

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКИЙ КАТОЛИЦЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ

На правах рукопису, остаточна версія

/Підпис студента/

ШВЕД Галина Іванівна

ОСОБЛИВОСТІ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ У ПЕРІОД ГОРЮВАННЯ У ЧАСІ ВОЄННОГО СТАНУ

Спеціальність 053 - Психологія

Магістерська робота на здобуття кваліфікації магістра

Кафедра клінічної психології

Науковий керівник

Аврамчук Олександр Сергійович,
доцент 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 тривожно-депресивних станів дітей і підлітків у період горювання у часі воєнного стану»

Виконала:

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

Швед Г.І.



Керівник: доцент кафедри клінічної

психології УКУ, кандидат

психологічних наук

Аврамчук О.С.

Рецензент:

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 _____

“ ____ ” _____ 202__ року

З А В Д А Н Н Я

НА ДИПЛОМНИЙ ПРОЕКТ (МАГІСТЕРСЬКУ РОБОТУ) СТУДЕНТУ

Швед Галина Іванівна

(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема проекту (роботи): «Особливості тривожно-депресивних станів дітей і підлітків у період горювання у часі воєнного стану»

керівник проекту (роботи): доцент кафедри клінічної психології УКУ,
кандидат психологічних наук Аврамчук Олександр Сергійович,

(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені Вченою Радою факультету від “30” жовтня 2023 р. №
протоколу ____

2. Строк подання студентом проекту (роботи): 31.05.2024

3. Вихідні дані до проекту (роботи): до структури роботи входить вступ,
розділи I-III, висновки, список використаних джерел.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити): 1) Вивчити наукові джерела щодо впливу воєнного стану на здоров'я дітей і підлітків. 2) З'ясувати особливості переживання втрати у дітей і підлітків. 3) Виокремити коморбідні порушення психічного здоров'я при переживанні втрати у дітей і підлітків. 4) Розробити теоретичну модель дослідження. 5) Розробити дизайн дослідження і підібрати відповідний інструментарій. 6) Організувати дослідження шляхом розсилки опитувальників респондентам, а також проведення інтерв'ю в форматі відео-зв'язку. 7) Обробити отримані дані і оцінити результати. 8) Запропонувати рекомендації щодо імплементації результатів дослідження.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень): робота містить 6 рисунків і 14 таблиць.

6. Консультанти розділів проекту (роботи)

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів дипломного проекту (роботи)	Строк виконання етапів проекту (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)

Швед Г.І.

(прізвище та ініціали)

Керівник проекту (роботи)



(підпис)

Аврамчук О.С.

(прізвище та ініціали)

Швед Г.І. Назва магістерського проєкту: «Особливості тривожно-депресивних станів дітей і підлітків у період горювання у часі воєнного стану». Магістерська робота за спеціальністю 053 «Психологія» / Г.І. Швед/ Український католицький університет. Кафедра клінічної психології; Наук. керівник: канд. психол. наук Аврамчук О.С. – Львів: УКУ, 2024. – 56 с.

Анотація

Тема дипломної роботи: «Особливості тривожно-депресивних станів дітей і підлітків у період горювання у часі воєнного стану». Робота складається з трьох розділів, кожен з яких містить від двох до п'яти підрозділів. Список літератури містить 45 джерел. Робота містить 56 сторінок.

Актуальність. Внаслідок вторгнення військ Російської Федерації в Україну зросла кількість дітей та підлітків, які втратили батьків. Перебування в умовах військових дій та вимушена міграція підвищують ризик розвитку порушень психічного здоров'я дітей та підлітків, зокрема тривожно-депресивних станів. Внаслідок продовження воєнних дій зростає потреба в дослідженнях теми втрати та коморбідних станів. Розуміння особливостей тривожно-депресивних станів у дітей та підлітків, які переживають втрату може допомогти розробити ефективні стратегії психологічної підтримки та реабілітації, спрямовані на зменшення негативних наслідків на їхнє психічне здоров'я.

Мета дослідження: дослідити особливості тривожно-депресивних станів дітей і підлітків, які переживають втрату в умовах воєнного стану.

Об'єкт дослідження: проживання втрати у дітей та підлітків 8-18 років у часі воєнного стану.

Предмет дослідження: тривожно-депресивні стани дітей і підлітків у період горювання у часі воєнного стану

Методи дослідження: аналіз теоретичного матеріалу щодо впливу війни на психічне здоров'я дітей і підлітків, особливостей переживання втрати та коморбідних порушень, а також проведення опитування серед дітей віком 8-18 років та їх опікунів щодо проживання втрати.

Висновок: Було виявлено вплив досвіду проживання втрати на рівень вираженості тривожно-депресивних станів у дітей та підлітків. Отримані результати можуть стати основою для подальших досліджень та розробки рекомендацій для психологічної підтримки дітей та підлітків, які проживають втрату в часі воєнного стану.

Ключові слова: втрата, тривожно-депресивні стани, воєнний стан, горювання, діти.

Abstract

Thesis topic: "Peculiarities of anxiety-depressive states of children and adolescents during the period of grieving in the war conditions."

The thesis consists of three chapters, each of which contains from two to five subsections. The bibliography contains 45 sources. The thesis contains 56 pages.

