демографічних даних, результатів порівняльного аналізу, кореляційних плеяд. Таблиці: соціально-демографічних даних, результатів порівняльного аналізу показників, результатів кореляційного аналізу, результатів регресійного аналізу.

6. Консультанти розділів проекту (роботи)

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів дипломного проекту (роботи)	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Вибір і погодження теми		
2	Обговорення методології та структури дослідження		
3	Підготовка обґрунтування актуальності та первинного аналізу літератури за обраною темою		
4	Опрацювання теоретичної частини роботи		
5	Представлення теоретичної частини дослідження та теоретичної моделі науковому керівнику		
6	Опрацювання методології дослідження та розробка дизайну		
7	Подання первинного протоколу дослідження до Інституційної етичної ради		
8	Презентація теоретичної моделі та дизайну дослідження		
9	Проведення емпіричної частини дослідження		
10	Опрацювання розділу за результатами емпіричної роботи		
11	Представлення розділу за результатами емпіричної частини дослідження науковому керівнику		
12	Попередній захист магістерської роботи		
13	Підготовка фінальної версії кваліфікаційної магістерської роботи		

Студентка _____


(підпис)

Бартків Н.О.
(прізвище та ініціали)

Керівник роботи _____

(підпис)

Блозва П.І.
(прізвище та ініціали)

Зміст

Вступ.....	3
Розділ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ДИСТРЕСУ В БАТЬКІВ, ЯКІ ВИХОВУЮТЬ ДІТЕЙ З РДУГ.....	7
1.1 Наукові уявлення про дистрес, пов'язаний з виконанням батьківської ролі.....	7
1.2 Найновіші дані про фактори, пов'язані з батьківським стресом....	13
1.3 РДУГ у дітей та його вплив на психоемоційний стан батьків.....	16
1.4 Теоретична модель дослідження.....	24
Висновки до розділу 1.....	26
Розділ 2. МЕТОДИ ТА ПРОЦЕДУРА ДОСЛІДЖЕННЯ.....	28
2.1 Особливості вибірки.....	28
2.2 Дизайн та етапи дослідження.....	28
2.3 Методичний інструментарій.....	29
Висновки до розділу 2.....	31
Розділ 3. ОПИС РЕЗУЛЬТАТІВ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.....	32
3.1 Описова статистика та порівняння обставин батьківства у двох групах за номінальними шкалами.....	32
3.2 Порівняльний аналіз рівня стресу у двох групах.....	36
3.3 Порівняльний аналіз обставин батьківства у двох групах за метричними шкалами.....	37
3.4 Кореляційний аналіз.....	48
3.5 Аналіз зв'язку обставин батьківства та рівня стресу в групі батьків, що виховують дітей з РДУГ.....	55
3.6 Аналіз зв'язку обставин батьківства та рівня стресу в групі батьків, що виховують дітей без РДУГ.....	57
3.7 Аналіз впливу дитячих факторів на рівень стресу та на фактори батьківського й ситуаційного доменів у двох групах разом	59
Висновки до розділу 3.....	62
ВИСНОВКИ.....	64
Список використаних джерел.....	
Додатки.....	
Додаток А.....	
Додаток Б.....	

ВСТУП

Актуальність дослідження. Виховання дитини - це завжди виклик для батьків. Цей процес вимагає вкладення багатьох зусиль, часу, ресурсів, і приносить не тільки позитивні емоції, але й багато стресу. Існує велика кількість досліджень, присвячених вивченню дистресу у батьків, а пошук у базі даних PubMed показує, що, починаючи з 2020 року інтерес до цієї теми значно посилюється. Виховання дитини з особливостями розвитку кидає батькам ще більший виклик. Однією з найпоширеніших особливостей розвитку є розлад дефіциту уваги/гіперактивності, що зустрічається у 5,9% дітей (Faraone et al. 2021). РДУГ є одним з найбільш досліджених розладів розвитку, для якого розроблені та впроваджені в практику протоколи медикаментозного лікування та психологічної допомоги, а також рекомендації з організації виховного і навчального процесу у закладах освіти (National Institute for Health and Care Excellence [NICE] 2019). Але ця комплексна система допомоги працює на відносно доброму рівні лише в декількох західних країнах - в Україні ж батьки таких дітей часто змушені самотужки долати безліч перешкод - від пошуку достатньо кваліфікованого психіатра для постановки діагнозу до боротьби з упередженим ставленням вчителів, інших дорослих і дітей. Не дивно, що такі батьки часто зазнають сильного дистресу — у них спостерігаються тривожні і депресивні симптоми, зниження самооцінки, погіршення сну та фізичного самопочуття (Пріб 2022). Для того, щоб допомогти українським батькам дітей з РДУГ покращити якість життя та здатність виконувати батьківську роль, необхідно дослідити особливості дистресу, пов'язаного з вихованням дітей з РДУГ в Україні.

Об'єкт дослідження: психоемоційний стан батьків, які виховують дітей з РДУГ.

Предмет дослідження: особливості дистресу батьків, які виховують дітей з РДУГ молодшого шкільного віку в Україні.

Мета: дослідити особливості дистресу батьків, які виховують дітей з РДУГ молодшого шкільного віку в Україні.

Завдання:

1. Провести теоретико-методологічний аналіз літератури на тему стресу в батьків, а зокрема стресу, пов'язаного з вихованням дітей з РДУГ.
2. Побудувати теоретичну модель.
3. Провести контент-аналіз дописів та фокус-групу у спільноті «Життя з РДУГ» в соціальній мережі Фейсбук, щоб виокремити обставини, що можуть впливати на дистрес у батьків, які виховують дітей з РДУГ молодшого шкільного віку.
4. Розробити та провести емпіричне дослідження.
5. Проаналізувати та підсумувати результати.

Гіпотези дослідження:

Основна: Дистрес батьків, які виховують дітей молодшого шкільного віку з РДУГ, має особливості, які відрізняють його від дистресу батьків, які виховують дітей молодшого шкільного віку без РДУГ.

Додаткова: Рівень дистресу батьків корелює з обставинами батьківства.

Методи дослідження:

Загальнонаукові: аналіз, синтез, індукція, дедукція, порівняння.

Емпіричні: контент-аналіз, фокус-група та анкетування, що включало в себе:

- авторську анкету для збору соціально-демографічних даних;
- шкалу депресії PHQ-9;
- шкалу тривоги GAD-7;
- шкалу сприйнятого стресу PSS-10;

- багатомірну шкалу сприйняття соціальної підтримки MSPSS;
- 2 авторські запитання про інституційну підтримку - у сферах освіти та охорони здоров'я;
- авторську анкету про стресові ситуації батьківства;
- шкалу робочої та соціальної адаптації W&SAS;

Математико-статистичні:

- порівняльний аналіз за t-критерієм Стьюдента;
- порівняльний аналіз за U-критерієм Манна-Уїтні;
- кореляційний аналіз
- множинний регресійний аналіз.

Наукова новизна отриманих результатів:

1. Зібрано великий масив даних про батьків, що виховують дітей з РДУГ саме в Україні. Ці дані можуть бути використані у подальших дослідженнях.
2. З'ясовано відмінності дистресу батьків дітей з РДУГ та батьків дітей без РДУГ, а також відмінності обставин батьківства членів цих двох соціальних груп.
3. Вперше перевірено відповідність класичної моделі факторів батьківського стресу реальній ситуації, в якій перебувають саме українські батьки дітей молодшого шкільного віку. Визначено статистично значущі предиктори стресу в українських батьків дітей з РДУГ та батьків дітей без РДУГ.

Практична новизна отриманих результатів: Дослідження особливостей дистресу батьків, які виховують дітей з РДУГ молодшого шкільного віку, може бути використане для розробки та впровадження відповідних державних політик у сферах освіти та охорони здоров'я, а також для створення програм психоедукації і тренінгів для батьків, дітей, вчителів, лікарів та всіх зацікавлених сторін. Результати дослідження

можуть бути корисними батькам дітей з РДУГ, а також їхнім близьким, які хотіли б їх краще зрозуміти і допомогти.

Структура роботи: Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (49 найменувань) та 2 додатків.

Загальний обсяг роботи – 75 сторінок.

Розділ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ДИСТРЕСУ В БАТЬКІВ

1.1 Наукові уявлення про дистрес, пов'язаний з виконанням батьківської ролі

Поняття стресу має довгу історію дослідження у фізіології та психології. Цю історію можна відрахувати від робіт американського фізіолога Волтера Кеннона, який був автором термінів «реакція “бийся або тікай”» (1915) та «гомеостаз» (1926) (Brown and Fee 2002). У 1934 році він вжив термін «стрес» на позначення зовнішніх факторів, що порушують гомеостаз (Viner 1999). Роботи Кеннона проклали шлях для угорсько-канадського ендокринолога Ганса Сельє, якого вважають батьком наукового дослідження стресу. У публікації 1936 року Сельє визначив стрес як «неспецифічну реакцію організму на будь-яку вимогу» (Viner 1999). Як приклад таких вимог Сельє називав холод, спеку, біг, велику кількість спожитого цукру, ліки, горе, радість... Кожна з таких вимог, або стресорів, має свою специфічну дію на організм, однак всі вони мають дещо спільне: вони вимагають від організму змінитися, щоб адаптуватися до змінених обставин, і відновити гомеостаз. Саме цю загальну (неспецифічну) фізіологічну реакцію адаптації Сельє називав стресом або загальним адаптаційним синдромом. За концепцією науковця, цей синдром може розгортатися в три фази: 1) реакція тривоги; 2) фаза опору; 3) фаза виснаження (але це залежить від сили стресора, тривалості його дії та кількості ресурсів організму). Сельє стверджував, що уникнути стресу неможливо й непотрібно, і називав його «прянощами життя» (Selye 1975). Він вважав, що стрес може приносити користь і задоволення, однак закликав уникати дистресу – шкідливого стресу (занадто тривалого або інтенсивного), що може призводити до багатьох соматичних захворювань.

Пізніше Сельє ввів також термін «еустрес» на позначення корисного стресу.

Сьогодні в науковій літературі терміни «стрес» і «дистрес» найчастіше вживаються як синоніми, на позначення негативного стану, а поняття «еустрес» втратило популярність і вживається рідко. У цій роботі ми також будемо вживати терміни «дистрес» і «стрес» як синоніми.

Ранні дослідження стресу зосереджувалися передусім на його фізіологічних аспектах, однак після Другої світової війни (і внаслідок її стресових і травматичних досвідів) в центрі уваги наукового співтовариства опинилися психологічні аспекти стресу (Robinson 2018). Важливу роль у дослідженні саме психологічного стресу відіграв американський психолог Річард Лазарус. Він почав вивчати індивідуальні відмінності стресової реакції і побачив необхідність додати когнітивний і емоційний компоненти до біхевіорального розуміння стресу як реакції на стимул. У роботі, написаній Лазарусом у співавторстві з Сьюзен Фолкман, психологічний стрес визначається як «взаємодія між людиною та навколишнім середовищем, яка оцінюється особою як обтяжлива або така, що перевищує його чи її ресурси, та загрозна для його чи її благополуччя» (Lazarus and Folkman 1984). Саме оцінка людиною ситуації стала ключовим елементом цієї теорії. Трансакційна модель стресу й копіngu Лазаруса і Фолкман включає такі елементи: стресори (зовнішні або внутрішні вимоги), первинна оцінка (небезпечності стресора), вторинна оцінка (наявних ресурсів), копіngи (орієнтовані на проблему або орієнтовані на емоції) та наслідки (коротко- та довготермінові) (Lazarus and Folkman 1984). Ця теорія пояснює, чому різні люди можуть по-різному реагувати на той самий стресор – тому що процес оцінки ситуації опосередковує стресову реакцію, і ту ситуацію, яку одна людина вважає нешкідливою, інша людина може оцінювати як загрозна.

Іншим важливим внеском Лазаруса було введення в науковий дискурс ідеї про роль дрібних повсякденних клопотів у формуванні стресу. Науковець припустив, що незначні клопоти (і радості) повсякденного життя (такі як сварки з рідними, фінансові труднощі, проблеми на роботі та ін.) можуть мати значний кумулятивний вплив на психоемоційний стан людини, і, як наслідок, на її здоров'я (Lazarus et al. 1980). З цієї ідеї виросла теорія повсякденних клопотів (як факторів стресу), що доповнила теорію великих життєвих подій. Зараз є добре підтверджено, що повсякденні клопоти справді значною мірою впливають на благополуччя та здоров'я людей (Udayar et al. 2023; Graf et al. 2017), і що шкала повсякденних клопотів є кращим предиктором психологічних симптомів, ніж шкала життєвих подій (Kanner 1981).

Сьогодні існує багато досліджень, які стосуються стресу, що виникає в тій чи іншій сфері функціонування людини. Так, окремо виділяють робочий стрес, академічний стрес, повсякденний стрес (пов'язаний з щоденними рутинними заняттями), стосунковий стрес, батьківський стрес та інші. Розгляньмо детальніше поняття батьківського стресу.

Батьківський стрес визначають як «набір процесів, що ведуть до негативних психологічних і фізіологічних реакцій, які виникають при спробах адаптуватися до вимог батьківства» (Deater-Deckard 2004). Простішими словами, це дистрес, який виникає, коли людині здається, що вимоги, які ставить перед нею роль батька/матері, є вищими, ніж кількість доступних ресурсів. А ще простіше – це стан, в якому перебувають батьки якраз в той момент, коли кажуть собі: «Я не справляюсь! Я поганий батько/погана мама».

Батьківський стрес є нормальною і очікуваною частиною досвіду батьківства. Увагу дослідників це явище привернуло через те, що високі його рівні корелюють з дисфункційною батьківською поведінкою,

негативними наслідками для розвитку дитини, погіршенням психологічного благополуччя та здоров'я батьків. Усі батьки переживають стрес тією чи іншою мірою, однак у кожної людини цей досвід має індивідуальні особливості, пов'язані з великою кількістю факторів. Намагаючись визначити джерела батьківського стресу та фактори, що впливають на його індивідуальний перебіг, науковці провели багато досліджень та виробили кілька теорій.

У 80-х роках ХХ століття дослідження у сфері батьківського стресу часто зосереджувалися на впливі великих викликів на батьківську поведінку, і, зрештою, на розвиток дитини. Зокрема, науковці розглядали такі стресори як бідність, соло-батьківство, психічні і соматичні розлади у батьків і дітей, та великі негативні зміни у житті (Crnic and Greenberg 1990). Дослідження показали, що такі великі стресори негативно впливають на різні аспекти функціонування сімейної системи. Разом з тим, вони виявили, що для більшості сімей такі великі стресори – це щось, з чим вони стикаються досить рідко. Надихнувшись роботами Лазаруса, у 1990 році Црнік і Грінберг провели дослідження, у якому порівняли силу впливу великих життєвих подій, з одного боку, та повсякденних клопотів, пов'язаних з батьківством, з іншого боку, на функціонування сім'ї. Вони використали опитувальник повсякденних клопотів батьківства (Parenting Daily Hassles), який складався з 20 пунктів, що описували типові повсякденні події в житті батьків. Це такі знайомі всім ситуації, як постійне прибирання дитячого безладу, розсуджування сварок між сиблінгами, труднощі з вчасним виходом з дому, дитяче скиглення, непослух, перебивання дорослих під час розмови... Опитувальник оцінював вплив двох факторів: фактору батьківських завдань і фактору проблемної поведінки дитини. Дослідники виявили, що повсякденні клопоти є важливим джерелом стресу, а також набагато кращим, ніж великі події, предиктором погіршення психоемоційного стану батьків та

поведінкових проблем у дітей. Іншим дуже важливим висновком цього дослідження було те, що соціальна підтримка (на трьох рівнях: підтримка партнера, друзів та суспільства) служить буфером, який захищає батьків від стресу та підвищує їхнє психосоціальне благополуччя (Crnic and Greenberg 1990).

Сьогодні теорію повсякденних клопотів вважають однією з двох найважливіших концепцій у сфері досліджень батьківського стресу (Deater-Deckard 2004). Іншою важливою концепцією є теорія батьківсько-дитячих стосунків Абідіна.

Річард Абідін – американський психолог, що присвятив свою кар'єру дослідженню питань, пов'язаних з вихованням дітей. Він, мабуть, найбільш відомий як автор Шкали батьківського стресу (Parent Stress Index, PSI). Шкала була створена у 1983 році, і зараз, витримавши 4 перевидання, залишається найчастіше вживаною методикою вимірювання батьківського стресу, як в наукових дослідженнях, так і в клінічних умовах (Díaz-Herrero et al. 2011). Різні видання цієї шкали відображають зміну уявлень Абідіна про стрес, який досвідчують батьки.

Абідін намагався визначити фактори, що можуть впливати на батьківську поведінку, з тим щоб запобігти дисфункційному батьківству та негативним наслідкам для розвитку дитини. Він вважав, що саме батьківський стрес є ключовим компонентом, бо підвищений рівень стресу веде до дисфункційної батьківської поведінки. Початково PSI базувалася на ідеї, що батьківський стрес є результатом впливу трьох груп факторів: дитячих характеристик, батьківських характеристик та ситуаційних факторів (Abidin 1990). Характеристики дитини включали в себе: 1) відволікання/гіперактивність; 2) підкріплення батьків (дитина надсилає позитивні сигнали батькам); 3) настрої; 4) адаптивність; 5) здатність приймати зміни; 6) складність догляду. Характеристики батька/матері включали: 1) відчуття компетентності в цій ролі; 2) прив'язаність до

дитини; 3) сприймане обмеження батьківської ролі (які обмеження можливостей накладає на особу батьківська роль); 4) пригніченість (депресія); 5) здоров'я. Ситуаційні фактори включали: 1) стосунки з партнером; 2) соціальну ізоляцію. У самій шкалі батьківські та ситуаційні фактори були об'єднані в один батьківський домен.

Пізніше Абідін намагався вдосконалити свою модель батьківського стресу, додаючи інші фактори.

Так, у другому виданні PSI (1986р.) в шкалу була включена додаткова субшкала життєвого стресу (що вимірювала стрес, спричинений факторами поза дитячо-батьківськими стосунками (Abidin 1997). Тобто цей варіант шкали вимірював як стрес, пов'язаний з батьківською роллю, так і стрес, пов'язаний з іншими ролями, які можуть виконувати батьки.

У статті 1992 року Абідін запропонував складнішу модель (Abidin 1992). До стресорів, які можуть впливати на рівень батьківського стресу, науковець зарахував роботу, середовище, стосунки в парі, повсякденні клопоти, життєві події, а також батьківські і дитячі характеристики. Крім того, опираючись на модель стресу Лазаруса і Фолкман, Абідін наголосив на важливій модеруючій ролі, яку відіграє оцінка цих стресорів батьками. Він стверджував, що кожен батько і кожна мати мають внутрішню робочу модель себе як батька/матері, яка включає власні цілі і очікування щодо себе у цій ролі. Крізь цю модель вони оцінюють шкоду чи користь зовнішніх впливів, пов'язаних з батьківством, а результатом цієї оцінки є рівень батьківського стресу, який вони переживають.

