

УДК: 614.1-053.2:613.86:159.94(477.54)

DOI: <https://doi.org/10.20998/BMPP.2025.01.02.03>

О. М. Міщенко

Навчально-науковий медичний інститут національного технічного університету «Харківський політехнічний інститут», Харків, Україна.

ІНДИВІДУАЛЬНІ ТА ПОПУЛЯЦІЙНІ РІВНІ РЕАКТИВНОЇ Й ОСОБИСТІСНОЇ ТРИВОЖНОСТІ ТА ДЕПРЕСИВНИХ ПРОЯВІВ У ДІТЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ ХАРКІВСЬКОГО РЕГІОНУ

Анотація

Вступ. Діти з інвалідністю належать до групи підвищеного ризику щодо формування тривожних і депресивних проявів, оскільки інвалідизуюча патологія впливає не лише на фізичне функціонування, а й на соціальну адаптацію, комунікацію, самосприйняття, навчальну активність і взаємини з оточенням. У сучасних дослідженнях підкреслюється, що психічне здоров'я дітей з нейророзвитковими та фізичними порушеннями потребує системного скринінгу, раннього виявлення емоційних розладів і включення психологічного супроводу до програм медико-соціальної реабілітації.

Мета. Провести комплексну оцінку медико-соціальних особливостей психічного здоров'я дітей з інвалідністю м. Харкова та Харківської області на індивідуальному й популяційному рівнях.

Матеріали та методи. Проведено анкетування 521 дитини з інвалідністю віком до 18 років, які проживали у м. Харкові та Харківській області. Для оцінювання реактивної та особистісної тривожності застосовували шкалу самооцінки Ч. Д. Спілберга-Ю. Л. Ханіна. Рівень депресивних проявів визначали за шкалою депресії Т. І. Балашової. Аналіз проводили з урахуванням статі, віку, місця проживання, умов перебування та ступеня дії інвалідизуючої патології.

Етичні аспекти. Усі респонденти були включені в дослідження після отримання відповідної інформованої згоди. Дослідження виконано відповідно до міжнародних і вітчизняних біоетичних норм, зокрема положень Нюрнберзького кодексу та Гельсінської декларації. Етичне схвалення отримано комісією з біоетики ННМІ НТУ «ХПІ».

Отримані результати. Низький рівень реактивної тривожності виявлено у 313 дітей, або $60,1 \pm 2,1$ %, помірний – у 185 дітей, або $35,5 \pm 2,1$ %, високий – у 23 дітей, або $4,4 \pm 0,9$ %. Високий рівень особистісної тривожності мали 449 дітей, або $86,2 \pm 1,5$ %, тоді як помірний – 72 дитини, або $13,8 \pm 1,51$ %. Стан без депресії визначено у 446 дітей, або $85,6 \pm 1,5$ %; легку депресію – у 71 дитини, або $13,7 \pm 1,5$ %; субдепресивний стан – у 4 дітей, або $0,7 \pm 0,3$ %. Найбільш несприятливі показники реактивної тривожності (РТ) та депресивних проявів частіше асоціювалися з тяжким ступенем дії інвалідизуючої патології.

Висновки. У дітей з інвалідністю Харківського регіону провідною психологічною особливістю є висока особистісна тривожність, яка виявлена у $86,2 \pm 1,5$ % обстежених. Реактивна тривожність у більшості дітей була низькою, однак $4,4 \pm 0,9$ % мали її високий рівень. Легка депресія встановлена у $13,7 \pm 1,5$ %, а субдепресивний стан – у $0,7 \pm 0,3$ % дітей, що обґрунтовує необхідність включення психодіагностики та психокорекції до індивідуальних програм медико-соціальної реабілітації.

Ключові слова: *неврологія, реактивна тривожність, особистісна тривожність, депресія, психічне здоров'я, медико-соціальна реабілітація, Харківський регіон.*

UDC: 614.1-053.2:613.86:159.94(477.54)

DOI: <https://doi.org/10.20998/BMPP.2025.01.02.03>

O. Mishchenko

Educational and Scientific Medical Institute of the National Technical University "Kharkiv Polytechnic Institute," Kharkiv, Ukraine

INDIVIDUAL AND POPULATION LEVELS OF STATE AND TRAIT ANXIETY AND DEPRESSIVE SYMPTOMS IN CHILDREN WITH DISABILITIES IN THE KHARKIV REGION

Abstract

Introduction. Children with disabilities are at increased risk of developing anxiety and depressive symptoms, since disabling conditions affect not only physical functioning but also social adaptation, communication, self-perception, learning activity, and interpersonal relationships. Current studies emphasize that the mental health of children with neurodevelopmental and physical disorders requires systematic screening, early detection of emotional disturbances, and the integration of psychological support into medical and social rehabilitation programs.

Purpose of the study. To perform a comprehensive assessment of the medical and social characteristics of mental health in children with disabilities in Kharkiv and the Kharkiv region at the individual and population levels.

Materials and Methods. A questionnaire-based survey was conducted among 521 children with disabilities under 18 years of age who resided in Kharkiv and the Kharkiv region. State and trait anxiety were assessed using the Spielberger–Khanin self-assessment scale. The level of depressive symptoms was determined using the T.I. Balashova Depression Scale. The analysis was performed with consideration of sex, age, place of residence, living conditions, and the severity of the impact of the disabling condition.

Ethics. All respondents were included in the study after appropriate informed consent had been obtained. The study was conducted in accordance with international and national bioethical standards, including the provisions of the Nuremberg Code and the Declaration of Helsinki. Ethical approval was obtained from the Bioethics Committee of the Educational and Scientific Medical Institute of the National Technical University "Kharkiv Polytechnic Institute".

Results. A low level of state anxiety was identified in 313 children, or $60.1 \pm 2.1\%$; a moderate level in 185 children, or $35.5 \pm 2.1\%$; and a high level in 23 children, or $4.4 \pm 0.9\%$. A high level of trait anxiety was observed in 449 children, or $86.2 \pm 1.5\%$, whereas a moderate level was found in 72 children, or $13.8 \pm 1.51\%$. Absence of depression was recorded in 446 children, or $85.6 \pm 1.5\%$; mild depression in 71 children, or $13.7 \pm 1.5\%$; and a subdepressive state in 4 children, or $0.7 \pm 0.3\%$. The most unfavorable indicators of state anxiety and depressive symptoms were more frequently associated with a severe degree of impact of the disabling condition.

Conclusions. In children with disabilities in the Kharkiv region, the leading psychological characteristic was high trait anxiety, which was identified in $86.2 \pm 1.5\%$ of the examined children. State anxiety was low in most children; however, $4.4 \pm 0.9\%$ had a high level of state anxiety. Mild depression was found in $13.7 \pm 1.5\%$, and a subdepressive state in $0.7 \pm 0.3\%$ of children. These findings substantiate the need to include psychodiagnostic assessment and psychocorrection in individualized medical and social rehabilitation programs.