Абідін також припустив, що батьківський стрес впливає на батьківську поведінку не прямо, а опосередковано ресурсами, такими як соціальна підтримка, батьківський альянс, батьківські навички/компетентність, матеріальні ресурси та когнітивні копінги.

Шкала батьківського стресу була дуже довгою (містила 120 пунктів), і потребувала багато часу для заповнення, тож її складно було

використовувати. Тому в 1995 році Абідін розробив коротку версію (Parenting Stress Index - Short Form, PSI-SF). Вона складалася лише з 36 пунктів. Застосувавши факторний аналіз, Абідін виявив існування трьох факторів, кожен з яких складався з 12 пунктів. Він назвав ці фактори «Батьківський дистрес», «Складна дитина» і «Батьківсько-дитяча дисфункційна взаємодія» (Díaz-Herrero et al. 2011). Загальний бал батьківського стресу обчислювався шляхом додавання балів за цими трьома субшкалами. Абідін розробив модель, де розглядав ці три фактори як такі, що взаємно впливають один на одного, і всі три разом впливають на батьківську поведінку, яка, в свою чергу, впливає на розвиток дитини (Uzark and Jones 2003). Тобто у цій моделі він відійшов від уявлення про простий односторонній причиново-наслідковий зв'язок між елементами, і вказав на складну інтерактивну природу цього зв'язку.

Роботи та ідеї Абідіна мали величезний вплив на подальші дослідження психології батьківства. Використовуючи напрацювання Абідіна та його шкали, багато науковців досліджували потенційний зв'язок батьківського стресу з найрізноманітнішими факторами.

1.2 Найновіші дані про фактори, пов'язані з батьківським стресом

У 2022 році Юань Фанг зі співавторами провели масштабний системний огляд досліджень, що вивчали зв'язок багатьох різних факторів з батьківським стресом (Fang et al. 2022). Автори проаналізували дослідження, опубліковані у 1980-2021 роках у п'ятьох базах даних. Вони відібрали 29 робіт належної методологічної якості, що досліджували стрес у батьків дітей до 12 років за допомогою Шкали батьківського стресу (PSI). Автори системного огляду взяли за основу модель Абідіна (рис.1), де фактори батьківського стресу були розділені на 3 домени: батьківський, дитячий та ситуаційний. Однак вони проаналізували значно більшу, ніж в

оригінальній моделі, кількість факторів - 111 -, щоб визначити їх зв'язок з батьківським стресом. Найважливіші знахідки огляду подані нижче.

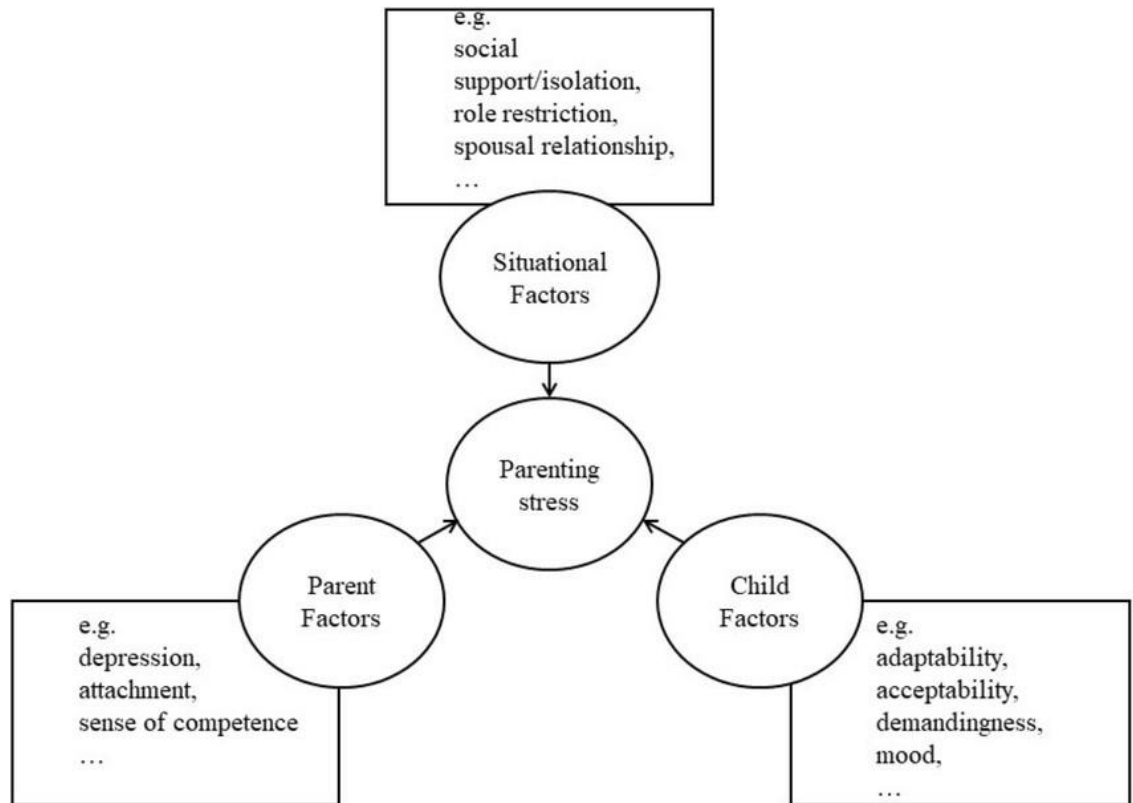


Рис.1.1. Модель батьківського стресу Р.Абідіна (Fang et al. 2022).

У групі батьківських факторів дослідження виявили сильний позитивний зв'язок між депресією у батьків (особливо в матерів) та батьківським стресом. Також є слабкі докази зв'язку між тривогою і батьківським стресом. На думку авторів огляду, ці знахідки підкреслюють важливість підтримки батьків спеціалістами з охорони здоров'я. Цікаво, що вік і стать батьків виявилися достовірно не пов'язаними з батьківським стресом.

Серед дитячих факторів найкраще підтвердженим є вплив на рівень батьківського стресу (особливо материнського) дитячих психосоціальних та поведінкових проблем (інтерналізуючих та екстерналізуючих). З іншого боку, є багато доказів відсутності зв'язку батьківського стресу з віком або статтю дитини. Автори огляду вважають, що ці результати показують важливість ранньої допомоги дітям з психологічними проблемами.

У групі ситуаційних факторів було зібрано багато доказів зв'язку між вищим рівнем соціальної підтримки та меншим батьківським стресом (особливо в матерів). Автори огляду зазначають, що батьки, які мають більшу соціальну підтримку, є менш пригніченими, сприймають батьківську роль як таку, що менше їх обмежує, мають вищу батьківську самоефективність і краще справляються з більш складними у вихованні дітьми. Було також показано, що краща взаємодія з партнером у парі пов'язана з нижчим рівнем батьківського (а особливо материнського) стресу. Зі зниженим стресом також достовірно пов'язаний вищий рівень освіти у матерів. Є також слабкі дані про обернений зв'язок між рівнем доходу сім'ї та рівнем батьківського стресу, а от етнічне походження виявилось ніяк не пов'язаним з батьківським стресом.

Важливо зазначити, що цей системний огляд має низку обмежень, які треба брати до уваги, інтерпретуючи його результати та використовуючи їх для нашого дослідження. По-перше, фактори, щодо яких зібрано найсильніші докази зв'язку з батьківським стресом, це часто ті фактори, про які найчастіше повідомляють, бо їх найчастіше досліджують, а не тому, що вони мають найсильніший вплив. Результати не дають можливості говорити про те, які фактори впливають найсильніше. Тобто може бути доцільним досліджувати інші фактори, ніж ті, що описані вище.

По-друге, більшість досліджень, включених у цей огляд, мали крос-секційний дизайн. Тому його результати говорять тільки про наявність зв'язку між різними факторами і батьківським стресом, але не вказують напрям цього зв'язку. Тобто ми не можемо стверджувати, що є причиною, а що наслідком у цій складній системі. Більше того, можна припустити, що цей зв'язок є двостороннім. Справді, наявність депресії точно погіршить здатність батьків справлятися з вимогами батьківства, усвідомлення, що вони не справляються, посилить батьківський стрес, а він, в свою чергу,

може посилити депресію (van Praag 2005). З іншого боку, поведінкові чи психосоціальні проблеми в дитини збільшують кількість викликів, які постануть перед батьками, а відтак, посилять стрес, який може посилити депресію та погіршити здатність батьків успішно ці проблеми вирішувати, що буде мати наслідком посилення цих проблем (van Dijk et al. 2022). Таким чином, батьки і діти легко можуть потрапити в зачароване коло, де несприятливі ситуації будуть посилювати стрес, а стрес буде погіршувати ситуацію. Дослідження показали, що дуже важливим протективним фактором, який може допомогти батькам вийти з зачарованого кола, є соціальна підтримка. Однак є велика імовірність, що і проблеми батьків (такі як депресія), і проблеми дітей (наприклад, поведінкові), можуть погіршувати їх соціальне функціонування та призводити до стигматизації та ізоляції.

І по-третє, згаданий системний огляд включав лише ті дослідження, що були проведені на загальній вибірці, тобто він не описує досвід спеціальних вибірок – таких, як, наприклад, батьки дітей з розладами чи захворюваннями. А фактори, пов'язані зі стресом, у батьків, що виховують дітей з особливостями розвитку, можуть відрізнятися від факторів стресу у батьків дітей з типовим розвитком (Cousino et al. 2013; Barros et al. 2018).

1.3 РДУГ у дітей та його вплив на психоемоційний стан батьків

Розлад дефіциту уваги/гіперактивності (як він називається в DSM-5), або розлад з дефіцитом уваги та гіперактивністю (за МКХ-11), або гіперкінетичні розлади (категорія, що об'єднує низку розладів, в МКХ-10 – тій версії класифікації, яка все ще використовується в Україні в 2024 році) – це розлад нейророзвитку, що проявляється як невідповідні віку неуважність (точніше, нездатність керувати своєю увагою), гіперактивність та імпульсивність. Виділяють три підтипи розладу: з переважанням неуважності, з переважанням гіперактивності/

імпульсивності та комбінований (Довідник діагностичних критеріїв DSM-5 2023).

РДУГ починається в дитячому віці і є одним з найбільш поширених розладів ментального здоров'я серед дітей та підлітків. Оцінки його поширеності різняться, однак великий метааналіз 2012 року показав, що 5,9 % дітей та підлітків відповідають діагностичним критеріям РДУГ (Faraone et al. 2021). В США цифри вищі через ширше розуміння критеріїв: за даними національного опитування 2016-2019 рр., серед дітей віком 3-17 років поширеність РДУГ складає 9,8 % (а серед дітей 6-11 років – 10 %) (Bitsko et al. 2022). І це робить його найпоширенішим дитячим ментальним розладом в США. РДУГ частіше виявляють у хлопців, ніж у дівчат (13% проти 6%, згідно з тим же опитуванням), однак це може бути пов'язане з неправильною діагностикою дівчат через те, що розлад проявляється у них трохи інакше (Young et al. 2020).

Причини виникнення РДУГ біологічні: передусім це генетичні фактори, і меншою мірою неврологічні (ускладнення під час вагітності, вплив токсинів у пренатальному періоді, ушкодження мозку). Соціальні фактори (наприклад, стиль виховання дитини) самі по собі не здатні спричинити виникнення розладу, однак окремі з них, зокрема хронічний стрес, можуть посилити його симптоми. (Barkley 2015).

З точки зору нейробіології, симптоми РДУГ пов'язані з порушенням обміну норадреналіну і допаміну, що призводить до дефіциту виконавчої функції мозку (Del Campo 2011). Це означає, що в таких дітей та підлітків є проблеми з самосвідомістю, самомотивацією, гальмуванням імпульсів, емоційною саморегуляцією, невербальною і вербальною робочою пам'яттю, плануванням та розв'язанням проблем (Barkley 2000). Їм складно в школі: вони не можуть сидіти спокійно на своєму місці, постійно рухаються або смикають руками і ногами, їм складно дочекатися своєї черги або дослухати співрозмовника до кінця, вони вигукують

відповіді і забагато говорять. Вони погано керують своїм часом, забувають про важливі справи і часто гублять речі. Таким дітям важко виконувати завдання, які потребують тривалого зосередження, вони не можуть поділити велике завдання на послідовні кроки, постійно відволікаються і часто роблять помилки через неуважність (Довідник діагностичних критеріїв DSM-5 від Американської психіатричної асоціації 2023). Зрозуміло, що така поведінка призводить до неуспіху в навчанні, відкидання зі сторони інших дітей та зниження самооцінки – і це вже в початкових класах школи. Підлітки ж з РДУГ на додаток до цього мають підвищений ризик вилетіти з навчального закладу, рано завагітніти, зловживати психоактивними речовинами, порушувати правила дорожнього руху та вчиняти злочини (Nagrin 2005).

Наявність РДУГ не означає, що дитина не має інших розладів – навпаки, коморбідність дуже часта. За різними оцінками, 60-100 % дітей і підлітків з РДУГ мають один або більше коморбідних розладів, які часто залишаються з ними і в дорослому віці. Так, розлади навчання (дислексія, дискалькулія) мають 70 % дітей і підлітків з РДУГ, опозиційно-викличний розлад - до 50 %, депресію - до 50 %, тривожні розлади - до 35 % (Gnanavel 2019), розлад спектру аутизму – 18 % (Leitner 2014). Поширеними також є симптоми розладів сну, харчової поведінки та ін.

Усе це разом суттєво знижує якість життя дітей та підлітків з РДУГ (Lee et al. 2016), однак їхні труднощі не закінчуються разом з дитинством. Хоча раніше вважалося, що РДУГ – це суто дитячий розлад, який зрештою «переростають», дослідження показали, що до 60 % осіб, що в дитинстві мали РДУГ, продовжують мати суттєві симптоми розладу й у дорослому віці. Такі люди мають труднощі з виконанням робочих обов'язків, дотриманням правил, а також з міжособистісними стосунками з колегами. Їх частіше звільняють, і вони часто міняють роботу. В особистому житті у них часто є проблеми в стосунках, і вони частіше переживають розрив

стосунків. Дорослі з РДУГ, особливо ті, хто не отримують лікування, мають підвищений ризик зловживати психоактивними речовинами (Harpin 2005) та потрапити до в'язниці (Tully 2022).

РДУГ погіршує якість життя не лише самих дітей, які мають цей розлад, але й членів їхньої сім'ї. Так, сиблінги дітей з РДУГ частіше за однолітків переживають тривогу і сум, а також мають підвищений ризик емоційних та поведінкових розладів (Harpin 2005).

Батьки – це ті, на кому лежить найбільше відповідальності за благополуччя і виховання дітей. Однак якщо в дитини є РДУГ, перед батьками постає завдання підвищеної складності. Взаємодія з такими дітьми часто виснажлива. Батькам доводиться компенсувати дефіцит виконавчої функції мозку дитини: контейнерувати бурхливі емоції, мотивувати робити нудні але потрібні справи, допомагати організувати свій час, простір і діяльність, нагадувати про те, що дитина забула. Вони також мають давати собі раду з опозиційно-викличною поведінкою дитини, залагоджувати конфлікти з сиблінгами, іншими дітьми та вчителями. Батьки також можуть сильно хвилюватися через те, чи зможе їхня дитина дати собі раду в дорослому житті. Крім того, діти з РДУГ потребують допомоги – ліків, роботи з психологом, логопедом, з іншими спеціалістами. Батькам також необхідно навчитися поведінкового керівництва (специфічна стратегія взаємодії з дитиною, що має науково доведену ефективність для виховання дітей з РДУГ). Все це значно збільшує витрату часу батьками, а також їхній економічний тягар. Лонгітудне дослідження, проведене нещодавно в Пенсильванії, показало, що батьки дітей з РДУГ витрачають на їх виховання більш ніж у 5 разів більше коштів, ніж батьки нейротипових дітей, і це навіть не враховуючи прямих витрат на лікування. Витрати, які аналізувалися в дослідженні, включали оплату приватним вчителям за додаткові заняття, загублені дітьми речі, штрафи за порушення правил дорожнього руху, а також

збитки батьків через пропуски роботи, зниження працездатності, витрати на власне психічне здоров'я та ін. (Zhao et al. 2019).

Поведінка дітей з РДУГ може також ускладнювати соціальне функціонування їхніх батьків, робити їх об'єктом стигми та соціальної ізоляції, тобто зменшувати кількість доступної соціальної підтримки (Zhao et al. 2019; DosReis et al. 2010).

На додаток до всього переліченого, батьки дітей з РДУГ й самі з високою імовірністю можуть мати РДУГ: відомо, що до 50 % дітей з РДУГ мають принаймні одного з батьків з цим розладом (Starck et al. 2016). Крім основних проявів РДУГ, до 60 % таких дорослих мають коморбідні розлади, найпоширенішими з яких є депресія, біполярний розлад, генералізований тривожний розлад та зловживання психоактивними речовинами (Katzman 2017). Через те, що діагностувати цей розлад в дорослих почали відносно нещодавно, такі батьки можуть навіть не підозрювати про наявність у них РДУГ, і не отримувати необхідного лікування. А оскільки РДУГ пов'язаний з порушеннями виконавчої функції мозку, наявність цього розладу в батьків може впливати на їхню батьківську поведінку (Park et al. 2017), а також на їхню здатність застосовувати поведінкове керівництво (Friedman et al. 2020).

Зрозуміло, що все це негативно впливає якість життя таких батьків. Дослідження 2016 року показало, що якість життя батьків дітей з РДУГ суттєво нижча, ніж в загальній популяції, і співмірна з якістю життя дорослих з діабетом (Andrade et al. 2016).

Отже, якщо повернутися до моделі батьківського стресу Абідіна, можна ствердити, що на стрес у батьків дітей з РДУГ впливають високі ступені прояву усіх трьох груп факторів – дитячих, батьківських та ситуаційних. З цього логічно випливає, що рівень батьківського стресу в них теж має бути високим. І справді, метааналіз 2013 року показав, що батьки дітей з РДУГ зазнають більшого батьківського стресу, ніж батьки

дітей без розладів, а вищий ступінь прояву симптомів РДУГ у дітей, а також наявність в них коморбідних розладів, пов'язані з вищим стресом у батьків (Theule et al. 2013).

На щастя, на цю негативну ситуацію можна вплинути. РДУГ є дуже добре дослідженим розладом, і в деяких західних країнах для нього розроблені та впроваджені в практику протоколи лікування (National Institute for Health and Care Excellence [NICE] 2019), а також рекомендації з організації навчання в закладах освіти (Henderson 2008). Найбільш дієвим науково підтвердженим методом допомоги дітям і підліткам з РДУГ є фармакотерапія (Faraone et al. 2021). Численні дослідження показали, що медикаментозне лікування дітей та дорослих з РДУГ підвищує їхню академічну успішність, зменшує рівень депресії, суїцидальності, зловживання психоактивними речовинами, випадкових травм, порушення закону та підліткової вагітності. Поведінкове керівництво, що застосовується батьками і вчителями, та деякі додаткові зміни в організації навчання також мають позитивний вплив на життя і результати дітей (Faraone et al. 2021).

Ситуація, в якій перебувають батьки дітей з РДУГ в Україні, має свої особливості. З позитивних моментів варто відзначити наявність клінічної настанови щодо медичної та медико-соціальної допомоги дітям та підліткам з РДУГ, що була опублікована в 2019 році та ґрунтується на даних сучасної доказової медицини (Розлад із дефіцитом уваги та гіперактивністю у дітей та молоді: клінічна настанова, заснована на доказах 2019). У настанові подані рекомендації для фахівців щодо оцінки стану дитини, психоедукації батьків і дитини, вибору методів лікування, ліків та психологічного впливу. На жаль, на практиці виявляється, що українське суспільство ще далеко від втілення цих рекомендацій в реальність. Передусім, рівень виявлення РДУГ в Україні недостатній, неспівмірно нижчий за статистику в США і Європі. Так, у 2009 році

показники поширеності РДУГ в Україні склали 96 на 100 тисяч дітей – це всього 0,00096 %! (Марценковська 2010) В публічному просторі замало достовірної інформації про РДУГ, і тому ні батьки, ні вчителі часто не підозрюють, що в дитини може бути цей розлад. Натомість батьки стикаються з осудом і звинуваченнями, що вони погано виховують дитину.

Коли ж батьки починають здогадуватися, що поведінка дитини може бути викликана медичними причинами, вони нерідко стикаються з непрофесійністю спеціалістів. Часто батьки змушені обійти багатьох лікарів, перед тим як нарешті почути правильний діагноз. Крім того, деякі лікарі виписують таким дітям заспокійливі, ноотропи або інші непротокольні ліки. Що ж стосується протокольних препаратів, то ліки першого вибору, які мають найвищу ефективність (стимулятори, зокрема зареєстрований в Україні метилфенідат) дістати майже неможливо – вони часто зникають з аптек на декілька місяців, і навіть якщо вони там є, то лише в одному дозуванні, і дуже дорогі. Тому українські діти з РДУГ зазвичай лікуються препаратами другого (атомоксетин) і третього вибору, або й взагалі не отримують лікування.

Якщо говорити про сферу освіти, то тут діти з РДУГ та їхні батьки також стикаються з багатьма проблемами (Марценковська 2020; Марценковська 2010). Вчителі часто не розуміють, з чим мають справу, і не володіють навиками ефективної взаємодії з такими учнями. Це призводить до численних конфліктів, погіршення поведінки, низької академічної та соціальної успішності таких дітей, зниження самооцінки, стигматизації та булінгу. Іноді батьки дітей з РДУГ самі стають об'єктом агресії зі сторони батьків однокласників їхньої дитини. З іншого боку, великим позитивом є наявність і діяльність інклюзивно-ресурсних центрів (ІРЦ). Сюди можуть звернутися батьки, щоб пройти комплексну оцінку розвитку дитини з метою визначити її особливі освітні потреби. ІРЦ надає свій висновок з рекомендаціями для освітніх закладів щодо організації

навчального процесу дитини. Зокрема, ІРЦ може вказати, що дитині в школі потрібен асистент дитини чи асистент вчителя, додаткові заняття з логопедом та психологом, наявність ресурсної кімнати та ін. На практиці, звісно, не все виходить як заплановано – в ІРЦ також трапляються недостатньо професійні спеціалісти, часто батькам доводиться шукати асистента самотужки, доплачувати асистенту та іншим спеціалістам з власної кишені. Однак навіть ті зміни, які відбулися за останні кілька років, свідчать про те, що у сфері освіти в Україні відбувається помітний поступ.

Ще однією складовою проблеми є труднощі самих батьків. Оскільки діагностика РДУГ у дітей почала ставати доступною тільки нещодавно, то люди, які зараз є батьками, а в дитинстві демонстрували симптоми РДУГ, не мали шансу бути діагностованими. Діагностика ж РДУГ у дорослих в Україні перебуває тільки на стадії зародження, тобто поки що це одиничні випадки. Це означає, що батьки, які самі мають РДУГ не отримують належної допомоги, що ще більше ускладнює для них виконання батьківських обов'язків.

Підсумовуючи, можна сказати, що українські батьки дітей з РДУГ перебувають в скрутних обставинах через недостатній доступ до інформації, ліків та професійної допомоги у сфері освіти та охорони здоров'я. Це дає змогу припустити, що рівень їхнього стресу є високим, оскільки фактори, з якими він пов'язаний, мають підвищені ступені прояву.

РДУГ у дітей, які потім стають дорослими, має негативний вплив не лише на них самих і їхніх батьків, а й на суспільство в цілому. Люди з нелікованим РДУГ мають знижену продуктивність (тобто роблять менший внесок в суспільство), а з іншого боку, більш схильні вчиняти правопорушення (тобто завдавати суспільству збитків). Оскільки ця проблема прямо зачіпає до 10 % населення, то можна ствердити, що цей

вплив є величезним. Тож, якщо ми хочемо жити в кращому світі, ми маємо допомогти цим людям впоратися з труднощами та реалізувати свій потенціал. Оптимально починати допомагати ще в дитинстві, в дошкільному і молодшому шкільному віці, коли мозок ще тільки починає формуватися, щоб запобігти виникненню вторинних проблем. В цьому віці саме батьки є тими, хто найбільше впливає на дитину, від кого найбільше залежить траєкторія її подальшого розвитку. Тому, якщо ми хочемо допомогти цим дітям, ми маємо передусім сфокусувати свою увагу на їхніх батьках.

1.4 Теоретична модель дослідження

На основі теоретичного аналізу питання дистресу в батьків (зокрема тих, хто виховують дітей з РДУГ) ми розробили теоретичну модель дослідження (Рис.2).

Гіпотези, які ми будемо перевіряти у цьому дослідженні, наступні.

Основна: Дистрес батьків, які виховують дітей молодшого шкільного віку з РДУГ, має особливості, які відрізняють його від дистресу батьків, які виховують дітей молодшого шкільного віку без РДУГ.

Додаткова: Рівень дистресу батьків корелює з обставинами батьківства.

Під особливостями дистресу ми будемо розуміти:

- 1) його *рівень*;
- 2) те, з якими *обставинами батьківства* він пов'язаний.

ОБСТАВИНИ БАТЬКІВСТВА

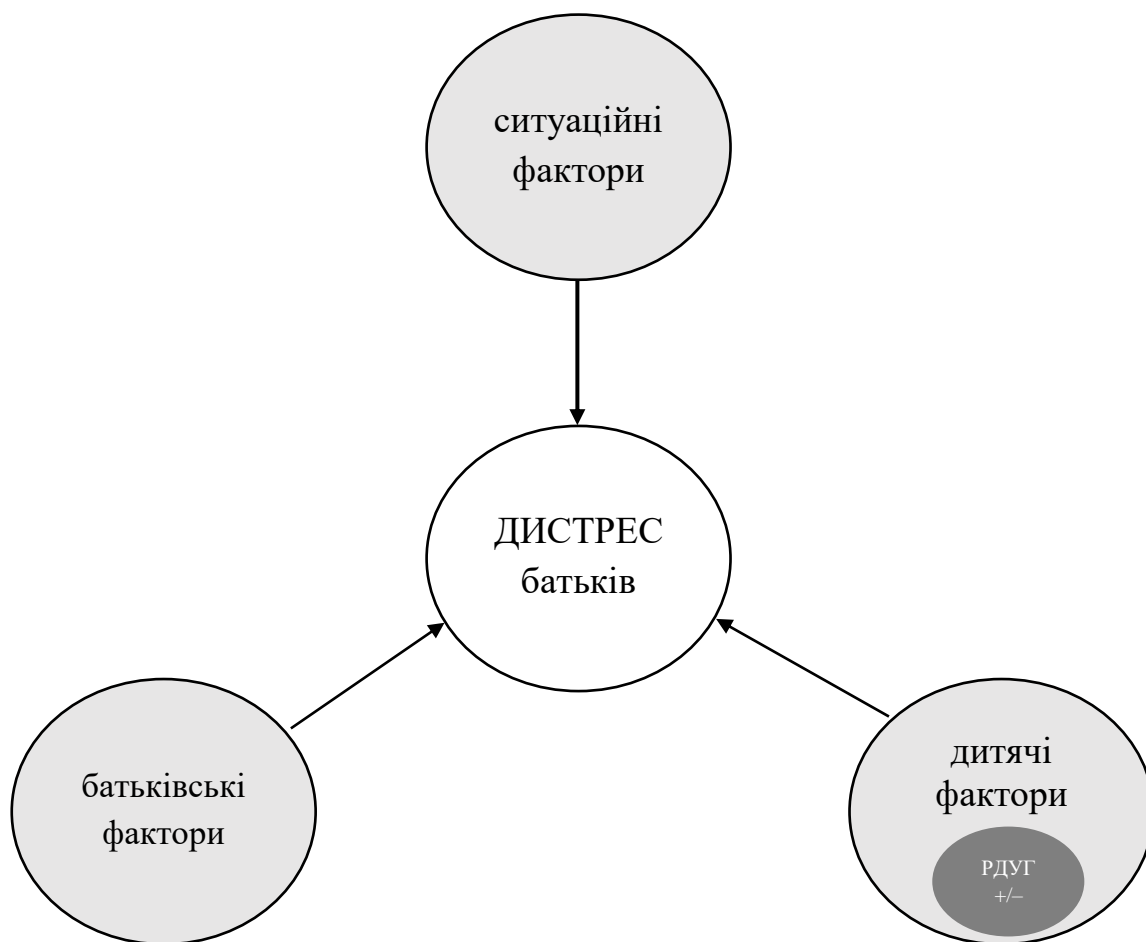


Рис.1.2. Теоретична модель дослідження

Обставини батьківства, які нас будуть цікавити, – це фактори, зібрані в 3 домени.

Батьківські фактори:

- 1) рівень депресії;
- 2) рівень тривоги;
- 3) рівень обмеження функціонування у різних сферах життя, які накладає на особу батьківська роль;
- 4) прийом респондентом антидепресантів, протитривожних або інших ліків, що впливають на настрій і стресостійкість;
- 5) кількість дітей.

Дитячі фактори (стосуються лише дитини/дітей молодшого шкільного віку, а не всіх дітей в сім'ї):

- 1) наявність у дитини РДУГ;
- 2) наявність у дитини інших розладів;
- 3) прийом дитиною ліків від РДУГ;
- 4) рівень складності (стресовості) виховання дитини.

Ситуаційні фактори:

- 1) рівень соціальної підтримки;
- 2) наявність і різних форм інституційної підтримки (у сферах освіти та охорони здоров'я);
- 3) наявність партнера, який бере участь у вихованні дитини;
- 4) рівень стресовості взаємодії респондента з вчителями дитини та іншими людьми;
- 5) навчання дитини в приватній або державній школі;
- 6) форма освіти дитини (індивідуальна/очна/дистанційна/змішана).

Висновки до розділу 1

Батьківський стрес – це дистрес, який виникає, коли людина оцінює вимоги, які ставить перед нею роль батька/матері, як такі, що є вищими, ніж кількість доступних ресурсів. Фактори стресу в батьків, що виховують дітей з особливостями розвитку, можуть відрізнятися від факторів стресу у батьків дітей з типовим розвитком.

РДУГ є одним з найбільш поширених розладів ментального здоров'я серед дітей та підлітків. Він часто супроводжується коморбідними розладами. РДУГ суттєво знижує якість життя дітей та підлітків, які мають цей розлад, а також членів їхньої сім'ї, особливо батьків. Батьки дітей з РДУГ зазнають більшого батьківського стресу, ніж батьки дітей без розладів, а вищий ступінь прояву симптомів РДУГ у

дітей, а також наявність в них коморбідних розладів, пов'язані з вищим стресом у батьків.

РДУГ є дуже добре дослідженим розладом, і в деяких західних країнах для нього розроблені та впроваджені в практику протоколи лікування та рекомендації з організації навчання в закладах освіти. Однак ситуація, в якій перебувають батьки дітей з РДУГ в Україні, відрізняється від цих найкращих прикладів. За попередніми даними, батьки дітей з РДУГ в Україні стикаються з недостатнім доступом до інформації й ліків, недостатньою професійністю спеціалістів та численними упередженнями.

Дослідження обставин батьківства та особливостей дистресу таких батьків допоможе зрозуміти, що ми всі як суспільство можемо зробити, щоб покращити їх психоемоційний стан та допомогти їхнім дітям впоратися з проблемами й реалізувати свій потенціал.

Розділ 2. МЕТОДИ ТА ПРОЦЕДУРА ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1 Особливості вибірки

У дослідженні взяли участь батьки дітей, що навчаються у початкових класах в українських школах. Після загального анкетування та очистки даних всіх респондентів було розділено на дві групи: до основної увійшли батьки дітей з РДУГ, до контрольної – батьки дітей без РДУГ. Загалом вибірка склала 123 особи, в основній групі - 48 осіб, у контрольній групі - 75 осіб.

Критерії включення:

- батьки, що виховують дітей, які навчаються у 1-4 класах українських шкіл (державних або приватних, з очним, дистанційним, змішаним та індивідуальним форматом навчання)
- батьки, які разом з дітьми проживали в Україні впродовж поточного навчального року (2023-2024)
- критерії включення до основної групи - батьки дітей з РДУГ

Критерії виключення:

- батьки, діти яких ще не навчаються або вже не навчаються в початкових класах
- батьки, діти яких навчаються не в українських школах
- батьки, які разом з дітьми не проживали в Україні впродовж всього поточного навчального року (2023-2024)

2.2 Дизайн та етапи дослідження

Для емпіричного дослідження було обрано обсерваційний крос-секційний багатовибірковий дизайн. Збір даних проводився один раз шляхом анкетування серед усіх досліджуваних.

Дослідження проводилося в два етапи:

1) Підготовчий – на цьому етапі ми провели контент-аналіз дописів учасників групи «Життя з РДУГ» в соціальній мережі Фейсбук. Ми проаналізували 150 дописів і з'ясували, що 28 % з них (42 дописи) були написані саме батьками дітей з РДУГ молодшого шкільного віку. Це багато, враховуючи, що учасниками групи є не тільки батьки дітей різного віку, але й дорослі з РДУГ та спеціалісти, що працюють з цим розладом. Це ще раз підтвердило, що дослідження дистресу саме в цій групі осіб є надзвичайно актуальним. Ми виокремили 20 ситуацій, які найбільше турбують батьків. Далі в тій же групі ми провели фокус-групу, запропонувавши учасникам-батькам молодших школярів обрати з 20 ситуацій ті 10, які були для них найбільш стресовими за останній навчальний рік. Учасникам також було запропоновано додавати свої варіанти. Ми отримали 1026 відповідей за дві доби. Отримані результати стали основою для створення авторської анкети стресових ситуацій батьківства, яка стала частиною методичного інструментарію основного етапу дослідження.

2) Основний етап, що включав в себе:

- Анкетування досліджуваних
- Обробку отриманих даних
- Статистичний аналіз отриманих даних
- Опис здобутих результатів.

2.3 Методичний інструментарій

Для збору даних в межах основного етапу дослідження були використані наступні методики:

- 1) Авторська анкета для збору соціально-демографічних даних – 16 запитань.

- 2) Анкета здоров'я пацієнта PHQ-9 (Spitzer, Williams, Kroenke, 2001; український переклад УІКПТ, 2012). Використовується для оцінки важкості депресії.
- 3) Шкала генералізованого тривожного розладу GAD-7 (Spitzer, Kroenke, Williams, Löwe, 2006; український переклад УІКПТ, 2012).
- 4) Шкала сприйнятого стресу PSS-10 (Cohen, Kamarck, Mermelstein 1983; український переклад і адаптація Вельдбрехт, Тавровецька 2022).
- 5) Багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки MSPSS (Zimet, Dahlem, Zimet, Farley, 1988; український переклад Мельник, Стаднік 2023).
- 6) 2 авторські запитання про інституційну підтримку - у сферах освіти та охорони здоров'я.
- 7) Авторська анкета про стресові ситуації батьківства – 10 запитань.
- 8) Шкала робочої та соціальної адаптації W&SAS (Mundt, Marks, Shear, Greist, 2002; український переклад УІКПТ). Вимірює порушення функціонування людини у певних сферах життя. Містить 5 запитань.

Дослідження проводилося онлайн. Усі методики були об'єднані в один опитувальник на платформі Google Forms. Повна анкета включала звернення до учасників, бланк інформованої згоди, 70 запитань та подяку за участь; її заповнення займало до 15 хвилин. Інформацію про дослідження з проханням взяти участь ми розповсюджували в соціальних мережах Facebook та Instagram. Перед початком дослідження респонденти були проінформовані про його мету, спосіб оприлюднення результатів та конфіденційність усієї особистої інформації, яку вони надають. Вони підтвердили, що є повнолітніми і дієздатними особами, та дали згоду на

участь у дослідженні. Досліджувані мали змогу взяти участь у розіграші книги та подарункового сертифікату на книги, вказавши в кінці опитувальника будь-який свій контакт (але це було необов'язково).

Статистична обробка результатів була здійснена у додатку Google Sheets (з використанням надбудови XLMiner Analysis ToolPak) та за допомогою програмного забезпечення SPSS. Було використано такі методи аналізу даних, як порівняльний аналіз за t-критерієм Стьюдента для незалежних вибірок, порівняльний аналіз за U-критерієм Манна-Уїтні, кореляційний аналіз та множинний регресійний аналіз.

Висновки до розділу 2

До нашого крос-секційного дослідження були залучені 123 особи, які є батьками дітей, що навчаються в молодших класах українських шкіл. З них 48 осіб є батьками дітей молодшого шкільного віку з РДУГ, і 75 осіб є батьками дітей молодшого шкільного віку без РДУГ.

Для дослідження ми використали 5 стандартних методик (шкала депресії PHQ-9, шкала тривоги GAD-7, шкала стресу PSS-10, шкала соціальної підтримки MSPSS, шкала робочої та соціальної адаптації W&SAS) та 3 авторські анкети (для збору соціально-демографічних даних, даних про інституційну підтримку та про стресові ситуації батьківства).

Для статистичних обрахунків було використано порівняльний аналіз за t-критерієм Стьюдента та U-критерієм Манна-Уїтні, а також кореляційний та регресійний аналізи.

Розділ 3. ОПИС РЕЗУЛЬТАТІВ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

3.1 Описова статистика та порівняння обставин батьківства у двох групах за номінальними шкалами

Ми аналізували відповіді 123 респондентів з багатьох областей України. Більшість з них (95,93%) – жінки, здебільшого (68,29%) у віці 31-40 років, що мають від 1 до 5 дітей загалом, серед яких найчастіше 1 дитину молодшого шкільного віку (зрідка 2). Вже навіть аналіз соціально-демографічних даних показує відмінність між батьками дітей з РДУГ (ми будемо називати їх Група з РДУГ) та батьками дітей без РДУГ (Група без РДУГ).

Зокрема, у Групі з РДУГ майже в 3 рази більше батьків приймають антидепресанти, протитривожні або інші ліки, що можуть впливати на настрої та стресостійкість. Це важливо, адже прийом цих ліків, скоріш за все, вплинув на зібрані нами дані про рівні стресу, депресії, тривоги та ін.