Keywords: *neurology, state anxiety, trait anxiety, depression, mental health, medical and social rehabilitation, Kharkiv region.*

Вступ.

Психічне здоров'я дітей з інвалідністю є важливою складовою їхнього загального функціонування, соціальної адаптації та якості життя. Інвалідизуюча патологія впливає не лише на фізичний стан дитини, а й на її комунікативну активність, самостійність, навчальну мотивацію, емоційну стійкість, сприйняття власних можливостей і характер взаємин із соціальним оточенням. Тривале перебування в умовах функціональних обмежень, залежності від сторонньої допомоги, медичних втручань або соціальної ізоляції може формувати стійкі зміни емоційної сфери, зокрема підвищену тривожність, пригнічений настрій, невпевненість, зниження мотивації та порушення соціальної взаємодії [1, 2].

Актуальність проблеми посилюється тим, що до недавнього часу питання культури спілкування, соціальної адаптації, психофізичної соціалізації та психологічного супроводу дітей з інвалідністю не завжди розглядалися як обов'язкові компоненти медико-соціальної реабілітації. У сучасній літературі підкреслюється, що діти й підлітки з нейророзвитковими та фізичними порушеннями мають вищу ймовірність емоційних труднощів, зокрема симптомів тривоги та депресії, ніж їхні однолітки без інвалідності [3]. У метааналізі 44 національно репрезентативних досліджень у країнах із низьким і середнім рівнем доходу було показано, що діти з інвалідністю мали понад удвічі вищий ризик щоденних ознак тривоги та депресії порівняно з дітьми без інвалідності.

Дезабільний стан змінює звичну систему

взаємин дитини з оточенням, впливає на її роль у родині, колективі та освітньому середовищі, може обмежувати участь у спільній діяльності, дозвіллі, навчанні та спілкуванні з однолітками. У дітей з фізичними порушеннями дитячого або вродженого походження описані психологічні труднощі, пов'язані з обмеженнями мобільності, самообслуговування, дозвілля та участі у громадському житті [2]. Такі обмеження можуть бути не лише наслідком основного захворювання, а й чинником вторинної емоційної дезадаптації.

Тривала дія інвалідизуючої патології на соціально-психологічний стан дитини здатна спричинити зміни поведінки та особистісних характеристик. У частини дітей ці зміни проявляються підвищеною настороженістю, очікуванням негативної оцінки, переживанням власної неповноцінності, звуженням кола інтересів, зменшенням ініціативності та зниженням довіри до оточення. У психологічному плані це може супроводжуватися пригніченим настроєм, депресивними проявами, фіксацією на захворюванні, послабленням соціальних зв'язків і звуженням зони життєвого комфорту дитини.

Окрім значення має організація психологічної допомоги дітям з інвалідністю. Сучасні дослідження свідчать, що психічні труднощі в дітей із нейророзвитковими порушеннями часто залишаються недостатньо виявленими, а доступ до спеціалізованих психічно-орієнтованих послуг у реабілітаційних системах є обмеженим [1]. Тому оцінювання тривожності та депресивних проявів має бути частиною не лише клінічної діагностики, а й медико-соціального

супроводу дитини з інвалідністю.

У зв'язку з цим дослідження індивідуальних і популяційних рівнів реактивної тривожності (РТ), особистісної тривожності (ОТ) та депресивних проявів у дітей з інвалідністю Харківського регіону є клінічно, психологічно та соціально значущим. Воно дозволяє не лише оцінити поширеність емоційних порушень у цій групі, а й визначити стратифікаційні групи підвищеного ризику, які потребують раннього психологічного втручання, психокорекції та індивідуалізованої медико-соціальної реабілітації.

Мета дослідження.

Провести комплексну оцінку медико-соціальних особливостей психічного здоров'я дітей з інвалідністю м. Харкова та Харківської області на індивідуальному й популяційному рівнях шляхом визначення РТ, ОТ та депресивних проявів із подальшим аналізом їх зв'язку зі статтю, віком, місцем проживання, умовами перебування та ступенем дії інвалідизуючої патології.

Матеріали та методи.

Дослідження проведено шляхом анкетування 521 дитини з інвалідністю віком до 18 років, які проживали у м. Харкові та Харківській області. На підставі результатів анкетування було сформовано базу даних психодіагностичних показників, що охоплювала 521 фізичну одиницю спостереження.

Усі респонденти були включені в дослідження після отримання відповідної інформованої згоди. Дослідження проведено відповідно до чинних

міжнародних і вітчизняних біоетичних норм і правил, зокрема принципів Нюрнберзького кодексу та Гельсінської декларації щодо етичних засад проведення досліджень за участю людини. Етичне схвалення було отримано комісією з біоетики ННМІ НТУ «ХП».

Для дослідження рівнів тривожності дітей з інвалідністю використано шкалу самооцінки Ч. Д. Спілберга-Ю. Л. Ханіна [4]. Методика передбачає заповнення спеціального опитувальника, що складається з двох частин і містить 40 тверджень. Перша частина, питання 1–20, оцінює РТ, тобто рівень тривоги на момент обстеження. Друга частина, питання 21–40, визначає ОТ як відносно стійку характеристику особистості.

Показник РТ розраховували за формулою:

$$РТ = \sum 1 - \sum 2 + 35,$$

де $\sum 1$ – сума закреслених цифр за пунктами шкали 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18; $\sum 2$ – сума інших закреслених цифр за пунктами 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20.

Показник ОТ розраховували за формулою:

$$ОТ = \sum 1 - \sum 2 + 35,$$

де $\sum 1$ – сума закреслених цифр за пунктами 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40; $\sum 2$ – сума інших цифр за пунктами 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39.

Отримані результати оцінювали відповідно до авторських рекомендацій: до 30 балів – низька тривожність; 31–45 балів – помірна тривожність; 46 балів і більше – висока тривожність.

Для визначення депресивних проявів і станів, близьких до депресії, застосовано шкалу депресії Т. І. Балашової [4]. Опитувальник складається з 20 тверджень

і призначений для скринінгової діагностики депресивних станів.

Рівень депресії (РД) розраховували за формулою:

$$РД = \sum пр. + \sum зв.,$$

де $\sum пр.$ – сума цифр, закреслених щодо прямих тверджень 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19; $\sum зв.$ – сума цифр, закреслених щодо зворотних тверджень 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20.

Отримані результати могли перебувати в межах від 20 до 80 балів. Відповідно до авторських підходів, 50 балів і менше розцінювали як стан без депресії; 51–59 балів – як легку депресію ситуативного або невротичного генезу; 60–69 балів – як субдепресивний стан або масковану депресію; 70 балів і більше – як депресивний стан.