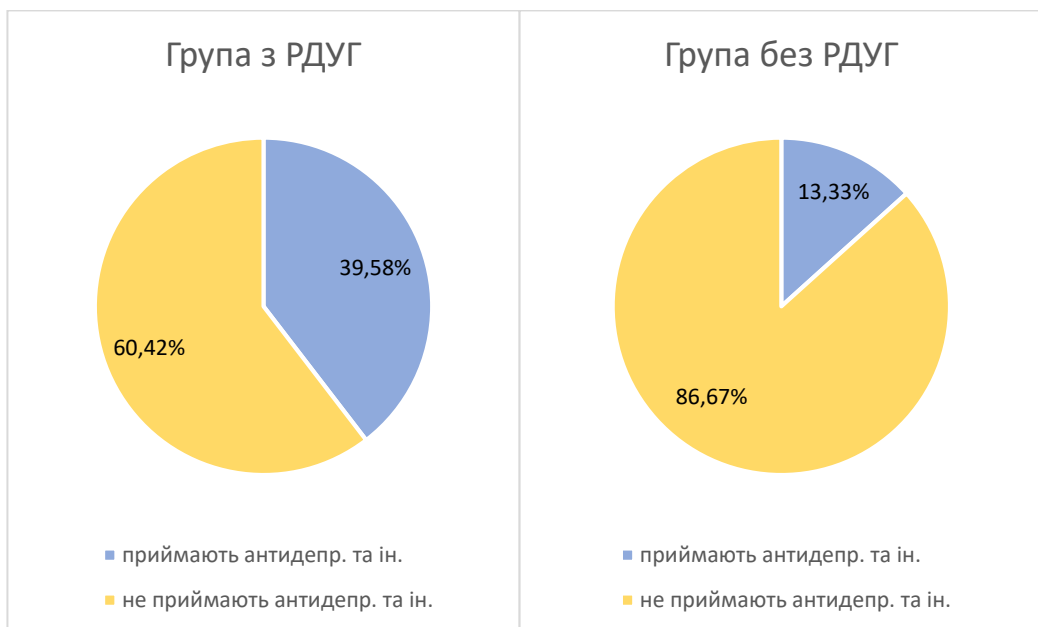


Рис.3.1. Порівняння рівня прийому антидепресантів, протитривожних та ін. ліків у двох групах

Серед дітей (молодшого шкільного віку) респондентів з Групи без РДУГ кількість хлопчиків і дівчаток майже однакова, тоді як у Групі з

РДУГ кількість хлопчиків більш ніж втричі перевищує кількість дівчаток (77,36% проти 22,64%). Це підтверджує дані, які ми описали у теоретичній частині роботи, про те, що у хлопчиків РДУГ виявляють частіше, ніж у дівчат (що, однак, більше свідчить про недосконалість діагностики, ніж про те, що розлад у дівчат справді зустрічається рідше).

Діти батьків з Групи з РДУГ мають більш ніж в 2,5 рази вищий ризик мати інші розлади фізичного або ментального здоров'я, окрім РДУГ, ніж діти батьків з Групи без РДУГ. Ми не просили батьків вказувати діагнози, однак деякі батьки дітей з РДУГ вказали опозиційно-викличний розлад, розлад спектру аутизму та епілепсію.

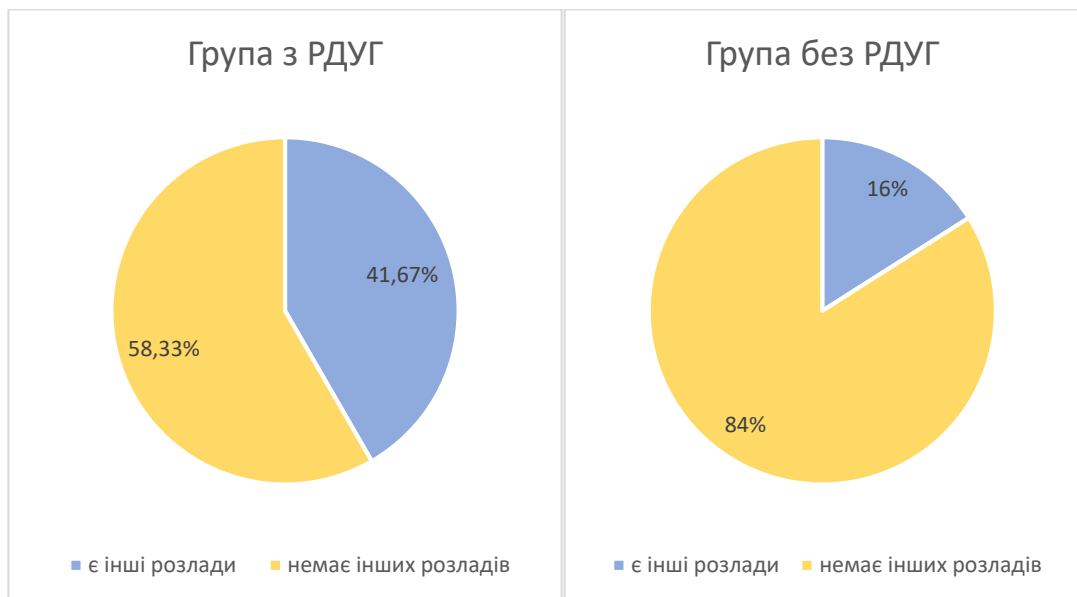


Рис.3.2. Порівняння рівня наявності інших розладів у дітей у двох групах

Батьки дітей з РДУГ трохи частіше обирають для них приватну школу, а не державну, але тут різниця невелика (20,83% обрали приватну школу в Групі з РДУГ проти 16% в Групі без РДУГ). Однак батьки дітей з РДУГ більш ніж в 9 разів частіше обирають індивідуальну (у т.ч. сімейну) форму навчання:

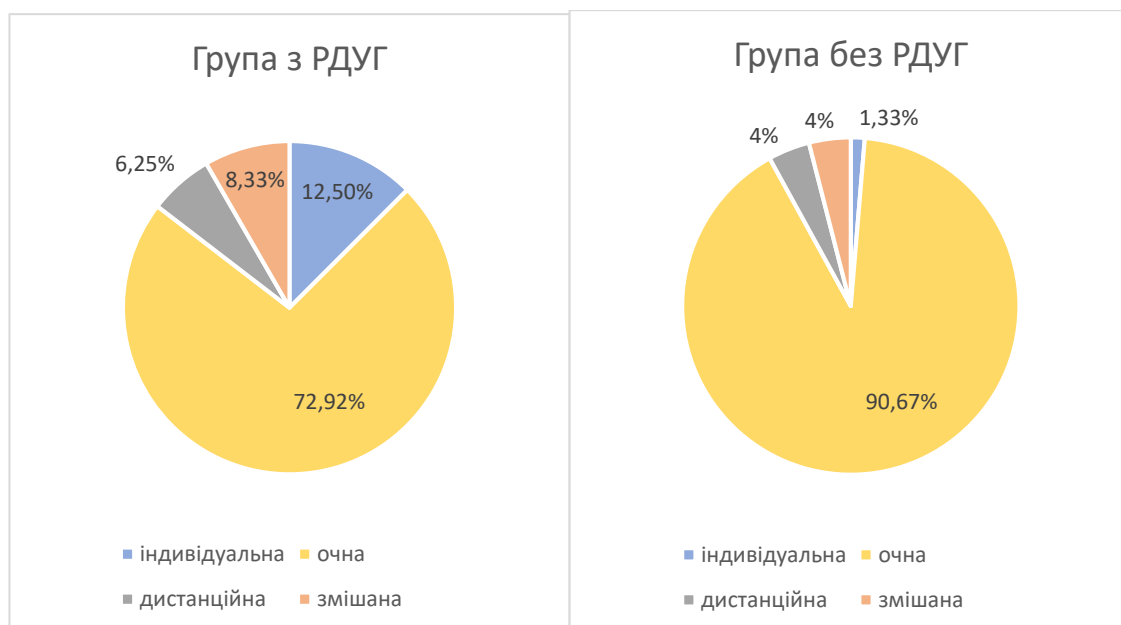


Рис.3.3. Порівняння вибору форми освіти у двох групах

Важливо відзначити, що батьки дітей з РДУГ досить активно використовують доступні в Україні способи допомоги дітям з цим розладом. Так, 64,58% батьків у цій групі зверталися в інклюзивно-ресурсний центр, і 50% (з усієї групи) отримали від ІРЦ рекомендації для школи щодо організації навчання для їхніх дітей. Крім того, 37,5% батьків з цієї групи вказали, що у їхніх дітей в школі є асистент дитини або асистент вчителя. З іншого боку, у групі батьків дітей без РДУГ до ІРЦ зверталися тільки 6,67% респондентів, лише 2,67% отримали рекомендації для школи, і ніхто з них не має асистента – попри те, що 16% з них вказали, що в дитини є фізичні чи ментальні розлади.

Що стосується ліків, які рекомендуються протоколами для лікування РДУГ, то тут ситуація наступна: діти 45,83% батьків з Групи з РДУГ приймають такі ліки, зокрема, 14,58% приймають ліки першої лінії вибору (метилфенідат), і 27,08% - ліки другої лінії (атомоксетин). Як бачимо, більш ніж половина дітей з РДУГ не отримують жодних ліків, що допомагають давати раду з симптомами РДУГ.

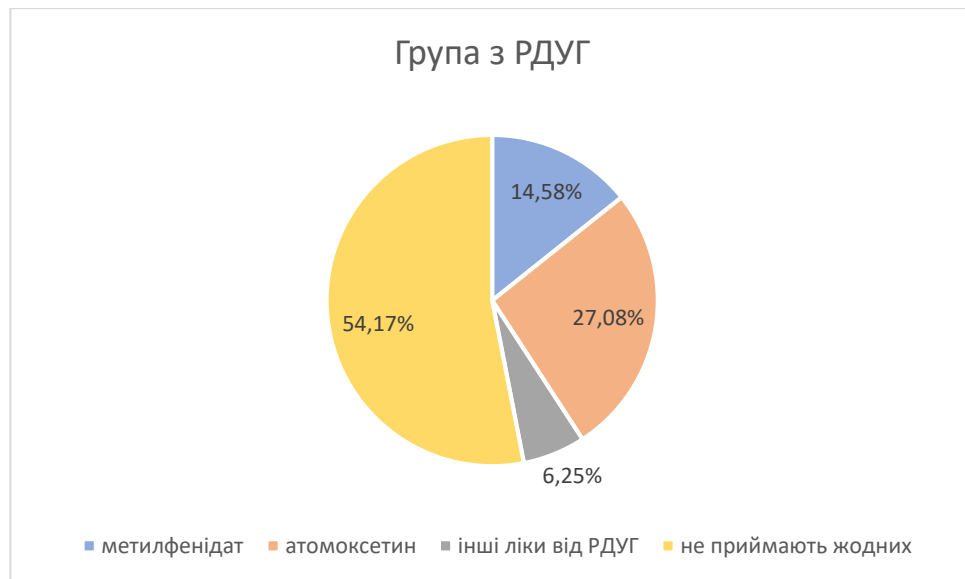


Рис.3.4. Вибір ліків для дітей у Групі з РДУГ

Цікаво, що попри те, що дослідження свідчать про негативний вплив РДУГ у дитини на стосунки батьків у парі, наше опитування не виявило суттєвої різниці між групами щодо участі партнера у вихованні дитини: 77,08% батьків з Групи з РДУГ і 78,67% батьків з Групи без РДУГ вказали, що виховують дітей з чоловіком/дружиною.

Таблиця 3.1

Відмінності соціально-демографічних показників у двох групах

		Батьки дітей з РДУГ	Батьки дітей без РДУГ
Стать дитини молодшого шкільного віку	хлопчики	77,36%	46,51%
	дівчатка	22,64%	53,49%
Наявність в дитини інших розладів	так	41,67%	16%
	ні	58,33%	84%
Школа	державна	79,17%	84%
	приватна	20,83%	16%
Форма освіти	індивідуальна	12,5%	1,33%
	очна	72,92%	90,67%
	дистанційна	6,25%	4%
	змішана	8,33%	4%

ІРЦ	так, зверталися і отримали рекомендації для школи	50%	2,67%
	так, зверталися, але рекомендацій для школи не отримали	14,58%	4%
	ні, не зверталися	35,42%	93,33%
Асистент дитини або вчителя	є	37,5%	0%
	нема	62,5%	100%
Ліки від РДУГ	так, метилфенідат	14,58%	0%
	так, атомоксетин	27,08%	0%
	так, інші ліки від РДУГ	6,25%	0%
	ні	54,17%	100%
Антидепресанти, протитривожні та ін. ліки (батькам)	так	39,58%	13,33%
	ні	60,42%	86,67%
Виховують дитину	з чоловіком/дружиною	77,08%	78,67%
	чоловік/дружина зараз далеко, але беруть участь у вихованні	12,5%	9,33%
	сам/сама	10,41%	12%

3.2 Порівняльний аналіз рівня стресу у двох групах

Для порівняння *рівня стресу* ми проаналізували відповіді респондентів в опитувальнику PSS-10. Тест Колмогорова-Смірнова показав нормальність розподілу даних в обох групах, тому для порівняльного аналізу ми обрали t-критерій Стьюдента для незалежних вибірок. Внаслідок аналізу було виявлено, що рівні стресу в двох групах статистично значуще відрізняються ($t= 3,97$, $p=0,000$), при цьому рівень стресу серед батьків дітей з РДУГ є вищим, ніж серед батьків дітей без РДУГ, а розмір ефекту є великим ($g=0,73$).

Відмінність рівнів стресу у двох групах

	Група з РДУГ		Група без РДУГ		t	p	g
	М	SD	М	SD			
Рівень стресу	23,96	5,93	19,72	5,67	3,97	0,000	0,73

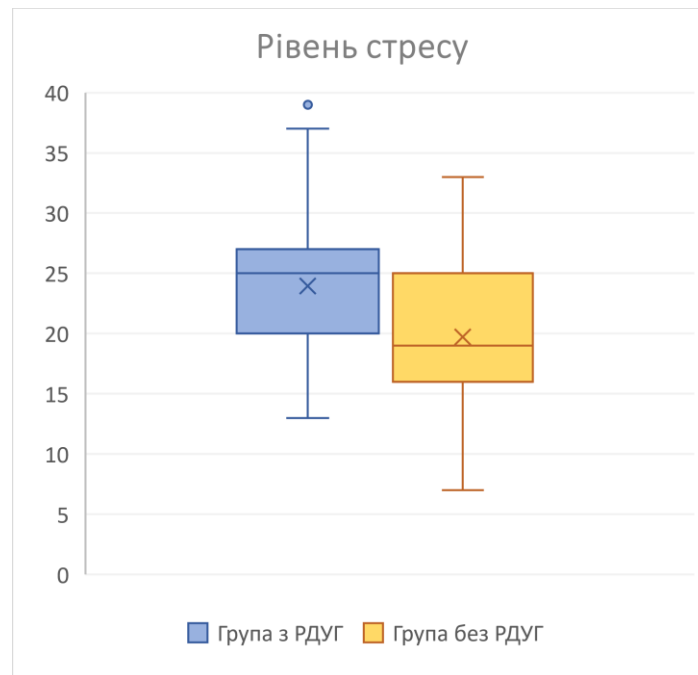


Рис.3.5. Порівняння рівнів стресу в двох групах

Цікаво, що середні значення в обох групах потрапляють в діапазон помірного стресу (14-26). Однак треба пам'ятати, що 39,58% батьків дітей з РДУГ приймають ліки, що можуть впливати на настрій та стресостійкість (проти 13,33% батьків дітей без РДУГ), тож можна припустити, що без цього модифікуючого фактора рівень стресу в першій групі був би ще вищим.

3.3 Порівняльний аналіз обставин батьківства у двох групах за метричними шкалами

Для порівняння обставин батьківства (факторів стресу) ми проаналізували відповіді респондентів за 11 метричними шкалами. У 5 з

них (депресії, тривоги, обмеження функціонування, стресовості виховання дитини, соціальної підтримки) дані виявилися розподіленими нормально, тому для їх порівняння ми використали t-критерій Стьюдента. В інших розподіл даних був відмінний від нормального, тому тут ми застосували U-критерій Манна-Уїтні.

У домені *батьківських факторів* порівняльний аналіз дав наступні результати. Було виявлено статистично значущу відмінність показників депресії, тривоги, обмеження функціонування та кількості дітей у двох групах. При цьому рівні депресії, тривоги та обмеження функціонування є вищими у групі батьків дітей з РДУГ, а розмір ефекту за цими шкалами є великим. Середні значення депресії і тривоги в групі батьків дітей з РДУГ потрапляють в діапазон помірного ступеню прояву цих станів, у групі батьків дітей без РДУГ – в діапазон легкого ступеню прояву. Середні значення обмеження функціонування у Групі з РДУГ відповідають важким порушенням функціонування, тоді як у Групі без РДУГ – помірним порушенням. Батьки з Групи з РДУГ мають в середньому менше дітей, ніж батьки з Групи без РДУГ, однак через ненормальність розподілу даних про розмір ефекту тут говорити складно.