Статистичний аналіз передбачав розрахунок абсолютних і відносних величин, похибки відносного показника, порівняння частот у стратифікаційних групах за статтю, віком, місцем проживання, умовами перебування та ступенем дії інвалідизуючої патології. Результати подано у вигляді абсолютних значень і відносних показників із похибкою, $P \pm mр.$ Для оцінки статистичної значущості міжгрупових відмінностей використовували рівні вірогідності $p \leq 0,05$, $p \leq 0,01$ і $p \leq 0,001$.

Результати та обговорення.

З огляду на високу значущість психотравмувальних чинників у житті дітей з інвалідністю було проведено оцінювання психологічних особливостей особистості обстежених дітей. Інвалідизуюча патологія може суттєво змінювати поведінкові реакції, особистісні характеристики, характер взаємин із

середовищем, систему соціальних контактів і перспективу майбутнього життя. Такі зміни здатні супроводжуватися пригніченим настроєм, тривогою, депресивними проявами, фіксацією на захворюванні та зниженням резервів.

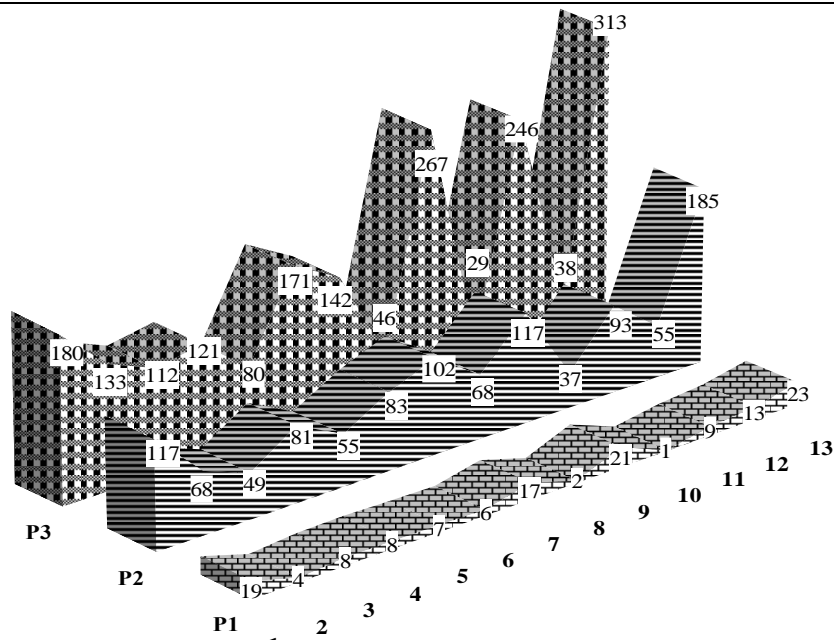
Рівні тривожності оцінювали за шкалою самооцінки Ч. Д. Спілберга-Ю. Л. Ханіна, а РД – за шкалою депресії Т. І. Балашової. Результати оцінювання РТ наведені в табл. 1 і графічно узагальнені на рис. 1. Дані щодо ОТ представлені в табл. 2 і на рис. 2. Показники РД наведені в табл. 3 і відображені на рис. 3. У загальній вибірці 521 дитини низький рівень РТ мали 313 осіб, що становило $60,1 \pm 2,1 \%$; помірний рівень – 185 дітей, або $35,5 \pm 2,1 \%$; високий рівень – 23 дитини, або $4,4 \pm 0,9 \%$ (табл. 1, рис. 1). Отже, більшість обстежених дітей характеризувалися низькою РТ, однак група з високими показниками потребує окремої уваги, оскільки високий рівень РТ відображає стан емоційного напруження, занепокоєння та підвищеної чутливості до ситуацій оцінювання. За статтю низький рівень РТ частіше спостерігався серед дівчаток – 133 із 205 осіб, або $64,9 \pm 3,3 \%$, ніж серед хлопчиків – 180 із 316 осіб, або $56,9 \pm 2,7 \%$. Помірний рівень РТ мали $37,1 \pm 2,7 \%$ хлопчиків і $33,2 \pm 3,2 \%$ дівчаток. Високий рівень виявлено у $6,0 \pm 1,3 \%$ хлопчиків і $1,9 \pm 0,9 \%$ дівчаток. За віком низький рівень РТ найчастіше визначався у дітей 0–10 років – $66,3 \pm 3,6 \%$. У вікових групах 11–14 років і 15–18 років цей показник становив відповідно $57,6 \pm 3,4 \%$ і $56,4 \pm 4,1 \%$. Помірна РТ була виявлена у $28,9 \pm 3,4 \%$ дітей 0–10 років, $38,6 \pm 3,3 \%$ дітей 11–14 років і $38,7 \pm 4,0 \%$ дітей 15–18 років. Високий рівень РТ становив відповідно $4,8 \pm 1,6 \%$, $3,8 \pm 1,3 \%$ і $4,9 \pm 1,8 \%$ (табл. 1).

Таблиця 1. Рівні РТ досліджених дітей (% , $P \pm m_p$)

Групи дітей	Рівень РТ							
	низький		помірний		високий		у цілому	
	Абс	$P \pm m_p$	Абс	$P \pm m_p$	Абс	$P \pm m_p$	Абс	$P \pm m_p$
Хлопчики	180	$56,9 \pm 2,7$	117	$37,1 \pm 2,7$	19	$6,0 \pm 1,3$	316	$60,7 \pm 2,1$
Дівчатка	133	$64,9 \pm 3,3$	68	$33,2 \pm 3,2$	4	$1,9 \pm 0,9$	205	$39,3 \pm 2,1$
Діти 0 – 10 років	112	$66,3 \pm 3,6$	49	$28,9 \pm 3,4$	8	$4,8 \pm 1,6$	169	$32,4 \pm 2,0$
Діти 11 – 14 років	121	$57,6 \pm 3,4$	81	$38,6 \pm 3,3$	8	$3,8 \pm 1,3$	210	$40,3 \pm 2,1$
Діти 15 – 18 років	80	$56,4 \pm 4,1$	55	$38,7 \pm 4,0$	7	$4,9 \pm 1,8$	142	$27,3 \pm 1,9$
Сільські діти	171	$65,8 \pm 2,9$	83	$31,9 \pm 2,8$	6	$2,3 \pm 0,9$	260	$49,9 \pm 2,1$
Міські діти	142	$54,5 \pm 3,0$	102	$39,0 \pm 3,0$	17	$6,5 \pm 1,5$	261	$50,1 \pm 2,1$
Мешкають в інтернаті	46	$39,7 \pm 4,5$	68	$58,6 \pm 4,5$	2	$1,7 \pm 1,2$	116	$22,2 \pm 1,8$
Мешкають вдома	267	$65,9 \pm 2,3$	117	$28,9 \pm 2,2$	21	$5,2 \pm 1,1$	405	$77,8 \pm 1,8$
Легкий ступінь дії патології	29	$43,3 \pm 6,0$	37	$55,3 \pm 6,0$	1	$1,4 \pm 1,4$	67	$12,8 \pm 1,4$
Середній ступінь дії патології	246	$70,7 \pm 2,4$	93	$26,8 \pm 2,3$	9	$2,5 \pm 0,8$	348	$66,8 \pm 2,0$
Тяжкий ступінь дії патології	38	$35,8 \pm 4,6$	55	$51,9 \pm 4,8$	13	$12,3 \pm 3,1$	106	$20,4 \pm 1,7$
у цілому	313	$60,1 \pm 2,1$	185	$35,5 \pm 2,1$	23	$4,4 \pm 0,9$	521	$100,0 \pm 0,0$