Таблиця 3.3

Відмінності показників батьківських факторів

	Група з РДУГ		Група без РДУГ		t/U	p	g
	М	SD	М	SD			
Рівень депресії	12,79	5,31	9,65	4,97	t = 3,33	0,001	0.62
Рівень тривоги	10,27	4,36	6,99	4,29	t = 4,12	0,000	0.76
Рівень обмеження функціонування	22,29	9,26	16,25	8,19	t = 3,79	0,000	0.7
Кількість дітей	1,67	0,86	2,07	0,86	U = 1269,5	0,013	-

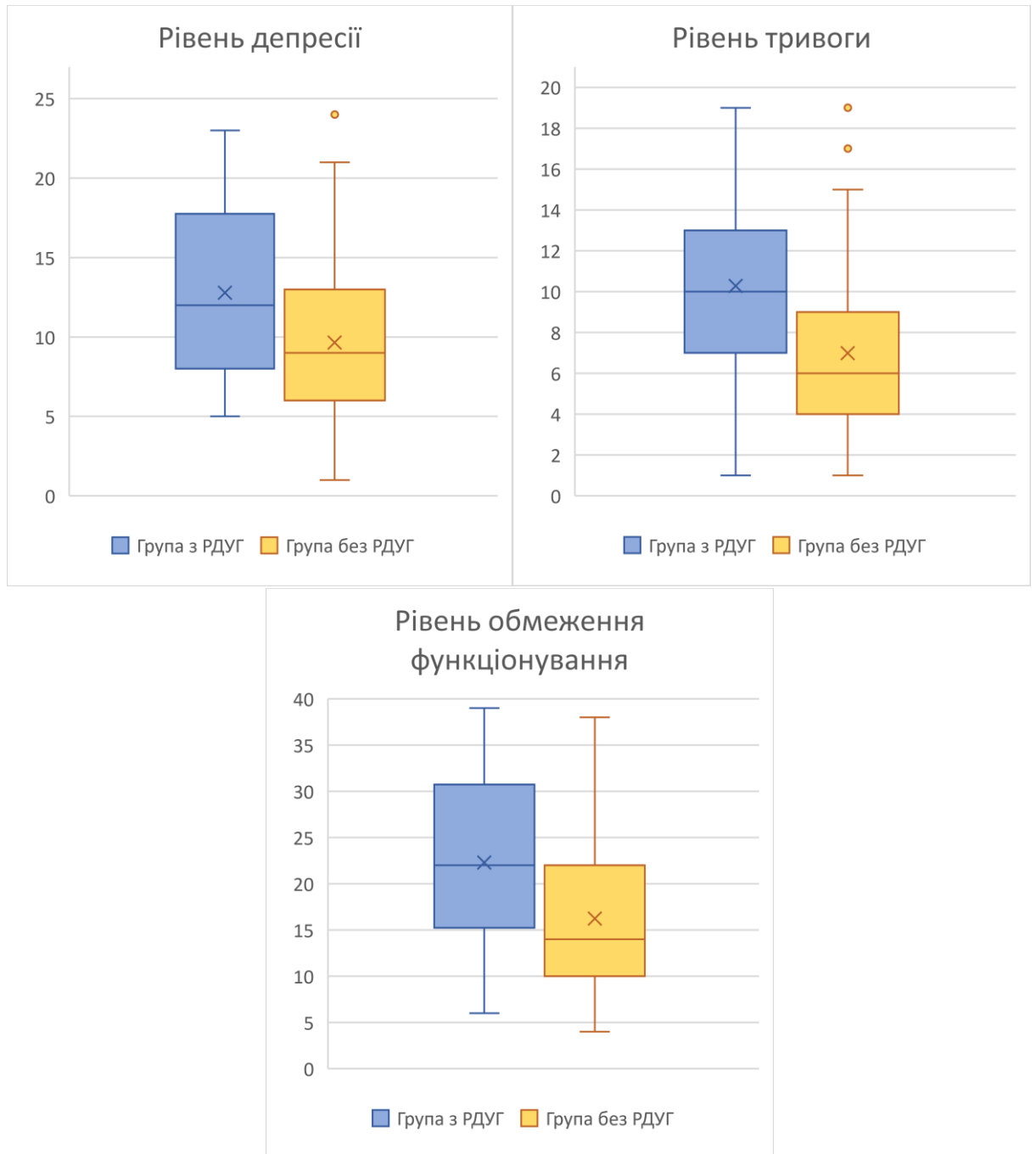


Рис.3.6. Порівняння рівнів батьківських факторів

Шкала робочої і соціальної адаптації W&SAS, яку ми використовували, щоб дослідити обмеження функціонування, які накладає на особу батьківська роль, містить 5 субшкал: робота, ведення домашнього господарства, соціальне дозвілля, особисте дозвілля, сім'я та стосунки. Респондентам було запропоновано оцінити, наскільки виконання ними

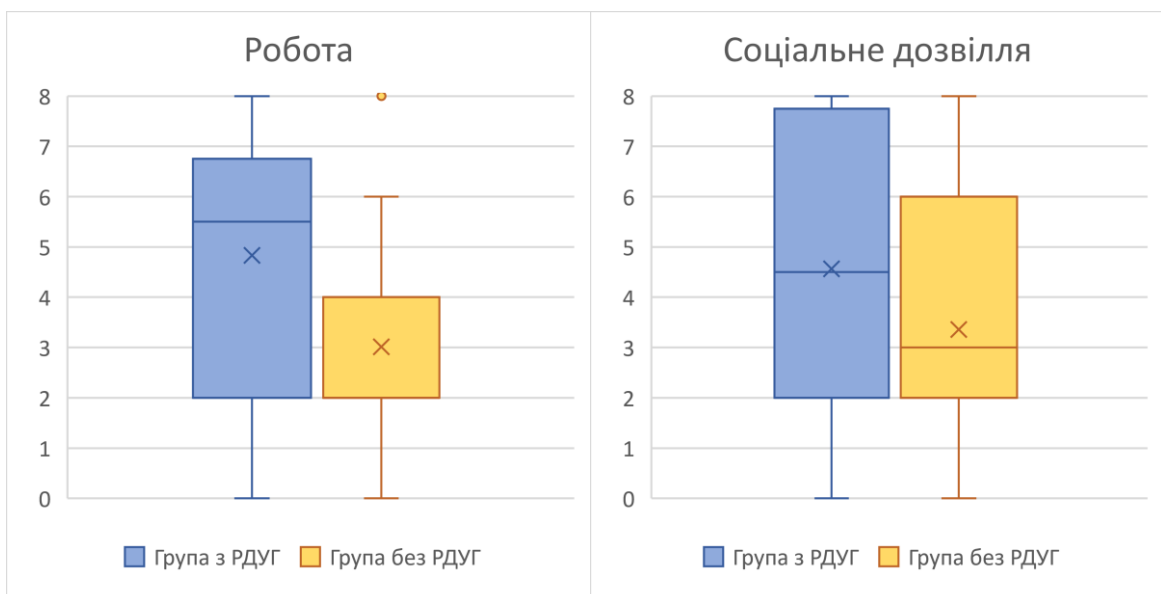
батьківських обов'язків погіршує їхню здатність виконувати обов'язки у цих сферах життя. Розподіл даних у більшості субшкал виявився відмінним від нормального, тому для їх порівняння ми використали U-критерій Манна-Уїтні. Результати порівняльного аналізу представлено в таблиці.

Таблиця 3.4

Відмінності показників обмеження функціонування у 5 сферах життя

	Група з РДУГ		Група без РДУГ		U	p	g
	M	SD	M	SD			
Робота	4,83	2,45	3,01	2,08	2549,5	0.000	-
Ведення домашнього господарства	3,98	2,05	3,49	2,15	2070.5	0.154	-
Соціальне дозвілля	4,56	2,81	3,36	2,56	2244.5	0.02	-
Особисте дозвілля	4,58	2,59	3,43	2,37	2264	0.015	-
Сім'я та стосунки	4,33	2,28	2,96	2,26	2418	0.001	-

Як бачимо, було виявлено статистично значущу відмінність показників за чотирма з п'яти субшкал, при чому рівень обмеження функціонування у цих 4 сферах життя є вищим у батьків дітей з РДУГ.



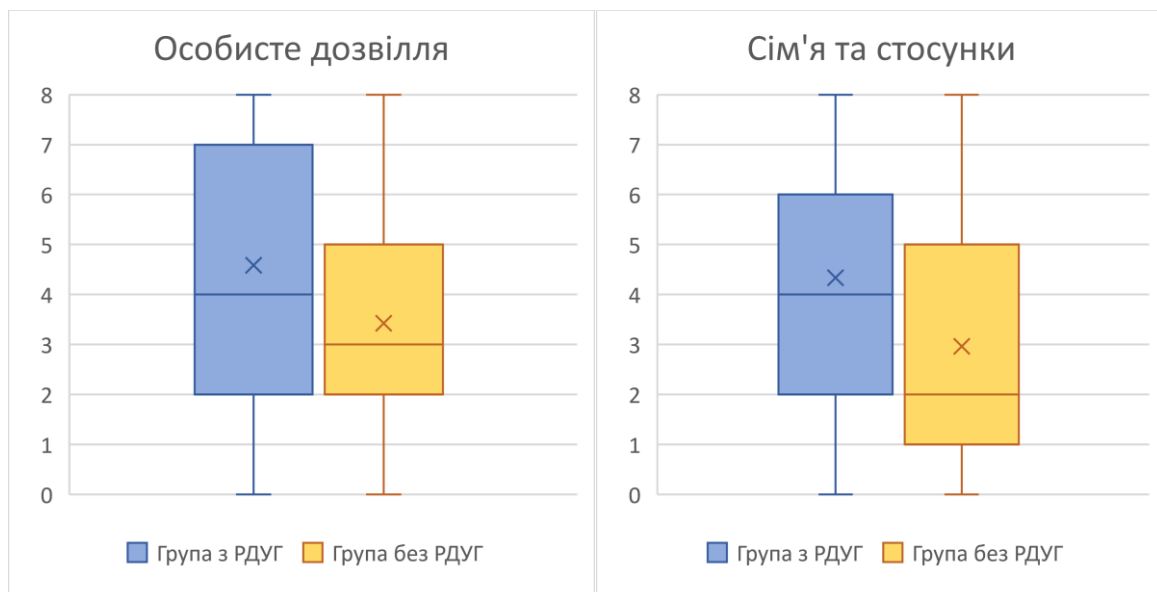


Рис.3.7. Порівняння рівнів обмеження функціонування у різних сферах життя

Що стосується *дитячих факторів*, то тут ми маємо лише одну метричну шкалу – стресовість виховання дитини (іншими словами, складність дитини). t-тест Стьюдента показав, що рівні показників за цією шкалою в двох групах статистично значуще відрізняються ($t=6,87$, $p=0,000$), при цьому батьки дітей з РДУГ оцінюють рівень стресовості їх виховання вище, ніж батьки дітей без РДУГ, а розмір ефекту є дуже великим ($g=1,27$).

Таблиця 3.5

Відмінності показників дитячого фактора

	Група з РДУГ		Група без РДУГ		t	p	g
	M	SD	M	SD			
Рівень стресовості виховання дитини/дітей	33,77	8,91	21,73	9,83	6,87	0,000	1,27

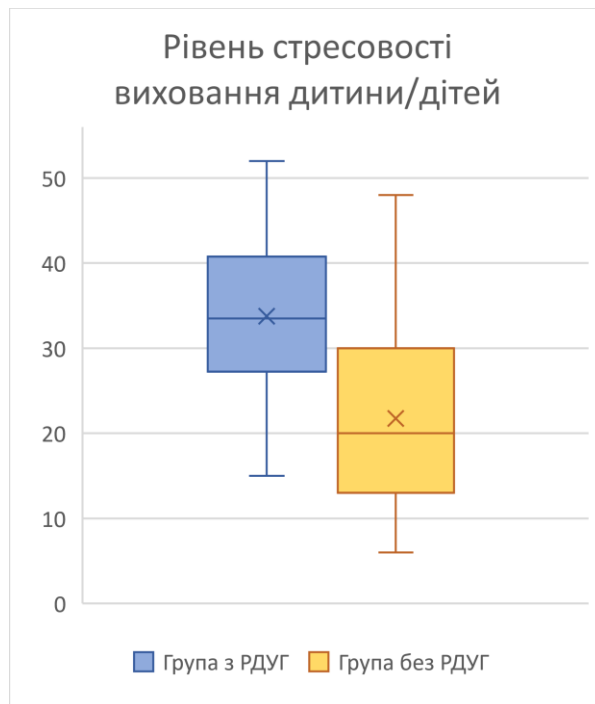


Рис.3.7. Порівняння рівнів дитячого фактора

Авторська анкета стресових ситуацій батьківства містила 7 субшкал, що стосувалися дитячого домену. Розподіл даних у більшості субшкал був ненормальним. Ми попросили батьків оцінити, наскільки стресовими чи важкими за останній навчальний рік були для них ситуації, пов'язані з вихованням дитини чи дітей молодшого шкільного віку, і отримали такі результати.

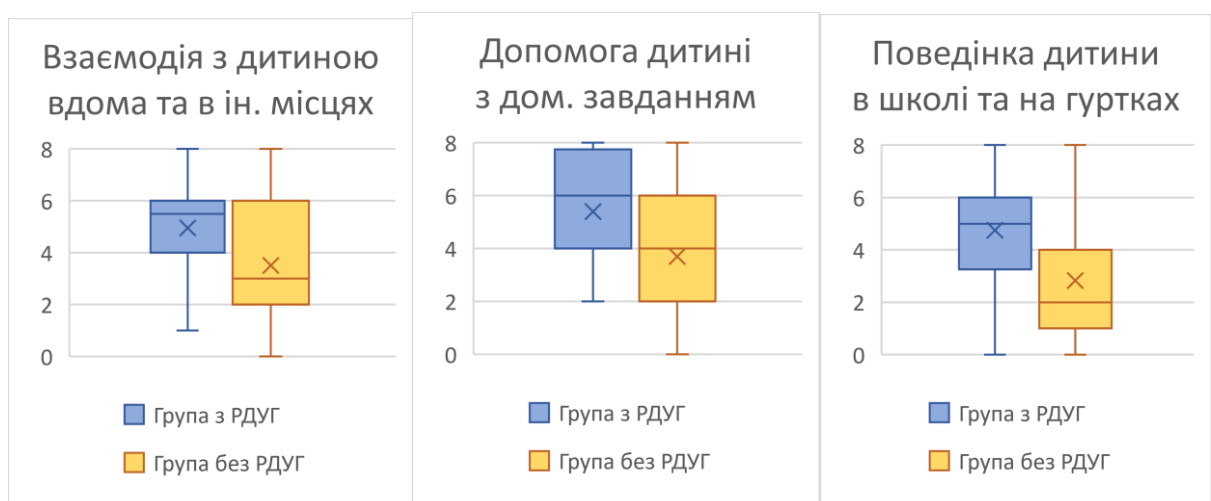
Таблиця 3.6

Відмінності показників стресовості ситуацій батьківства

	Група з РДУГ		Група без РДУГ		U	p	g
	M	SD	M	SD			
Взаємодія з дитиною/ дітьми вдома (а також на вулиці, в магазині та ін.)	4,96	1,96	3,51	2,25	2455	0.001	-
Допомога дитині/дітям	5,40	2,14	3,71	2,31	2536	0.000	-

з домашніми завданнями, з навчанням							
Поведінка дитини/дітей в школі та на гуртках	4,75	2,11	2,83	2,34	2612.5	0.000	-
Стосунки дитини/дітей з однолітками	4,92	2,34	2,36	2,10	2851.5	0.000	-
Проблеми з харчуванням у дитини/дітей	4,09	2,34	2,65	2,34	2419.5	0.001	-
Допомога дитині/дітям з емоційним перевантаженням	4,86	1,99	3,68	1,79	2391	0.002	-
Проблеми дитини/дітей з охайністю та особистою гігієною	4,81	2,14	3	1,88	2665	0.000	-

Тут ми можемо спостерігати статистично значущу відмінність показників за всіма 7 субшкалами, при чому рівень стресовості згаданих ситуацій батьківства є вищим у батьків дітей з РДУГ.



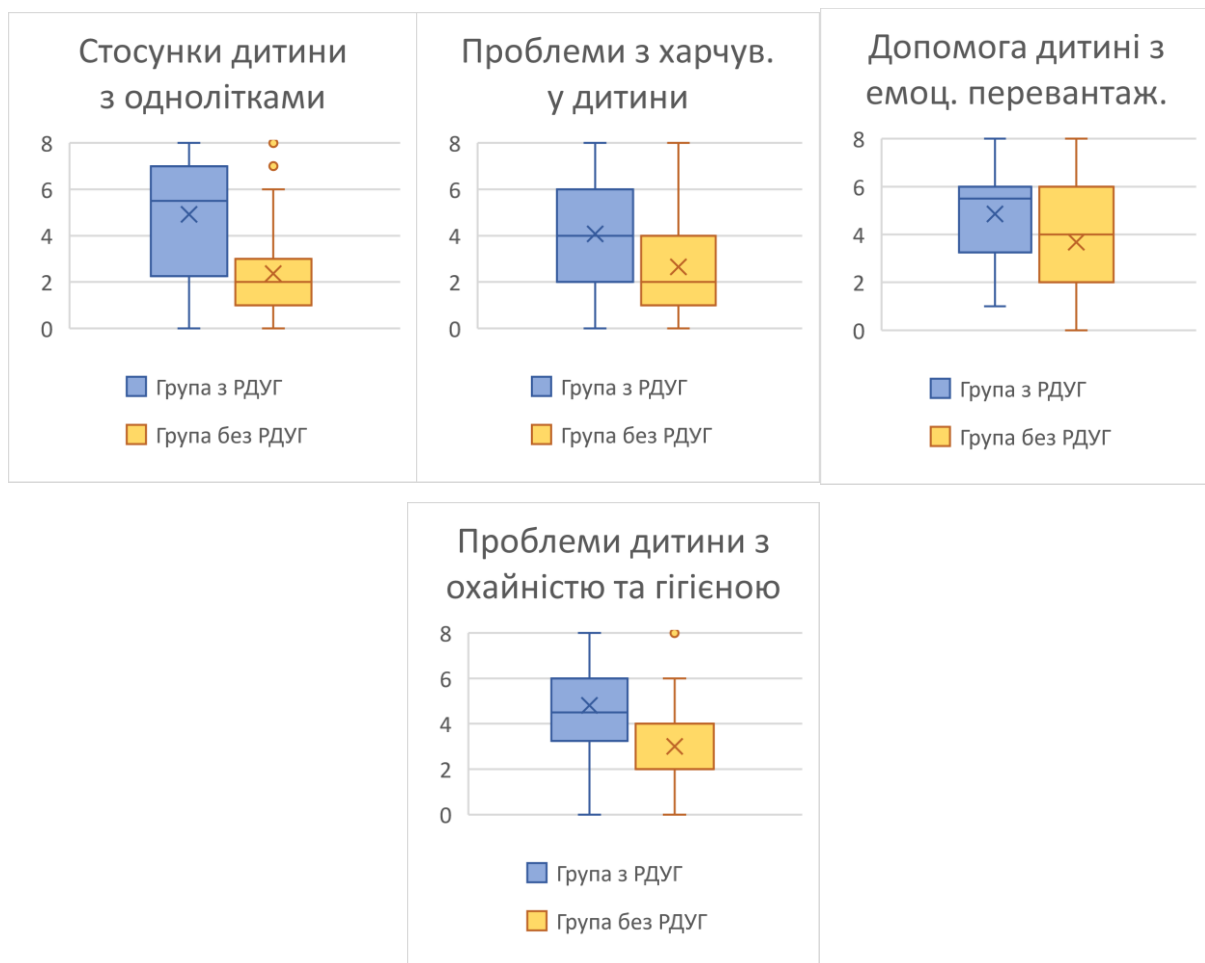


Рис.3.8. Порівняння рівнів стресовості ситуацій батьківства

У домені *ситуаційних факторів* було виявлено статистично значущу відмінність показників за п'ятьма шкалами. При цьому рівні соціальної підтримки, підтримки системою охорони здоров'я та підтримки системою освіти у групі батьків дітей з РДУГ виявилися нижчими, ніж в групі батьків дітей без РДУГ, а рівні стресовості взаємодії з вчителями та іншими дорослими навпаки, є вищими. Розмір ефекту для шкали соціальної підтримки був великим.

Цікаво, що середнє значення соціальної підтримки в Групі з РДУГ потрапляє в діапазон середнього рівня підтримки, а в Групі без РДУГ – в діапазон високого рівня.