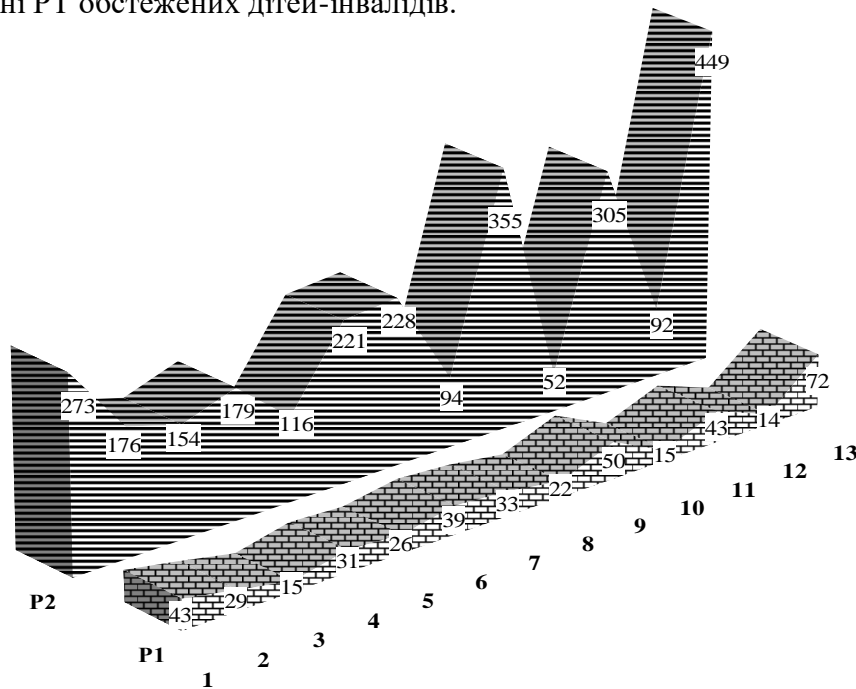
Таблиця 2. Рівні ОТ обстежених дітей-інвалідів (% , $P \pm m_p$)

Групи дітей	Рівень РТ							
	низький		помірний		високий		у цілому	
	Абс	$P \pm m_p$	Абс	$P \pm m_p$	Абс	$P \pm m_p$	Абс	$P \pm m_p$
Хлопчики	-	-	43	$13,7 \pm 1,9$	273	$86,3 \pm 1,9$	316	$60,7 \pm 2,1$
Дівчатка	-	-	29	$14,2 \pm 2,4$	176	$85,8 \pm 2,4$	205	$39,3 \pm 2,1$
Діти 0 – 10 років	-	-	15	$8,8 \pm 2,1$	154	$91,2 \pm 2,1$	169	$32,4 \pm 2,0$
Діти 11 – 14 років	-	-	31	$14,7 \pm 2,4$	179	$85,3 \pm 2,4$	210	$40,3 \pm 2,1$
Діти 15 – 18 років	-	-	26	$18,4 \pm 3,2$	116	$81,6 \pm 3,2$	142	$27,3 \pm 1,9$
Сільські діти	-	-	39	$15,0 \pm 2,2$	221	$85,0 \pm 2,2$	260	$49,9 \pm 2,1$
Міські діти	-	-	33	$12,6 \pm 2,0$	228	$87,4 \pm 2,0$	261	$50,1 \pm 2,1$
Мешкають в інтернаті	-	-	22	$18,9 \pm 3,6$	94	$81,1 \pm 3,6$	116	$22,2 \pm 1,8$
Мешкають вдома	-	-	50	$12,4 \pm 1,6$	355	$87,6 \pm 1,6$	405	$77,8 \pm 1,8$
Легкий ступінь дії патології	-	-	15	$22,4 \pm 5,0$	52	$77,6 \pm 5,0$	67	$12,8 \pm 1,4$
Середній ступінь дії патології	-	-	43	$12,4 \pm 1,76$	305	$87,6 \pm 1,7$	348	$66,8 \pm 2,0$
Тяжкий ступінь дії патології	-	-	14	$13,3 \pm 3,29$	92	$86,7 \pm 3,2$	106	$20,4 \pm 1,7$
у цілому	-	-	72	$13,8 \pm 1,51$	449	$86,2 \pm 1,5$	521	$100,0 \pm 0,0$



- | | | | |
|----|--------------------|----|---------------------------------|
| P1 | високий рівень РТ | 6 | сільські діти |
| P2 | помірний рівень РТ | 7 | міські діти |
| P3 | низький рівень РТ | 8 | діти, що мешкають в інтернаті |
| 1 | хлопчики | 9 | діти, що мешкають вдома |
| 2 | дівчатка | 10 | легкий ступінь дії патології |
| 3 | діти 0 – 10 років | 11 | середній ступінь дії патології |
| 4 | діти 11 – 14 років | 12 | тяжкий ступінь дії патології |
| 5 | діти 15 – 18 років | 13 | загальний психологічний профіль |

Рис. 1. Рівні РТ обстежених дітей-інвалідів.