Таблиця 3.7

Відмінності показників ситуаційних факторів

	Група з РДУГ		Група без РДУГ		t/U	p	g
	М	SD	SD	SD			
Рівень соціальної підтримки	41,69	15,91	49,67	11,80	t = -3,19	0,002	0,59
Рівень підтримки системою охорони здоров'я	2,33	1,68	4,17	1,39	U = 768	0,000	-
Рівень підтримки системою освіти	2,23	1,52	3,81	1,43	U = 817	0,000	-
Рівень стресовості взаємодії з вчителями	4,10	2,36	2,43	2,21	U = 2529	0,000	-
Рівень стресовості взаємодії з іншими дорослими	3,29	2,55	1,45	2,04	U = 2577,5	0,000	-

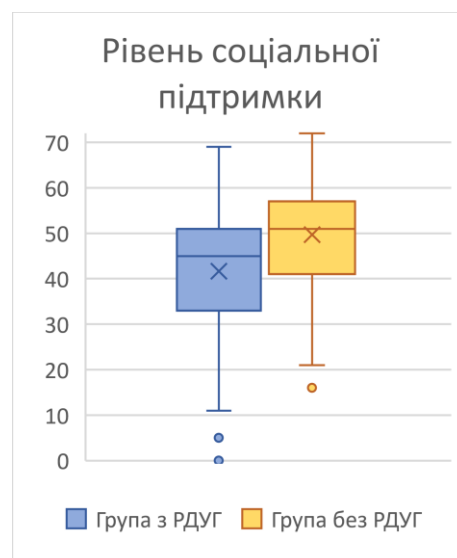


Рис.3.9. Порівняння рівнів соціальної підтримки

Що стосується шкал інституційної підтримки, в опитувальнику респондентам пропонувалося оцінити, наскільки вони згодні з твердженням, що вони як батьки мають всю необхідну підтримку у сфері охорони здоров'я та в сфері освіти. Ми бачимо, що середні значення відповідних показників у Групі з РДУГ наближаються до відповіді «я трохи не згоден / не згодна», а в Групі без РДУГ – до «я злегка згоден / згодна». Простіше кажучи, батьки дітей з РДУГ радше незадоволені роботою систем освіти та охорони здоров'я, тоді як батьки дітей без РДУГ - радше задоволені.

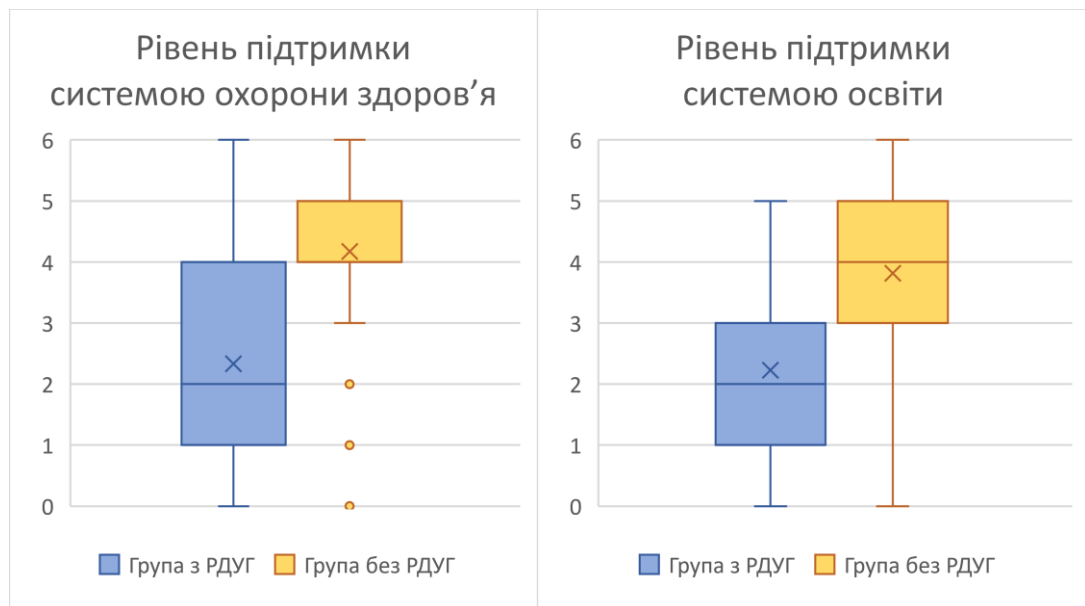


Рис.3.10. Порівняння рівнів інституційної підтримки

Що ж до шкал стресовості взаємодії з соціумом, в опитувальнику респондентам було запропоновано оцінити, наскільки стресовими чи важкими були для них ситуації взаємодії з вчителями дітей та іншими дорослими за останній навчальний рік. Як бачимо, середні значення за двома шкалами у Групі з РДУГ близькі до відповіді «точно», а в Групі без РДУГ – до «трохи» (при цьому взаємодія з вчителями в обох групах є більш стресовою, ніж взаємодія з іншими людьми).

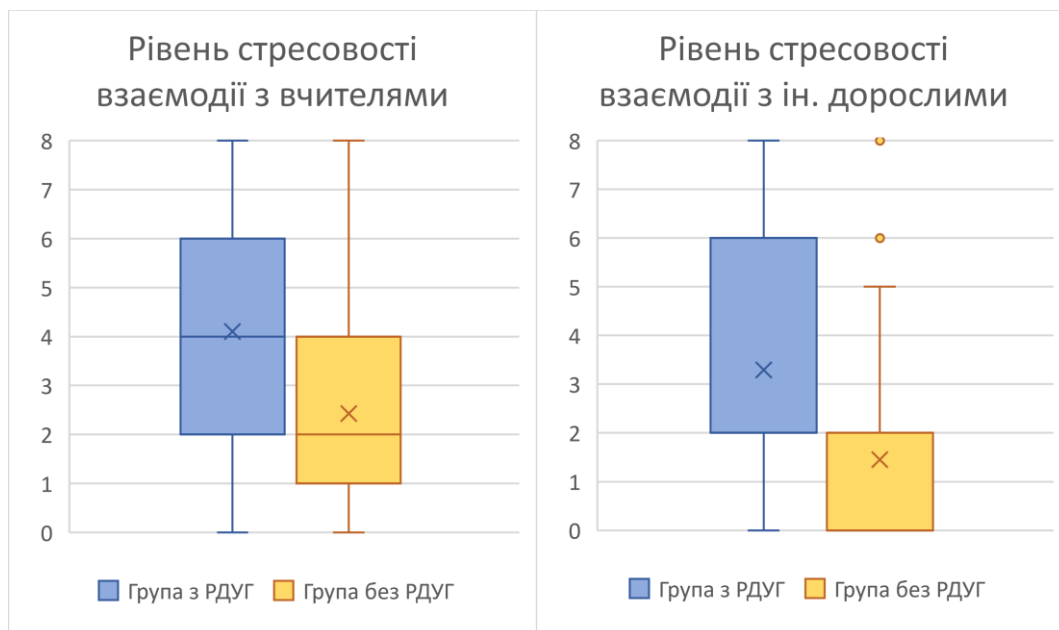


Рис.3.11. Порівняння рівнів стресовості взаємодії з соціумом

Багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки MSPSS містила 3 субшкали: підтримка від близької людини, підтримка від сім'ї і підтримка від друзів. Розподіл даних у всіх субшкалах виявився нормальним, тому для їх порівняння ми використали t-критерій Стьюдента. Результати порівняльного аналізу представлено в таблиці.

Таблиця 3.8

Відмінності показників соціальної підтримки за 3 субшкалами

	Група з РДУГ		Група без РДУГ		t	p	g
	М	SD	М	SD			
Підтримка від близької людини	16	6,11	18,13	4,26	1,98	0,024	3,55
Підтримка від сім'ї	14,94	5,61	15,89	5,30	1,98	0,342	-
Підтримка від друзів	10,75	6,91	15,64	5,07	1,98	0,000	0,84

Як бачимо, було виявлено статистично значущу відмінність показників за двома субшкалами. Рівень підтримки, яку респонденти отримують від близької людини, у групі батьків дітей з РДУГ є нижчим

(при цьому розмір ефекту тут є дуже великим), так само як і рівень підтримки від друзів (тут розмір ефекту великий). Цікаво, що статистично значущої відмінності між групами у рівні підтримки від сім'ї виявлено не було.

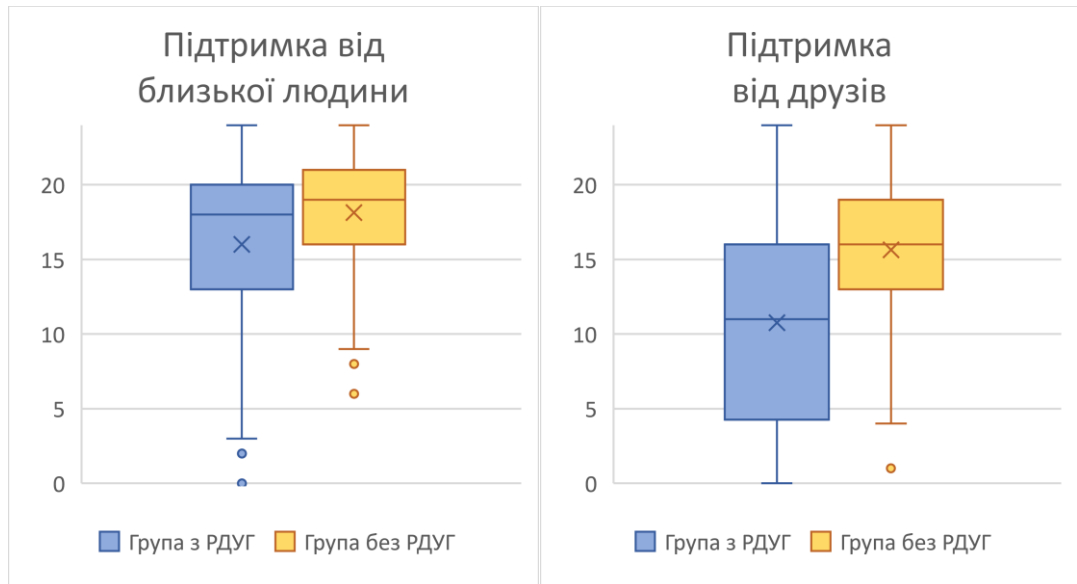


Рис.3.12. Порівняння рівнів підтримки за 2 субшкалами

3.4 Кореляційний аналіз

Щоб дослідити зв'язки між обставинами батьківства та рівнем стресу батьків, залежно від наявності РДУГ у дітей, ми провели кореляційний аналіз.

У групі батьків дітей з РДУГ ми отримали наступні результати.

Таблиця 3.9

Показники кореляції в батьківському домені (Група з РДУГ)

х Рівень стресу	г	р
Рівень депресії	0,62	0,000
Рівень тривоги	0,57	0,000
Рівень обмеження функціонування	0,58	0,000

Прийом антидепресантів, протитривожних та ін.	-0,14	0,172
Кількість дітей	0,15	0,151

Як бачимо, існує статистично значуща і сильна кореляція між рівнями депресії, тривоги та обмеження функціонування з одного боку, і рівнем стресу в батьків з іншого. Кореляції ж рівня стресу з кількістю дітей та прийомом антидепресантів, протитривожних й ін. ліків не виявлено. Щодо останнього фактора, варто зазначити, що відсутність кореляції може бути пов'язана з тим, що такі ліки зазвичай починають приймати ті люди, у яких рівень стресу початково був досить високим. Приймаючи ліки, вони знижують свій рівень стресу, і він, можна припустити, стає близьким до рівня стресу людей, що не потребували прийому таких ліків. Однак для того, щоб підтвердити або спростувати це припущення, необхідно провести додаткові дослідження.

Таблиця 3.10

Показники кореляції в дитячому домені (Група з РДУГ)

х Рівень стресу	г	р
Прийом дитиною ліків від РДУГ	-0,01	0,479
Наявність в дитини інших розладів	0,13	0,192
Рівень стресовості виховання дитини	0,29	0,024

У цьому домені аналіз показав існування статистично значущої, однак не дуже сильної кореляції між рівнем стресовості виховання дитини (тобто рівнем складності дитини) та рівнем стресу у батьків. Статистично значущої кореляції між наявністю в дитини інших розладів або прийомом дитиною ліків від РДУГ та рівнем стресу в батьків не виявлено. Однак, що стосується ліків, тут знову можна припустити, що батьки дають їх тим

дітям, в яких симптоми розладу проявляються сильніше, а відтак – сильніше впливають на рівень стресу в батьків. При вживанні ліків небажані прояви зменшуються, і рівень стресу в батьків теж.

Таблиця 3.11

Показники кореляції в ситуаційному домені (Група з РДУГ)

х Рівень стресу	г	р
Рівень соціальної підтримки	-0,43	0,001
Рівень підтримки системою охорони здоров'я	-0,16	0,141
Рівень підтримки системою освіти	-0,11	0,238
Наявність підтримки ІРЦ	0,05	0,369
Наявність асистента	-0,07	0,323
Участь партнера у вихованні дитини	-0,12	0,214
Рівень стресовості взаємодії з вчителями	0,11	0,226
Рівень стресовості взаємодії з іншими дорослими	0,31	0,016
Форма власності школи (державна/приватна)	-0,17	0,122
Форма навчання	-0,04	0,397

Тут ми можемо бачити статистично значущу помірної сили обернену кореляцію між рівнем соціальної підтримки та рівнем стресу в батьків. Тобто чим більшою є соціальна підтримка, тим менший стрес переживає людина. Також існує не дуже сильна, але статистично значуща пряма кореляція між рівнем стресу з одного боку, та рівнем стресовості взаємодії з іншими дорослими з іншого.

Інші ж ситуаційні фактори - рівень підтримки системою охорони здоров'я, рівень підтримки системою освіти, участь партнера у вихованні дитини, наявність підтримки ІРЦ, наявність асистента, рівень стресовості взаємодії з вчителями, форма власності школи та форма навчання – з рівнем стресу не корелюють.

Підсумкова кореляційна плеяда для групи батьків дітей з РДУГ виглядає так:

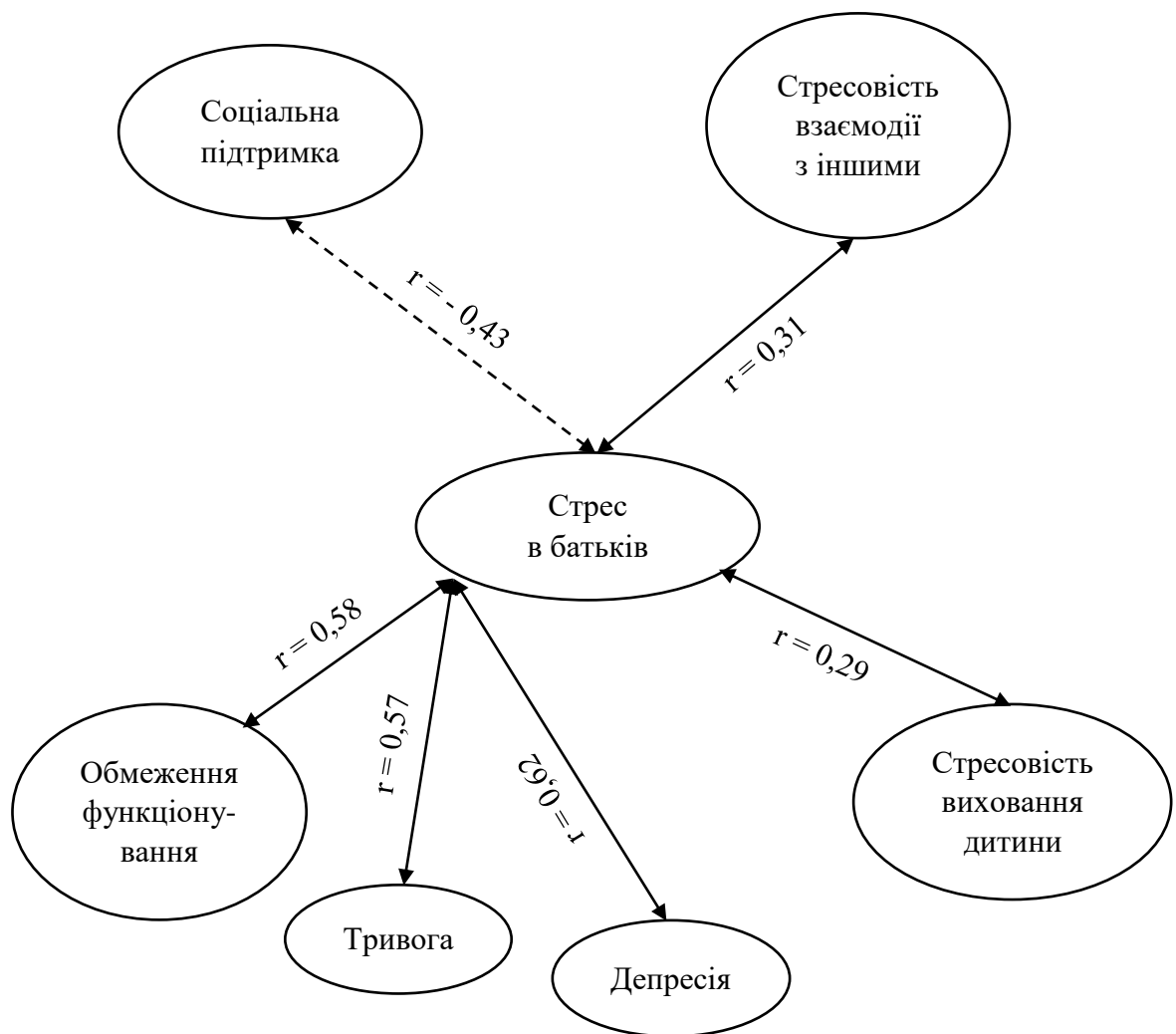


Рис.3.13. Кореляційна плеяда (Група з РДУГ)

У групі батьків дітей без РДУГ результати були такими.

Таблиця 3.12

Показники кореляції в батьківському домені (Група без РДУГ)

х Рівень стресу	г	р
Рівень депресії	0,63	0,000
Рівень тривоги	0,69	0,000
Рівень обмеження функціонування	0,35	0,001
Прийом антидепресантів, протитривожних та ін.	0,18	0,062
Кількість дітей	0,01	0,459

У цьому домені аналіз показав статистично значущу і сильну кореляцію між рівнями депресії й тривоги з одного боку, і рівнем стресу в батьків з іншого. Зв'язок рівня обмеження функціонування та рівня стресу теж виявився статистично значущим, однак не дуже сильним. Кореляція ж рівня стресу з кількістю дітей та прийомом антидепресантів, протитривожних й ін. ліків не є статистично значущою.

Таблиця 3.13

Показники кореляції в дитячому домені (Група без РДУГ)

х Рівень стресу	г	р
Наявність в дитини інших розладів	0,16	0,087
Рівень стресовості виховання дитини	0,21	0,039

Тут ми можемо побачити існування статистично значущого, але не дуже сильного зв'язку між рівнем стресовості виховання дитини (тобто рівнем складності дитини) та рівнем стресу в батьків. Наявність в дитини інших розладів з рівнем стресу не корелює.

Показники кореляції в ситуаційному домені (Група без РДУГ)

х Рівень стресу	г	р
Рівень соціальної підтримки	-0,33	0,002
Рівень підтримки системою охорони здоров'я	-0,19	0,050
Рівень підтримки системою освіти	-0,24	0,018
Наявність підтримки ІРЦ	0,24	0,018
Участь партнера у вихованні дитини	-0,04	0,361
Рівень стресовості взаємодії з вчителями	0,22	0,032
Рівень стресовості взаємодії з іншими дорослими	0,21	0,036
Форма власності школи (державна/приватна)	0,02	0,448
Форма навчання	-0,09	0,226

Результати аналізу в цьому домені вказують на статистично значущу, однак не дуже сильну кореляцію між шістьма факторами та рівнем стресу в батьків. При цьому три з них – рівень соціальної підтримки, рівень підтримки системою охорони здоров'я, рівень підтримки системою освіти – демонструють обернену кореляцію (вищі рівні підтримки пов'язані з нижчим стресом), а інші три - рівень стресовості взаємодії з вчителями, рівень стресовості взаємодії з іншими дорослими та наявність підтримки ІРЦ, – пряму кореляцію.