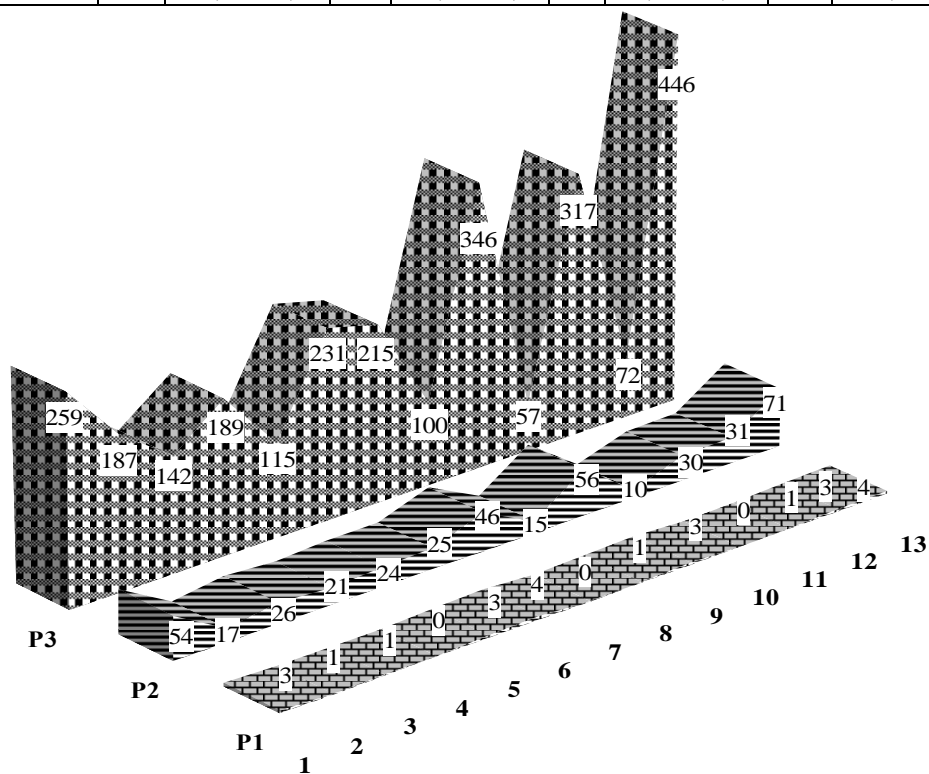


- | | | | |
|----|--------------------|----|---------------------------------|
| P1 | помірний рівень ОТ | 7 | міські діти |
| P2 | високий рівень ОТ | 8 | діти, що мешкають в інтернаті |
| 1 | хлопчики | 9 | діти, що мешкають вдома |
| 2 | дівчатка | 10 | легкий ступінь дії патології |
| 3 | діти 0 – 10 років | 11 | середній ступінь дії патології |
| 4 | діти 11 – 14 років | 12 | тяжкий ступінь дії патології |
| 5 | діти 15 – 18 років | 13 | загальний психологічний профіль |
| 6 | сільські діти | | |

Рис. 2. Популяційні рівні ОТ обстежених дезабільних дітей.

Таблиця 3. РД обстежених дітей-інвалідів (% , $P \pm m_p$)

Групи дітей	Рівень РТ							
	стан без депресії		легка депресія		субдепресивний стан		у цілому	
	Абс	$P \pm m_p$	Абс	$P \pm m_p$	Абс	$P \pm m_p$	Абс	$P \pm m_p$
Хлопчики	259	$81,9 \pm 2,1$	54	$17,2 \pm 2,1$	3	$0,9 \pm 0,5$	316	$60,7 \pm 2,1$
Дівчатка	187	$91,2 \pm 1,9$	17	$8,4 \pm 1,9$	1	$0,4 \pm 0,4$	205	$39,3 \pm 2,1$
Діти 0 – 10 років	142	$84,1 \pm 2,8$	26	$15,4 \pm 2,7$	1	$0,5 \pm 0,5$	169	$32,4 \pm 2,0$
Діти 11 – 14 років	189	$90,0 \pm 2,0$	21	$10,0 \pm 2,0$	0	-	210	$40,3 \pm 2,1$
Діти 15 – 18 років	115	$80,9 \pm 3,2$	24	$16,9 \pm 3,1$	3	$2,2 \pm 1,2$	142	$27,3 \pm 1,9$
Сільські діти	231	$88,8 \pm 1,9$	25	$9,7 \pm 1,8$	4	$1,5 \pm 0,7$	260	$49,9 \pm 2,1$
Міські діти	215	$82,3 \pm 2,3$	46	$17,7 \pm 2,3$	0	-	261	$50,1 \pm 2,1$
Мешкають в інтернаті	100	$86,3 \pm 3,2$	15	$12,9 \pm 3,1$	1	$0,8 \pm 0,8$	116	$22,2 \pm 1,8$
Мешкають вдома	346	$85,5 \pm 1,7$	56	$13,8 \pm 1,7$	3	$0,7 \pm 0,4$	405	$77,8 \pm 1,8$
Легкий ступінь дії патології	57	$85,1 \pm 4,3$	10	$14,9 \pm 4,3$	0	-	67	$12,8 \pm 1,4$
Середній ступінь дії патології	317	$91,1 \pm 1,5$	30	$8,7 \pm 1,5$	1	$0,2 \pm 0,2$	348	$66,8 \pm 2,0$
Тяжкий ступінь дії патології	72	$67,9 \pm 4,5$	31	$29,3 \pm 4,4$	3	$2,8 \pm 1,6$	106	$20,4 \pm 1,7$
у цілому	446	$85,6 \pm 1,5$	71	$13,7 \pm 1,5$	4	$0,7 \pm 0,3$	521	$100,0 \pm 0,0$



- | | | | |
|----|---------------------|----|---------------------------------|
| P1 | субдепресивний стан | 6 | сільські діти |
| P2 | легка депресія | 7 | міські діти |
| P3 | стан без депресії | 8 | діти, що мешкають в інтернаті |
| 1 | Хлопчики | 9 | діти, що мешкають вдома |
| 2 | Дівчатка | 10 | легкий ступінь дії патології |
| 3 | діти 0 – 10 років | 11 | середній ступінь дії патології |
| 4 | діти 11 – 14 років | 12 | тяжкий ступінь дії патології |
| 5 | діти 15 – 18 років | 13 | загальний психологічний профіль |

Рис. 3. Популяційні РД обстежених дітей-інвалідів.

Порівняння за місцем проживання показало, що серед сільських дітей низький рівень РТ спостерігався у $65,8 \pm 2,9$ %, тоді як серед міських – у $54,5 \pm 3,0$ %. Помірний рівень був характерний для $31,9 \pm 2,8$ % сільських і $39,0 \pm 3,0$ % міських дітей. Високий рівень РТ частіше реєструвався серед міських дітей – $6,5 \pm 1,5$ %, порівняно із сільськими – $2,3 \pm 0,9$ % (табл. 1).

Більш виражені відмінності встановлено залежно від умов проживання. Серед дітей, які мешкали вдома, низький рівень РТ виявлено у 267 із 405 осіб, або $65,9 \pm 2,3$ %. Серед дітей, які перебували в інтернаті, цей показник становив лише $39,7 \pm 4,5$ %. Натомість помірний рівень РТ був значно частішим у дітей, які мешкали в інтернаті, – $58,6 \pm 4,5$ %, порівняно з $28,9 \pm 2,2$ % серед дітей, які проживали вдома. Високий рівень РТ виявлено у $1,7 \pm 1,2$ % дітей з інтернатів і $5,2 \pm 1,1$ % дітей, які мешкали вдома (табл. 1).