Статистично значущої кореляції між участю партнера у вихованні дитини, формою власності школи, формою навчання (з одного боку) та рівнем стресу в батьків (з іншого) не виявлено.

Окремо хочемо прокоментувати пряму кореляцію між наявністю підтримки ІРЦ та рівнем стресу в батьків. До інклюзивно-ресурсних центрів звертаються батьки тих дітей, чия поведінка і стан викликає в них занепокоєння. Рекомендації для школи надаються в тому випадку, якщо спеціалісти ІРЦ також бачать певні проблеми, які можуть завадити дитині успішно навчатися. Можна припустити, що батьки таких дітей переживають більший стрес, і навіть наявність підтримки ІРЦ не робить його співмірним з показниками інших батьків з цієї групи.

Підсумкова кореляційна плеяда для групи батьків дітей без РДУГ виглядає так:

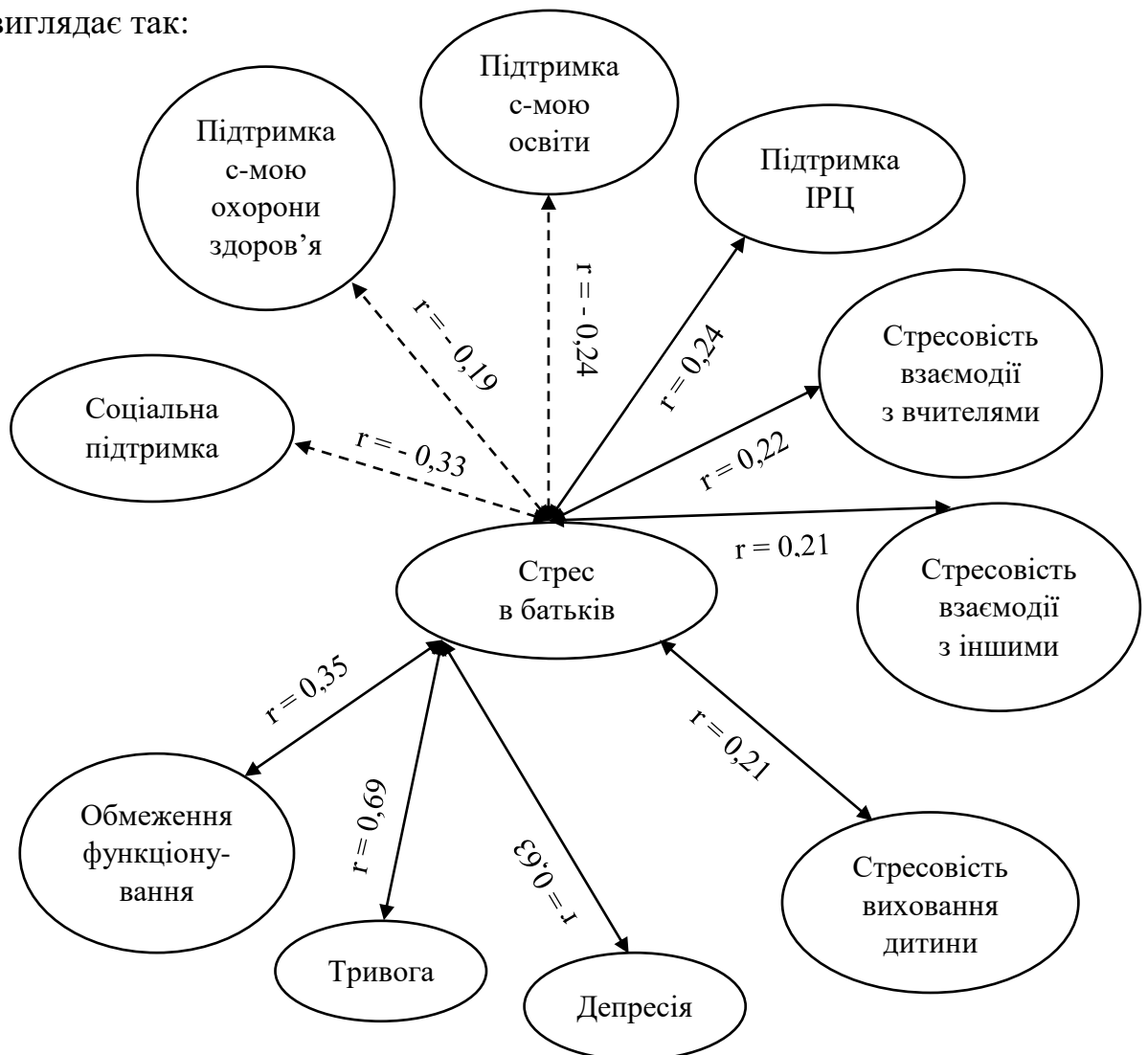


Рис.3.14. Кореляційна плеяда (Група без РДУГ)

3.5 Аналіз зв'язку обставин батьківства та рівня стресу в групі батьків, що виховують дітей з РДУГ

Щоб оцінити вплив обставин батьківства на рівень стресу батьків, ми застосували покроковий множинний регресійний аналіз. У цьому підрозділі ми розглянемо його результати у групі батьків дітей з РДУГ (розмір вибірки– 48 осіб).

Для регресійного аналізу факторів *батьківського домену* найбільш відповідною виявилася модель, що включала рівень депресії, рівень обмеження функціонування, а також прийом антидепресантів, протитривожних та ін. ліків як предиктори рівня стресу. Ця модель пояснює 51% дисперсії рівня стресу (скоригований $R^2 = 0,51$, $p = 0,018$). Дисперсійний аналіз ANOVA засвідчив, що модель є статистично значущою ($F = 11,0$, $p = 0,000$) і її можна використовувати. Результати регресійного аналізу для кожного зі значущих предикторів в батьківському домені наведено у таблиці.

Таблиця 3.15

Предиктори рівня стресу в батьківському домені (Група з РДУГ)

N=48	β	t	p
Рівень депресії	0,53	3,98	0,000
Рівень обмеження функціонування	0,23	3,07	0,004
Прийом антидепресантів, протитривожних та ін.	-3,06	-2,47	0,018

Як можна помітити, рівні депресії та обмеження функціонування мають позитивний вплив на рівень стресу (тобто підвищують його). З іншого боку, прийом батьками антидепресантів, протитривожних та ін. ліків має негативний вплив (знижує стрес). Аналіз виявив, що рівень

тривоги та кількість дітей не мають значущого впливу на рівень стресу в батьків.

Що стосується факторів *дитячого домену*, покроковий регресійний аналіз показав, що найбільш відповідною є модель, що включала лише один предиктор - рівень стресовості виховання дитини, і виключала наявність в дитини інших розладів та прийом дитиною ліків від РДУГ. Ця модель є статистично значущою ($F=4,09$, $p=0,049$), однак вона пояснює лише 6% даних (скоригований $R^2 = 0,06$, $p=0,049$).

Таблиця 3.16

Предиктори рівня стресу в дитячому домені (Група з РДУГ)

N=48	β	t	p
Рівень стресовості виховання дитини	0,19	2,02	0,049

Отже, за результатами аналізу, вища стресовість виховання дитини посилює стрес у батьків, хоч і невеликою мірою, тоді як наявність в дитини інших розладів і прийом дитиною ліків від РДУГ жодного впливу на рівень стресу не чинять.

Покроковий аналіз у *ситуаційному домені* також показав найбільш відповідною модель, що включала лише один предиктор - рівень соціальної підтримки. Ця модель є статистично значущою ($F=10,51$, $p=0,002$), і пояснює 17% розподілу даних (скоригований $R^2 = 0,17$, $p=0,002$).

Таблиця 3.17

Предиктори рівня стресу в ситуаційному домені (Група з РДУГ)

N=48	β	t	p
Рівень соціальної підтримки	-0,161	-3,243	0,002

Як бачимо, рівень соціальної підтримки має негативний вплив на рівень стресу в батьків. Разом з тим, модель виключила як статистично незначущі такі фактори, як рівень підтримки системою охорони здоров'я, рівень підтримки системою освіти, наявність підтримки ІРЦ, наявність асистента, участь партнера у вихованні дитини, рівень стресовості взаємодії з вчителями, рівень стресовості взаємодії з іншими дорослими, форма власності школи та форма навчання.

Таким чином, за підсумками регресійного аналізу можна ствердити, що на рівень стресу в батьків дітей з РДУГ на 51% впливають рівень депресії, рівень обмеження функціонування та прийом антидепресантів, протитривожних й ін. ліків, на 17% - рівень соціальної підтримки і ще на 6% – рівень стресовості виховання дитини, при чому депресія, обмеження функціонування та стресовість (складність) дитини посилюють стрес, а соціальна підтримка й прийом ліків батьками його знижують.

3.6 Аналіз зв'язку обставин батьківства та рівня стресу в групі батьків, що виховують дітей без РДУГ

У групі батьків дітей без РДУГ розмір вибірки склав 75 осіб. Покроковий множинний регресійний аналіз даних у цій групі дав такі результати.

Найбільш відповідною моделлю для аналізу *батьківських факторів* виявилася та, що як предиктори рівня стресу розглядала рівень депресії, рівень обмеження функціонування, прийом антидепресантів, протитривожних й ін. ліків, а також рівень тривоги. Фактором, виключеним з моделі, була кількість дітей. Ця модель пояснює 57% дисперсії рівня стресу (скоригований $R^2 = 0,57$, $p = 0,000$), і є статистично значущою ($F = 25,07$, $p = 0,000$). Результати регресійного аналізу в батьківському домені представлено в таблиці.

Предиктори рівня стресу в батьківському домені (Група без РДУГ)

N=75	β	t	p
Рівень депресії	0,434	4,193	0,000
Рівень обмеження функціонування	0,095	1,661	0,101
Прийом антидепресантів, протитривожних та ін.	-0,652	-0,490	0,625
Рівень тривоги	0,595	4,706	0,000

Як ми бачимо, рівні депресії та тривоги мають статистично значущий позитивний вплив на рівень стресу в батьків (тобто підвищують його). Аналіз також виявив, що прийом батьками антидепресантів, протитривожних та ін. ліків, рівень обмеження функціонування та кількість дітей не мають значущого впливу на рівень стресу в батьків, що виховують дітей без РДУГ.

Результати регресійного аналізу серед факторів *дитячого домену* показали, що жодна модель тут не є статистично значущою ($p > 0,05$), що означає, що жоден з дитячих факторів не є предиктором рівня стресу в цій групі.

Покроковий аналіз у *ситуаційному домені* показав, що найбільш відповідною є модель, що включала тільки один предиктор - рівень соціальної підтримки. Ця модель є статистично значущою ($F=9,15$, $p=0,003$), і пояснює 10% розподілу даних (скоригований $R^2 = 0,10$, $p=0,003$).

Предиктори рівня стресу в ситуаційному домені (Група без РДУГ)

N=75	β	t	p
Рівень соціальної підтримки	-0,161	-3,026	0,003

Як видно з таблиці, соціальна підтримка знижує рівень стресу в батьків дітей без РДУГ (так само, як і в батьків дітей з РДУГ). Статистично незначущими виявилися такі фактори, як рівень підтримки системою охорони здоров'я, рівень підтримки системою освіти, наявність підтримки ІРЦ, участь партнера у вихованні дитини, рівень стресовості взаємодії з вчителями, рівень стресовості взаємодії з іншими дорослими, форма власності школи та форма навчання.

Отже, результати регресійного аналізу засвідчують, що на рівень стресу в батьків дітей без РДУГ на 57% впливають рівень депресії та рівень тривоги, і ще на 10% - рівень соціальної підтримки. При цьому депресія й тривога посилюють стрес, а соціальна підтримка його знижує.

3.7 Аналіз впливу дитячих факторів на рівень стресу та на фактори батьківського й ситуаційного доменів у двох групах разом

Чи можемо ми стверджувати, що наявність в дитини РДУГ (разом з іншими факторами дитячого домену) впливає на рівень стресу в батьків? Щоб знайти відповідь на це запитання, ми знову вдалися до покрокового множинного регресійного аналізу. Цього разу ми аналізували дані двох груп батьків разом, розмір вибірки склав 123 особи.

Для цього аналізу найбільш відповідною виявилася модель, що включала наявність РДУГ у дитини та стресовість виховання дитини як предиктори рівня стресу. Модель є статистично значущою ($F=11,79$, $p=0,000$), і пояснює 15% дисперсії даних (скоригований $R^2 = 0,15$, $p=0,009$).

Вплив дитячих факторів на рівень стресу (в двох групах разом)

N=123	β	t	p
Наявність РДУГ у дитини – стрес	2,517	2,05	0,043
Стресовість виховання дитини – стрес	0,143	2,65	0,009

Як бачимо, наявність в дитини РДУГ та рівень стресовості виховання дитини мають статистично значущий вплив на рівень стресу в батьків, підвищуючи його. При цьому наявність в дитини інших розладів та прийом дитиною ліків від РДУГ не виявилися значущими предикторами рівня стресу.

Наступне дослідницьке питання, яке ми поставили собі, - чи можемо ми стверджувати, що наявність в дитини РДУГ разом з іншими факторами дитячого домену впливає на рівень стресу в батьків не лише прямо, а й опосередковано – через вплив на обставини батьківства (з батьківського та ситуаційного доменів), які є значущими предикторами стресу? Як ми раніше дізналися з аналізу, такими значущими предикторами є рівень соціальної підтримки та рівень депресії (в обох групах батьків), рівень тривоги (у групі батьків без РДУГ), а також рівень обмеження функціонування та прийом антидепресантів й ін. ліків (у групі батьків з РДУГ).

Спочатку ми проаналізували, чи впливають дитячі фактори на рівень соціальної підтримки батьків. Найбільш відповідною моделлю тут виявилася та, що включала тільки один предиктор - наявність РДУГ у дитини. Ця модель є статистично значущою ($F=10,16$, $p=0,002$), однак пояснює лише 7% даних (скоригований $R^2 = 0,07$, $p=0,002$).

Таблиця 3.21

Вплив дитячих факторів на рівень соціальної підтримки

N=123	β	t	p
Наявність РДУГ у дитини – соціальна підтримка	-7,979	-3,188	0,002

Аналіз засвідчив, що рівень соціальної підтримки батьків статистично може бути передбачений за допомогою фактора наявності чи відсутності РДУГ у дитини, при чому наявність цього розладу буде призводити до зниження підтримки (а відтак – до підвищення стресу). Цікаво, що впливу стресовості виховання дитини, наявності в дитини інших розладів, прийому дитиною ліків від РДУГ на соціальну підтримку батьків не було виявлено.

Що стосується предикторів стресу з батьківського домену, то тут ми отримали такі результати. Рівень депресії, рівень обмеження функціонування, прийом антидепресантів (й ін. ліків) та рівень тривоги найкраще можуть бути передбачені лише одним фактором з дитячого домену - рівнем стресовості виховання дитини. Всі чотири моделі є статистично значущими ($F_1 = 8,61$, $p=0,000$; $F_2 = 17,86$, $p=0,000$; $F_3 = 8,31$, $p=0,000$; $F_4 = 18,07$, $p=0,000$), та пояснюють 11%, 22%, 11% та 22% даних відповідно (скоригований $R^2_1 = 0,11$, $p=0,018$; скоригований $R^2_2 = 0,22$, $p=0,000$; скоригований $R^2_3 = 0,11$, $p=0,043$, скоригований $R^2_4 = 0,22$, $p=0,000$).

Таблиця 3.22

Вплив дитячих факторів на фактори батьківського домену

N=123	β	t	p
Стресовість виховання дитини – депресія	0,11	2,39	0,018

Стресовість виховання дитини – обмеження функціонування	0,34	4,38	0,000
Стресовість виховання дитини – прийом антидепресантів (та ін.)	0,01	2,05	0,043
Стресовість виховання дитини – тривога	0,16	4,12	0,000

Як бачимо, стресовість виховання дитини (тобто її складність) має помітний позитивний вплив на рівень депресії в батьків, рівень обмеження функціонування та рівень тривоги, докладаючись до зростання їхнього рівня стресу. З іншого боку, стресовість виховання дитини підштовхує батьків приймати антидепресанти, протитривожні та інші ліки, що, як ми знаємо з попереднього аналізу, знижує рівень стресу в батьків. Цікаво, що регресійний аналіз показав, що наявність в дитини РДУГ, наявність в неї інших розладів та прийом дитиною ліків від РДУГ не є статистично значущими предикторами депресії, тривоги, обмеження функціонування та прийому антидепресантів (й ін. ліків).

Отже, регресійний аналіз у двох групах батьків разом показав, що наявність в дитини РДУГ та рівень стресовості виховання дитини на 15% визначають рівень стресу в батьків. Також ми з'ясували, що наявність в дитини РДУГ на 7% впливає на соціальну підтримку батьків, знижуючи її, а рівень стресовості виховання дитини на 22% впливає на рівень тривоги і рівень обмеження функціонування, і на 11% - на рівень депресії та на прийом батьками антидепресантів й інших ліків.

Висновки до розділу 3

Провівши анкетування, ми отримали велику кількість даних про батьків дітей молодшого шкільного віку, а зокрема про батьків дітей з

РДУГ. Ця інформація сама по собі є цінною, оскільки в Україні бракує статистичних даних щодо цього розладу.

Вже навіть аналіз соціально-демографічних даних показує відмінність між батьками дітей з РДУГ та батьками дітей без РДУГ. Зокрема, у Групі з РДУГ маже в 3 рази більше батьків (40% проти 13%) приймають антидепресанти, протитривожні або інші ліки, що можуть впливати на настрій та стресостійкість. Це важливо, адже прийом цих ліків, скоріш за все, вплинув на зібрані нами дані про рівні стресу, депресії, тривоги та ін. 42% дітей (молодшого шкільного віку) з РДУГ мають також інші розлади фізичного або ментального здоров'я, тоді як у Групі без РДУГ таких дітей 16%. Цікаво, що ніхто з дітей без РДУГ не має асистента в школі, навіть попри наявність розладів, тоді як 38% батьків з першої групи вказали, що у їхніх дітей в школі асистент є. Діти 46% батьків з Групи з РДУГ приймають ліки, що допомагають давати раду з симптомами цього розладу, та 54% таких дітей не отримують жодного лікування.

Основною гіпотезою нашого дослідження було те, що дистрес батьків, які виховують дітей молодшого шкільного віку з РДУГ, має особливості, які відрізняють його від дистресу батьків, які виховують дітей молодшого шкільного віку без РДУГ. При цьому під особливостями дистресу ми розуміли його рівень та те, з якими обставинами батьківства він пов'язаний.

Порівняльний аналіз показників стресу у двох групах виявив, що рівні стресу в двох групах статистично значуще відрізняються, при цьому рівень стресу серед батьків дітей з РДУГ є вищим, ніж серед батьків дітей без РДУГ, а розмір ефекту є великим.

Порівняльний аналіз обставин батьківства у двох групах показав, що рівні депресії, тривоги, обмеження функціонування, стресовості виховання дитини, стресовості взаємодії з вчителями, стресовості взаємодії іншими дорослими у групі батьків дітей з РДУГ є вищими, ніж у групі

батьків дітей без РДУГ, а рівні соціальної підтримки, підтримки системою охорони здоров'я та підтримки системою освіти є навпаки, нижчими.

Таким чином, основна гіпотеза дослідження була підтверджена: рівень дистресу батьків дітей з РДУГ відрізняється від рівня дистресу батьків дітей без РДУГ (та є вищим), і обставини батьківства в двох групах теж відрізняються (в гірший бік).

Додатковою гіпотезою нашого дослідження було те, що рівень дистресу батьків корелює з обставинами батьківства. Кореляційний аналіз показав, що рівень дистресу справді пов'язаний з деякими (але не всіма з досліджених) обставинами батьківства, однак у різних групах батьків ці кореляційні зв'язки були різними. Так, у групі батьків дітей з РДУГ стрес виявився прямо пов'язаним з депресією, тривогою, обмеженням функціонування, стресовістю виховання дитини, стресовістю взаємодії з іншими дорослими, і обернено пов'язаним з соціальною підтримкою. У групі батьків дітей з РДУГ стрес був прямо пов'язаний з депресією, тривогою, обмеженням функціонування, стресовістю виховання дитини, стресовістю взаємодії з іншими дорослими, стресовістю взаємодії з вчителями, підтримкою ІРЦ, і обернено пов'язаний з соціальною підтримкою, підтримкою від системи охорони здоров'я та підтримкою від системи освіти. Сила кореляційних зв'язків у двох групах теж відрізнялася.

Отже, додаткова гіпотеза дослідження була підтверджена та уточнена. Крім того, кореляційний аналіз додатково підтвердив основну гіпотезу: дистрес батьків дітей з РДУГ відрізняється від дистресу батьків дітей без РДУГ тим, з якими саме обставинами батьківства він пов'язаний.

Щоб оцінити наявність не лише кореляцій, але й впливу обставин батьківства на рівень стресу батьків, ми застосували покроковий множинний регресійний аналіз. Було виявлено, що у батьків дітей з РДУГ на рівень стресу позитивно впливають депресія, обмеження функціонування, стресовість виховання дитини (підвищуючи стрес), і

негативно впливають соціальна підтримка та прийом антидепресантів, протитривожних й ін. ліків (знижуючи стрес). У групі ж батьків дітей без РДУГ рівень стресу підвищують депресія та тривога, а знижує його соціальна підтримка.

Результати регресійного аналізу в двох групах разом показали, що наявність в дитини РДУГ підвищує рівень стресу в батьків та знижує рівень соціальної підтримки, а рівень стресовості виховання дитини є предиктором рівня тривоги, рівня обмеження функціонування, рівня депресії та прийому батьками антидепресантів й інших ліків.

Це дослідження мало низку обмежень. Зокрема, майже всі респонденти були жінками, тому його результати не відображають досвід чоловіків-батьків дітей молодшого шкільного віку. Крім того, дослідження проводилося на третьому році повномасштабної війни, що, вочевидь, вплинуло на рівень стресу та інші показники в обох групах респондентів.

ВИСНОВКИ

Актуальність нашого дослідження обумовлена, по перше, великою поширеністю РДУГ серед дітей і підлітків, а, по-друге браком досліджень цього питання на українському матеріалі. З огляду на це, ми поставили собі за мету дослідити особливості дистресу батьків, які виховують дітей з РДУГ молодшого шкільного віку в Україні.

Нами було проаналізовано сучасні дослідження теми батьківського стресу та його факторів, а також впливу РДУГ у дітей на психоемоційний стан батьків.

На основі теоретичного аналізу виокремлено фактори, що можуть бути предикторами стресу в батьків. Використовуючи проаналізовані джерела було представлено теоретичну модель досліджуваного явища, яка розкриває наступні ключові гіпотези. Основна: дистрес батьків, які виховують дітей молодшого шкільного віку з РДУГ, має особливості, які відрізняють його від дистресу батьків, які виховують дітей молодшого шкільного віку без РДУГ. Додаткова: рівень дистресу батьків корелює з обставинами батьківства.

Розроблено дизайн дослідження відповідно до мети й завдань дослідження. Дослідження проведено на вибірці 123 особи. 48 осіб – основна група (батьки дітей з РДУГ), 75 осіб – контрольна група (батьки дітей без РДУГ).

На основі результатів емпіричного дослідження було підтверджено і уточнено обидві гіпотези.

Отримані результати дослідження можуть бути використані для розробки та впровадження відповідних державних політик у сферах освіти та охорони здоров'я, а також для створення програм психоедукації і тренінгів для батьків, дітей, вчителів, лікарів та всіх зацікавлених сторін.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Abidin, R. R. (1990). Introduction to the Special issue: The Stresses of Parenting. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19(4), 298–301.
https://doi.org/10.1207/s15374424jccp1904_1
2. Abidin, R. R. (1992). The determinants of parenting behavior. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21(4), 407–412.
https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2104_12
3. Abidin, R. R. (1997). Parenting Stress Index: A measure of the parent–child system. In Zalaquett C. P. & Wood R. J. (Eds.), *Evaluating stress: A book of resources*. Scarecrow Press, NY, pp. 277–291.
4. Andrade, E. M., Geha, L. M., Duran, P., Suwwan, R., Machado, F., & do Rosário, M. C. (2016). Quality of Life in Caregivers of ADHD Children and Diabetes Patients. *Frontiers in psychiatry*, 7, 127.
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2016.00127>
5. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. (2019). National Institute for Health and Care Excellence (NICE).
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493361/>
6. Barkley, R. A. (2000). Genetics of childhood disorders: XVII. ADHD, Part 1: The executive functions and ADHD. *Journal of the American Academy of child & adolescent psychiatry*, 39(8), 1064-1068.
7. Barkley, R. A. (2015). Etiologies of ADHD. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4th ed., pp. 356–390). The Guilford Press
8. Barroso, N. E., Mendez, L., Graziano, P. A., & Bagner, D. M. (2018). Parenting Stress through the Lens of Different Clinical Groups: a Systematic Review & Meta-Analysis. *Journal of abnormal child psychology*, 46(3), 449–461. <https://doi.org/10.1007/s10802-017-0313-6>
9. Bitsko R.H., Claussen A.H., Lichstein J. et al. Mental Health Surveillance Among Children — United States, 2013–2019. *MMWR*

Suppl 2022;71(Suppl-2):1–42.

<http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.su7102a1>

10. Brown, T. M., & Fee, E. (2002). Walter Bradford Cannon: Pioneer Physiologist of Human Emotions. *American Journal of Public Health*, 92(10), 1594–1595.
11. Cousino, M. K., & Hazen, R. A. (2013). Parenting stress among caregivers of children with chronic illness: a systematic review. *Journal of pediatric psychology*, 38(8), 809–828.
<https://doi.org/10.1093/jpepsy/jst049>
12. Crnic, K. A., & Greenberg, M. T. (1990). Minor parenting stresses with young children. *Child development*, 61(5), 1628–1637.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1990.tb02889.x>
13. Deater-Deckard, K. D. (2004). *Parenting Stress*. New Haven: Yale University Press.
14. Del Campo, N., Chamberlain, S. R., Sahakian, B. J., & Robbins, T. W. (2011). The roles of dopamine and noradrenaline in the pathophysiology and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological psychiatry*, 69(12), e145–e157.
<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2011.02.036>
15. Díaz-Herrero, A., López-Pina, J. A., Pérez-López, J., Brito de la Nuez, A. G., & Martínez-Fuentes, M. T. (2011). Validity of the Parenting Stress Index-Short Form in a sample of Spanish fathers. *The Spanish journal of psychology*, 14(2), 990–997.
https://doi.org/10.5209/rev_sjop.2011.v14.n2.44
16. DosReis, S., Barksdale, C. L., Sherman, A., Maloney, K., & Charach, A. (2010). Stigmatizing experiences of parents of children with a new diagnosis of ADHD. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 61(8), 811–816. <https://doi.org/10.1176/ps.2010.61.8.811>

17. Fang, Y., Luo, J., Boele, M., Windhorst, D., van Grieken, A., & Raat, H. (2022). Parent, child, and situational factors associated with parenting stress: a systematic review. *European child & adolescent psychiatry*, 10.1007/s00787-022-02027-1. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02027-1>
18. Faraone, S. V., Banaschewski, T., Coghill, D., Zheng, Y., Biederman, J., Bellgrove, M. A., Newcorn, J. H., Gignac, M., Al Saud, N. M., Manor, I., Rohde, L. A., Yang, L., Cortese, S., Almagor, D., Stein, M. A., Albatti, T. H., Aljoudi, H. F., Alqahtani, M. M. J., Asherson, P., Atwoli, L., ... Wang, Y. (2021). The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 128, 789–818. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.022>
19. Friedman, L. M., Dvorsky, M. R., McBurnett, K., & Pfiffner, L. J. (2020). Do Parents' ADHD Symptoms Affect Treatment for their Children? The Impact of Parental ADHD on Adherence to Behavioral Parent Training for Childhood ADHD. *Journal of abnormal child psychology*, 48(11), 1425–1437. <https://doi.org/10.1007/s10802-020-00672-1>
20. Gnanavel, S., Sharma, P., Kaushal, P., & Hussain, S. (2019). Attention deficit hyperactivity disorder and comorbidity: A review of literature. *World journal of clinical cases*, 7(17), 2420–2426. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v7.i17.2420>
21. Graf, A., Long, D.M. & Patrick, J.H. Successful Aging Across Adulthood: Hassles, Uplifts, and Self-Assessed Health in Daily Context. *J Adult Dev* 24, 216–225 (2017). <https://doi.org/10.1007/s10804-017-9260-2>
22. Harpin V. A. (2005). The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Archives of*

disease in childhood, 90 Suppl 1(Suppl 1), i2–i7.

<https://doi.org/10.1136/adc.2004.059006>

23. Henderson, Kelly & Special Education Programs (U.S.) & American Institutes for Research. (2008). Teaching children with attention deficit hyperactivity disorder [electronic resource] : instructional strategies and practices. Washington, D.C. : U.S. Dept. of Education, Office of Special Education and Rehabilitative Services, Office of Special Education Programs
24. Kanner, A. D., Coyne, J. C., Schaefer, C., & Lazarus, R. S. (1981). Comparison of two modes of stress measurement: daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of behavioral medicine*, 4(1), 1–39. <https://doi.org/10.1007/BF00844845>
25. Katzman, M. A., Bilkey, T. S., Chokka, P. R., Fallu, A., & Klassen, L. J. (2017). Adult ADHD and comorbid disorders: clinical implications of a dimensional approach. *BMC psychiatry*, 17(1), 302. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1463-3>
26. Lazarus R. S., Folkman S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
27. Lazarus, R. S., Cohen, J. B., Folkman, S., Kanner, A., Schaefer, C. (1980). Psychological stress and adaptation: some unresolved issues. In Selye, H. (Ed), *Selye's Guide To Stress Research*. Van Nostrand Reinhold, NY, pp. 90-117.
28. Lee, Y. C., Yang, H. J., Chen, V. C., Lee, W. T., Teng, M. J., Lin, C. H., & Gossop, M. (2016). Meta-analysis of quality of life in children and adolescents with ADHD: By both parent proxy-report and child self-report using PedsQL™. *Research in developmental disabilities*, 51-52, 160–172. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2015.11.009>

29. Leitner Y. (2014). The co-occurrence of autism and attention deficit hyperactivity disorder in children - what do we know?. *Frontiers in human neuroscience*, 8, 268. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00268>
30. Park, J. L., Hudec, K. L., & Johnston, C. (2017). Parental ADHD symptoms and parenting behaviors: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 56, 25–39. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.05.003>
31. Robinson, A. M. (2018). Let's Talk about Stress: History of Stress Research. *Review of General Psychology*, 22(3), 334-342. <https://doi.org/10.1037/gpr0000137>
32. Selye, H. (1975). *Stress Without Distress*. Penguin Group (USA) Incorporated.
33. Starck, M., Grünwald, J., & Schlarb, A. A. (2016). Occurrence of ADHD in parents of ADHD children in a clinical sample. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 581–588. <https://doi.org/10.2147/NDT.S100238>
34. Theule, J., Wiener, J., Tannock, R., & Jenkins, J. M. (2013). Parenting Stress in Families of Children With ADHD: A Meta-Analysis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 21(1), 3-17. <https://doi.org/10.1177/1063426610387433>
35. Tully J. (2022). Management of ADHD in Prisoners-Evidence Gaps and Reasons for Caution. *Frontiers in psychiatry*, 13, 771525. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.771525>
36. Udayar, S., Urbanaviciute, I., Morselli, D., Bollmann, G., Rossier, J., & Spini, D. (2023). The LIVES Daily Hassles Scale and Its Relation to Life Satisfaction. *Assessment*, 30(2), 348–363. <https://doi.org/10.1177/10731911211047894>
37. Uzark, K., & Jones, K. (2003). Parenting stress and children with heart disease. *Journal of pediatric health care : official publication of*

- National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*, 17(4), 163–168. <https://doi.org/10.1067/mpn.2003.22>
38. van Dijk, W., de Moor, M. H. M., Oosterman, M., Huizink, A. C., & Matvienko-Sikar, K. (2022). Longitudinal relations between parenting stress and child internalizing and externalizing behaviors: Testing within-person changes, bidirectionality and mediating mechanisms. *Frontiers in behavioral neuroscience*, 16, 942363. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2022.942363>
39. van Praag H. M. (2005). Can stress cause depression?. *The world journal of biological psychiatry : the official journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*, 6 Suppl 2, 5–22. <https://doi.org/10.1080/15622970510030018>
40. Viner, R. (1999). Putting Stress in Life: Hans Selye and the Making of Stress Theory. *Social Studies of Science*, 29(3), 391-410. <https://doi.org/10.1177/030631299029003003>
41. Young, S., Adamo, N., Ásgeirsdóttir, B. B., Branney, P., Beckett, M., Colley, W., Cubbin, S., Deeley, Q., Farrag, E., Gudjonsson, G., Hill, P., Hollingdale, J., Kilic, O., Lloyd, T., Mason, P., Paliokosta, E., Perecherla, S., Sedgwick, J., Skirrow, C., Tierney, K., ... Woodhouse, E. (2020). Females with ADHD: An expert consensus statement taking a lifespan approach providing guidance for the identification and treatment of attention-deficit/ hyperactivity disorder in girls and women. *BMC psychiatry*, 20(1), 404. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02707-9>
42. Zhao, X., Page, T. F., Altszuler, A. R., Pelham, W. E., 3rd, Kipp, H., Gnagy, E. M., Coxe, S., Schatz, N. K., Merrill, B. M., Macphee, F. L., & Pelham, W. E., Jr (2019). Family Burden of Raising a Child with ADHD. *Journal of abnormal child psychology*, 47(8), 1327–1338. <https://doi.org/10.1007/s10802-019-00518-5>

43. Вельдбрехт О.О., Тавровецька Н.І. (2022). Шкала сприйнятого стресу (PSS-10): адаптація та апробація в умовах війни. *Проблеми сучасної психології*, 2(25), 16-27. <https://doi.org/10.26661/2310-4368/2022-2-2>
44. Довідник діагностичних критеріїв DSM-5 від Американської психіатричної асоціації (2023). Львів: Галицька видавнича спілка.
45. Марценковська І.І. (2010) Гіперкінетичний розлад: погляд на проблему крізь призму соціальної психіатрії. *НейроNews: психоневрологія та нейропсихіатрія*, 6 (25).
46. Марценковська І.І. (2020) Дитина з розладом дефіциту уваги та гіперактивністю в українській школі: коротко про головне. *НейроNews: психоневрологія та нейропсихіатрія*, 4 (115), 17-19.
47. Мельник Ю. Б., Стаднік А. В. (2023). Багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки: метод. посіб. (укр. версія), Харків: ХОГОКЗ, 12 с. <https://doi.org/10.26697/melnyk.stadnik.6.2023>
48. Пріб, Г. А. (2022). Особливості емоційного вигорання у батьків дітей із розладами поведінки. *Проблеми сучасної психології № 1 (24): 71-78*. <https://doi.org/10.26661/2310-4368/2022-1-8>
49. Розлад із дефіцитом уваги та гіперактивністю у дітей та молоді: клінічна настанова, заснована на доказах (2019).

ДОДАТКИ

Додаток А

Авторські запитання про інституційну підтримку

Інструкція:

Нам важливо дізнатися, що Ви думаєте щодо кожного з наступних тверджень. Уважно прочитайте кожне твердження і виберіть цифру відповідно до того, як Ви оцінюєте твердження щодо себе.

1) Я як батько/мати маю всю необхідну підтримку у сфері охорони здоров'я (наявність, доступність та якість потрібних дитині/дітям ліків, лікарів, послуг...)

0 я дуже не згоден / не згодна

1 я не згоден / не згодна

2 я трохи не згоден / не згодна

3 я нейтральний / нейтральна

4 я злегка згоден / згодна

5 я згоден / згодна

6 я дуже згоден / згодна

2) Я як батько/мати маю всю необхідну підтримку у сфері освіти (наявність, доступність та якість потрібних дитині/дітям послуг Інклюзивно-ресурсних центрів, шкіл, асистентів, додаткових спеціалістів...)

0 я дуже не згоден / не згодна

1 я не згоден / не згодна

2 я трохи не згоден / не згодна

3 я нейтральний / нейтральна

4 я злегка згоден / згодна

5 я згоден / згодна

6 я дуже згоден / згодна

Авторський опитувальник стресових ситуацій батьківства

Інструкція:

Запитання в цій шкалі стосуються Вашого досвіду з Вашою дитиною/дітьми молодшого шкільного віку протягом *останнього навчального року* (з 1 вересня 2023 р). Для кожного пункту нижче виберіть один із варіантів відповіді, що відображає, **НАСКІЛЬКИ СТРЕСОВИМИ** чи важкими були для Вас наступні ситуації за цей навчальний рік.

1) Ваша взаємодія з Вашою дитиною/дітьми вдома (а також на вулиці, в магазині, в гостях...)

- 0 анітрохи
- 1
- 2 трохи
- 3
- 4 точно
- 5
- 6 помітно
- 7
- 8 дуже сильно

2) Допомога Вашій дитині/дітям з домашніми завданнями, з навчанням

3) Поведінка Вашої дитини/дітей в школі та на гуртках

4) Стосунки Вашої дитини/дітей з однолітками (конфлікти з однокласниками, брак друзів, булінг...)

5) Проблеми з харчуванням у Вашої дитини/дітей

6) Допомога Вашій дитині/дітям з емоційним перевантаженням

7) Проблеми Вашої дитини/дітей з охайністю та особистою гігієною

8) Ваша взаємодія з вчителем / вчителями

9) Осуд і знецінення Вас як батька/матері зі сторони інших людей – родичів, знайомих, батьків однокласників дитини...