Ступінь дії інвалідизуючої патології суттєво впливав на рівень РТ. У дітей із легким ступенем дії патології низький рівень РТ становив $43,3 \pm 6,0$ %, помірний – $55,3 \pm 6,0$ %, високий – $1,4 \pm 1,4$ %. При середньому ступені дії патології низький рівень виявлено у $70,7 \pm 2,4$ %, помірний – у $26,8 \pm 2,3$ %, високий – у $2,5 \pm 0,8$ %. За тяжкого ступеня дії патології частка дітей із низькою РТ зменшувалася до $35,8 \pm 4,6$ %, тоді як помірний рівень становив $51,9 \pm 4,8$ %, а високий – $12,3 \pm 3,1$ % (табл. 1). Отже, саме тяжкий ступінь інвалідизуючої патології асоціювався з найбільшою часткою високої РТ.

ОТ, на відміну від реактивної, характеризує більш стійку схильність

дитини сприймати життєві ситуації як загрозові та реагувати на них тривогою. У загальній вибірці не було зареєстровано дітей із низьким рівнем особистісної тривожності. Помірний рівень мали 72 дитини, або $13,8 \pm 1,51$ %, а високий – 449 дітей, або $86,2 \pm 1,5$ % (табл. 2, рис. 2).

Серед хлопчиків високий рівень ОТ виявлено у 273 із 316 осіб, або $86,3 \pm 1,9$ %, серед дівчаток – у 176 із 205 осіб, або $85,8 \pm 2,4$ %. Помірний рівень відповідно становив $13,7 \pm 1,9$ % і $14,2 \pm 2,4$ %. Отже, істотних статевих відмінностей за рівнем ОТ не встановлено (табл. 2).

За віком високий рівень ОТ найчастіше спостерігався у дітей 0–10 років – 154 із 169 осіб, або $91,2 \pm 2,1$ %. У групі 11–14 років цей показник становив $85,3 \pm 2,4$ %, а серед дітей 15–18 років – $81,6 \pm 3,2$ %. Помірна ОТ відповідно становила $8,8 \pm 2,1$ %, $14,7 \pm 2,4$ % і $18,4 \pm 3,2$ % (табл. 2). Таким чином, молодші діти мали найбільшу частку високої ОТ.

За місцем проживання високий рівень ОТ мали $85,0 \pm 2,2$ % сільських і $87,4 \pm 2,0$ % міських дітей. Помірний рівень відповідно становив $15,0 \pm 2,2$ % і $12,6 \pm 2,0$ %. Залежно від умов перебування високий рівень ОТ визначався у $81,1 \pm 3,6$ % дітей, які мешкали в інтернаті, та у $87,6 \pm 1,6$ % дітей, які проживали вдома (табл. 2).

За ступенем дії інвалідизуючої патології високий рівень ОТ спостерігався у $77,6 \pm 5,0$ % дітей із легким ступенем, у $87,6 \pm 1,7$ % – із середнім ступенем і у $86,7 \pm 3,2$ % – із тяжким ступенем патології. Помірний рівень відповідно становив $22,4 \pm 5,0$ %, $12,4 \pm 1,76$ % і $13,3 \pm 3,29$ % (табл. 2).

Отримані дані свідчать, що високий рівень ОТ є характерною ознакою більшості обстежених дітей незалежно від стратифікаційної групи, однак найвищі показники визначалися у дітей молодшого віку та в групах із середнім і тяжким ступенем дії патології.

Висока ОТ у $86,2 \pm 1,5$ % обстежених дітей має суттєве клініко-психологічне значення, оскільки може відображати стійку готовність до тривожного реагування, підвищену емоційну вразливість, труднощі адаптації, схильність до невротичних реакцій і ризик психосоматичних проявів. Ці особливості доцільно враховувати під час навчально-виховної, психологічної та реабілітаційної роботи з дітьми з інвалідністю (табл. 2, рис. 2).

Оцінювання РД за шкалою Т. І. Балашової показало, що більшість дітей перебували у стані без депресії. Такий стан встановлено у 446 із 521 дитини, або $85,6 \pm 1,5$ %. Легку депресію ситуативного або невротичного генезу виявлено у 71 дитини, або $13,7 \pm 1,5$ %, субдепресивний стан – у 4 дітей, або $0,7 \pm 0,3$ %. Випадків вираженого депресивного стану за наведеними категоріями не зареєстровано (табл. 3, рис. 3).

За статтю легка депресія частіше виявлялася серед хлопчиків – 54 із 316 осіб, або $17,2 \pm 2,1$ %, ніж серед дівчаток – 17 із 205 осіб, або $8,4 \pm 1,9$ %. Стан без депресії мали $81,9 \pm 2,1$ % хлопчиків і $91,2 \pm 1,9$ % дівчаток. Субдепресивний стан визначено у $0,9 \pm 0,5$ % хлопчиків і $0,4 \pm 0,4$ % дівчаток (табл. 3).

За віком легка депресія найчастіше спостерігалася у дітей 15–18 років – $16,9 \pm 3,1$ %, а також у дітей 0–10 років –

$15,4 \pm 2,7$ %. У групі 11–14 років її частка була нижчою і становила $10,0 \pm 2,0$ %. Субдепресивний стан виявлено у $0,5 \pm 0,5$ % дітей 0–10 років і $2,2 \pm 1,2$ % дітей 15–18 років; у групі 11–14 років таких випадків не зареєстровано (табл. 3).

За місцем проживання легка депресія частіше визначалася серед міських дітей – 46 із 261 дитини, або $17,7 \pm 2,3$ %, порівняно із сільськими дітьми – 25 із 260, або $9,7 \pm 1,8$ %. Стан без депресії був характерний для $88,8 \pm 1,9$ % сільських дітей і $82,3 \pm 2,3$ % міських. Субдепресивний стан у цій стратифікації зафіксовано лише серед сільських дітей – $1,5 \pm 0,7$ % (табл. 3).

Залежно від умов перебування легку депресію мали $12,9 \pm 3,1$ % дітей, які мешкали в інтернаті, та $13,8 \pm 1,7$ % дітей, які проживали вдома. Стан без депресії відповідно становив $86,3 \pm 3,2$ % і $85,5 \pm 1,7$ %, субдепресивний стан – $0,8 \pm 0,8$ % і $0,7 \pm 0,4$ % (табл. 3). Отже, за умовами перебування суттєвих відмінностей у частоті депресивних проявів не встановлено.

Найбільш виражені відмінності рівнів депресивних проявів були пов'язані зі ступенем дії інвалідизуючої патології. У дітей із легким ступенем дії патології легка депресія виявлена у $14,9 \pm 4,3$ %, а субдепресивний стан не реєструвався. При середньому ступені патології легка депресія становила $8,7 \pm 1,5$ %, субдепресивний стан – $0,2 \pm 0,2$ %. За тяжкого ступеня дії патології частка легкої депресії зростала до $29,3 \pm 4,4$ %, а субдепресивного стану – до $2,8 \pm 1,6$ % (табл. 3). Таким чином, тяжкий ступінь інвалідизуючої патології був найбільш тісно пов'язаний із депресивними проявами.

Дані свідчать, що у дітей з інвалідністю Харківського регіону провідною психологічною проблемою є не стільки висока РТ, яка виявлена у $4,4 \pm 0,9 \%$, скільки висока ОТ, зареєстрована у $86,2 \pm 1,5 \%$ обстежених. Це вказує на стійку схильність до тривожного сприйняття життєвих ситуацій, що може погіршувати адаптаційні можливості, знижувати навчальну мотивацію та ускладнювати соціальну інтеграцію (табл. 1, табл. 2, рис. 1, рис. 2).

Депресивні прояви були менш поширеними, однак клінічно значущими. Легка депресія встановлена у $13,7 \pm 1,5 \%$ дітей, а субдепресивний стан – у $0,7 \pm 0,3 \%$. Особливої уваги потребують хлопчики, міські діти та діти з тяжким ступенем дії інвалідизуючої патології, серед яких легка депресія спостерігалася частіше: відповідно $17,2 \pm 2,1 \%$, $17,7 \pm 2,3 \%$ і $29,3 \pm 4,4 \%$ (табл. 3, рис. 3).

Таким чином, проведене дослідження показало, що діти з інвалідністю мають значущі психологічні особливості, які проявляються зниженням мотивованої діяльності, емоційною напругою, схильністю до тривожного реагування, підвищеною чутливістю до життєвих труднощів і ризиком депресивних проявів. Найбільше клінічне значення мають високий рівень ОТ та зростання частоти легкої депресії при тяжкому ступені інвалідизуючої патології. Отримані результати обґрунтовують необхідність регулярного психологічного скринінгу, психокорекційної роботи, індивідуального супроводу та включення спеціалізованих психологічних тренінгів до програм медико-соціальної реабілітації дітей з інвалідністю.

Результати нашого дослідження підтверджують сучасне уявлення про дітей з інвалідністю як групу підвищеного ризику щодо емоційних труднощів. У нашій вибірці високий рівень

ОТ був виявлений у $86,2 \pm 1,5 \%$ дітей, тоді як високий рівень РТ – у $4,4 \pm 0,9 \%$, а легка депресія – у $13,7 \pm 1,5 \%$ (табл. 1–3). Така структура свідчить, що провідною проблемою є не короткочасна ситуаційна тривога, а стійка особистісна тривожна налаштованість, яка може формуватися під впливом тривалого обмеження життєдіяльності, соціальної залежності та психотравмального досвіду.

Ці дані узгоджуються з результатами міжнародного метааналізу G. Emerson та співавт., у якому було проаналізовано 349421 дитину та підлітка віком 5–17 років із 44 країн із низьким і середнім рівнем доходу. Автори встановили, що діти з інвалідністю, порівняно з однолітками без інвалідності, мали понад удвічі вищий ризик щоденних ознак тривоги – APRR 2,26; 95,0 % ДІ 1,85–2,77, і понад у 2,5 рази вищий ризик ознак депресії – APRR 2,74; 95,0 % ДІ 2,18–3,46. Ризик поєднаних ознак тривоги й депресії був ще вищим – APRR 3,20; 95,0 % ДІ 2,45–4,17 [3]. Це співвідноситься з нашими даними, де емоційні порушення також не обмежувалися депресивними проявами, а насамперед проявлялися високим рівнем особистісної тривожності.

У scoring review J. Lindsay та співавт. було показано, що молоді люди з фізичними порушеннями дитячого або вродженого походження часто мають психологічні труднощі, пов'язані з обмеженнями мобільності, самообслуговування, дозвілля, участі в соціальному житті та доступу до психічно-орієнтованої допомоги [2]. У нашому дослідженні це відображається тим, що найвищі рівні РТ й депресивних проявів були пов'язані саме з тяжким ступенем дії інвалідизуючої патології: високий рівень РТ у цій групі становив $12,3 \pm 3,1 \%$, а легка депресія – $29,3 \pm 4,4 \%$ (табл. 1, табл. 3).

Дослідження психічного здоров'я дітей

із нейророзвитковими порушеннями також підкреслює необхідність раннього виявлення тривожних і депресивних проявів. У роботі В. Lévesque та співавт. зазначено, що діти й молодь із нейророзвитковими порушеннями та їхні родини мають високий ризик психічних труднощів, які впливають на функціонування, продуктивність і якість життя [1]. Автори також вказують на потребу системного, стандартизованого та сімейно-орієнтованого підходу до психічного здоров'я в педіатричній реабілітації. Це повністю відповідає нашим висновкам щодо необхідності включення психологічного скринінгу й психокорекційних заходів до індивідуальних програм медико-соціальної реабілітації дітей з інвалідністю.

Дані Р. Boris та співавт. також підтверджують зв'язок хронічного соматичного або реабілітаційного стану з психологічною вразливістю дітей. У дослідженні 107 хронічно хворих дітей віком 10–18 років автори підкреслили, що госпіталізація та хронічне захворювання створюють для дитини і родини психологічно складну ситуацію, яка потребує психологічної підтримки [5]. У нашій роботі подібна закономірність простежується через вищу частку депресивних проявів у дітей із тяжким ступенем дії патології, де легка депресія виявлена майже у третини обстежених – $29,3 \pm 4,4$ % (табл. 3).

Таким чином, наші результати є узгодженими з сучасною міжнародною літературою: діти з інвалідністю мають підвищену психологічну вразливість, що найчастіше проявляється тривожністю, емоційною напругою, депресивними симптомами та труднощами соціальної адаптації.

Водночас особливістю нашої вибірки є надзвичайно висока частка особистісної тривожності – $86,2 \pm 1,5$ %,

що вказує на потребу не лише ситуативної психологічної допомоги, а й довготривалого супроводу, спрямованого на формування стабільних адаптаційних і захисних психологічних механізмів.

Висновки.

1. У загальній вибірці 521 дитини з інвалідністю низький рівень реактивної тривожності мали 313 дітей, або $60,1 \pm 2,1$ %; помірний – 185 дітей, або $35,5 \pm 2,1$ %; високий – 23 дитини, або $4,4 \pm 0,9$ %.

2. Найбільша частка високої реактивної тривожності встановлена у дітей із тяжким ступенем дії інвалідизуючої патології – $12,3 \pm 3,1$ %, що суттєво перевищує відповідні показники при легкому та середньому ступенях патології – $1,4 \pm 1,4$ % і $2,5 \pm 0,8$ %.

3. У жодної дитини не було зареєстровано низького рівня особистісної тривожності. Помірний рівень мали 72 дитини, або $13,8 \pm 1,51$ %, тоді як високий рівень особистісної тривожності був характерний для 449 дітей, або $86,2 \pm 1,5$ %.

4. Найвищу частку високої особистісної тривожності виявлено у дітей віком 0–10 років – $91,2 \pm 2,1$ %, що свідчить про особливу психологічну вразливість молодшої вікової групи.

5. Стан без депресії встановлено у 446 дітей, або $85,6 \pm 1,5$ %; легку депресію ситуативного або невротичного генезу – у 71 дитини, або $13,7 \pm 1,5$ %; субдепресивний стан – у 4 дітей, або $0,7 \pm 0,3$ %.

6. Легка депресія частіше спостерігалася серед хлопчиків – $17,2 \pm 2,1$ %, ніж серед дівчаток – $8,4 \pm 1,9$ %; серед міських дітей – $17,7 \pm 2,3$ %, ніж серед сільських – $9,7 \pm 1,8$ %; а також у дітей із тяжким ступенем дії інвалідизуючої патології – $29,3 \pm 4,4$ %.

7. Провідною психологічною особливістю

дітей з інвалідністю Харківського регіону є висока особистісна тривожність, яка відображає досить стійку схильність до тривожного реагування, зниження адаптаційних резервів і підвищений ризик невротичних та психосоматичних проявів таких дітей.

8. Отримані результати обґрунтовують необхідність регулярного психологічного скринінгу, індивідуалізованої психокорекції, психологічних тренінгів, сімейно-орієнтованого супроводу та включення оцінки тривожності й депресивних проявів до індивідуальних програм медико-соціальної реабілітації дітей з інвалідністю.

Фінансування та конфлікт інтересів.

Автори заявляють про повну відсутність конфлікту інтересів.

Джерело фінансування: власні кошти авторів.

Публікаційна етика.

Пацієнти були включені в дослідження після отримання інформованої згоди. Дослідження відповідало міжнародним етичним стандартам біометричних досліджень.

Політика використання ШІ та технологій з підтримкою ШІ.

Інструменти ШІ при підготовці цієї роботи не використовувались.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Heslon K., Hanson J. H., Ogourtsova T. Mental health in children with disabilities and their families: red flags, services' impact, facilitators, barriers, and proposed solutions. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*. 2024. Vol. 5. Article 1347412. DOI: <https://doi.org/10.3389/fresc.2024.1347412>. PMID: 38410177; PMCID: PMC10894921.
2. Lal S., Tremblay S., Starcevic D. et al. Mental health problems among adolescents and young adults with childhood-onset physical disabilities: a scoping review. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*. 2022. Vol. 3. Article 904586. DOI: <https://doi.org/10.3389/fresc.2022.904586>. PMID: 36189015; PMCID: PMC9485587.
3. Emerson E., Llewellyn G. Parental report of signs of anxiety and depression in children and adolescents with and without disability in middle- and low-income countries: meta-analysis of 44 nationally representative cross-sectional surveys. *Child Psychiatry & Human Development*. 2025. Vol. 56, No. 4. P. 895–906. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10578-023-01608-8>. PMID: 37794308; PMCID: PMC12289834.
4. Лучшие психологические тесты / пер. с англ. Е. А. Дружининой. Харьков, 1994. 320 с.
5. Boris P., Kovács K. E., Nagy B. E. The comparative study of chronically ill and healthy children and adolescents in the light of their general mental health. *Scientific Reports*. 2024. Vol. 14, No. 1. Article 6754. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-024-57442-y>. PMID: 38514800; PMCID: PMC10957949.

REFERENCES

1. Heslon K., Hanson J. H., Ogourtsova T. Mental health in children with disabilities and their families: red flags, services' impact, facilitators, barriers, and proposed solutions. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*. 2024. Vol. 5. Article 1347412. DOI: <https://doi.org/10.3389/fresc.2024.1347412>. PMID: 38410177; PMCID: PMC10894921.
2. Lal S., Tremblay S., Starcevic D. et al. Mental health problems among adolescents and young adults with childhood-onset physical disabilities: a scoping review. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*. 2022. Vol. 3. Article 904586. DOI: <https://doi.org/10.3389/fresc.2022.904586>. PMID: 36189015; PMCID: PMC9485587.
3. Emerson E., Llewellyn G. Parental report of signs of anxiety and depression in children

and adolescents with and without disability in middle- and low-income countries: meta-analysis of 44 nationally representative cross-sectional surveys. *Child Psychiatry & Human Development*. 2025. Vol. 56, № 4. P. 895–906. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10578-023-01608-8>. PMID: 37794308; PMCID: PMC12289834.

4. *Luchshie psikhologicheskie testy* [The best psychological tests] / per. s angl. E. A. Druzhininoi. Kharkov, 1994. 320 s. [in Russian].

5. Boris P., Kovács K. E., Nagy B. E. The comparative study of chronically ill and healthy children and adolescents in the light of their general mental health. *Scientific Reports*. 2024. Vol. 14, № 1. Article 6754. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-024-57442-y>. PMID: 38514800; PMCID: PMC10957949.

Надійшла до редакції 08.01.2025

Прийнята до опублікування 12.02.2025

Інформація про авторів (Information about the authors)

Мищенко Олександр Миколайович, кандидат медичних наук, доцент, Навчально-науковий медичний інститут Національного технічного університету «Харківський політехнічний інститут», завідувач кафедри організації та управління охороною здоров'я і соціальної медицини; Харків, Україна.

Mishchenko Oleksandr, Candidate of Medical sciences, Associate Professor, Educational and Scientific Medical Institute of the National Technical University "Kharkiv Polytechnic Institute", Head of the Department of Organization and management of health care and social medicine; Kharkiv, Ukraine.

E-mail: alex_mischenko1976@ukr.net
<https://orcid.org/0000-0003-0043-2252> A, B, C, D, E, F

-
- A** – Концепція та дизайн роботи (Work concept and design)
B – Збір та аналіз даних (Data collection and analysis)
C – Відповідальність за статистичний аналіз (Responsibility for statistical analysis)
D – Написання статті (Writing the article)
E – Критичний огляд статті (Critical review)
F – Остаточне затвердження статті (Final approval of the article)
-

Відповідальний автор:

Мищенко Олександр Миколайович, кандидат медичних наук, доцент, Навчально-науковий медичний інститут Національного технічного університету «Харківський політехнічний інститут», завідувач кафедри психіатрії, адиктології, психотерапії та клінічної психології.

✉ Україна, 61022, м. Харків, вул. Григорія Сковороди, 19/1.

E-mail: alex_mischenko1976@ukr.net

<p>Цитування: Мищенко О. М. Індивідуальні та популяційні рівні реактивної й особистісної тривожності та депресивних проявів у дітей з інвалідністю харківського регіону. <i>Вісник медицини, психології та фармації</i>. 2025. № 1-2 (3-4). С. 32–45. doi: https://doi.org/10.20998/BMPP.2025.01.02.03</p>