Relevance. As a result of the invasion of the Russian Federation troops into Ukraine, the number of children and adolescents who have lost their parents has increased. Being in a war zone and forced migration increase the risk of mental health disorders in children and adolescents, including anxiety-depressive states. As a result of the ongoing war, the need for research on the topic of loss and comorbid conditions is growing. Understanding the characteristics of anxiety-depressive states in children and adolescents who experience loss can help develop effective psychological support and rehabilitation strategies aimed at reducing the negative consequences for their mental health.

The aim of the study: to investigate the features of anxiety-depressive states of children and adolescents who experience loss in wartime.

Research object: the experience of loss in children and adolescents aged 8-18 years during the war.

Subject of research: anxiety-depressive states of children and adolescents during the mourning period in wartime.

Research methods: analysis of theoretical material on the impact of war on the mental health of children and adolescents, the characteristics of the experience of loss and comorbid disorders, as well as a survey of children aged 8-18 years and their guardians about the experience of loss.

Conclusion: The impact of the experience of loss on the level of severity of anxiety-depressive states in children and adolescents was revealed. The results obtained can form the basis for further research and development of recommendations for psychological support of children and adolescents who experience loss in wartime.

Keywords: loss, anxiety-depressive states, wartime, mourning, children.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ОСОБЛИВОСТЕЙ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ У ПЕРІОД ГОРЮВАННЯ У ЧАСІ ВОЄННОГО СТАНУ.....	8
1.1. Вплив воєнного стану на здоров'я дітей і підлітків.....	8
1.2. Переживання втрати у дітей і підлітків.....	12
1.3. Коморбідні порушення при переживанні втрати у дітей і підлітків.....	16
Висновки до розділу I.....	20
РОЗДІЛ II. МЕТОДИ ТА ПРОЦЕДУРА ДОСЛІДЖЕННЯ.....	22
2.1. Загальні дані про вибірку дослідження.....	23
2.2. Методи і методики оцінки.....	23
2.3. Організація та етапи проведення дослідження.....	25
Висновки до розділу II.....	25
РОЗДІЛ III. ОПИС РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.....	26
3.1. Описові дані.....	26
3.2. Основні результати для вибірки діти/підлітки.....	28
3.3. Основні результати для вибірки батьки/опікуни.....	33
3.4. Порівняльний аналіз між вибіркою батьки/опікуни та діти/підлітки.....	38
3.5 Обговорення результатів.....	40
Висновки до розділу III.....	43
ВИСНОВКИ.....	47
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	51

ВСТУП

Тема втрати батьків в дитячому і підлітковому віці є вкрай актуальною. За даними ООН, у 2015 році у світі майже 140 мільйонів дітей і підлітків віком до 18 років зазнали смерті одного або обох батьків (Revet et al., 2021).

Кількість втрат збільшується в умовах воєнних станів і збройних конфліктів внаслідок прямої загрози життю цивільного населення і військових. Для нашої країни актуальність втрат серед дітей і підлітків зросла за період антитерористичної операції на Сході України (2014-2022 рр.), а також загострилася через вторгнення Російської Федерації в Україну. За офіційними даними, близько 67 тисяч дітей втратили батьків через військові дії в Україні (Мінсоцполітики станом на 23.09.2023 р.). За інформацією Президента України від 25.02.2024, щонайменше 31 000 військових загинули під час воєнного стану в Україні.

Перебування в умовах збройних конфліктів, крім загрози життю, спричиняє негативний вплив на психічне здоров'я дітей і підлітків. Зокрема, зростає рівень поширеності тривожно-депресивних станів. Результати мета-аналізу (Bürgin et al., 2022) свідчать про поширеність депресії - 13,8% та тривожних розладів - 15,8% у дітей і підлітків-біженців і шукачів притулку.

Повномасштабному вторгненню передувала пандемія COVID-19, яка створила передумови для збільшення поширеності тривожно-депресивних станів. Це пов'язано з карантинними заходами, закриттям садочків і шкіл, зменшенням спілкування з однолітками, фізичної активності і перебування на свіжому повітрі, порушеннями режиму сну (Khan et al., 2020, Ng & Ng, 2022). Результати досліджень (Bevilacqua et al., 2023) свідчать, що серед порушень психічного здоров'я найпоширенішими наслідками корона-

вірусної інфекції є тривожні розлади. Їхній рівень підвищився у порівнянні з допандемічним рівнем, особливо це помітно у підлітків.

У зв'язку з тривалим воєнним станом в Україні, зростає потреба в подальших дослідженнях процесу горювання у дітей та підлітків, а також коморбідних до нього станів з метою розробки ефективних стратегій допомоги.

Ми визначили тему дослідження як «Особливості тривожно-депресивних станів дітей і підлітків у період горювання у часі воєнного стану», тому що вважаємо її актуальною та мало дослідженою.

Об'єкт дослідження: проживання втрати у дітей та підлітків 8-18 років у часі воєнного стану.

Предмет дослідження: тривожно-депресивні стани дітей і підлітків у період горювання у часі воєнного стану.

Мета дослідження:

Дослідити особливості тривожно-депресивних станів дітей і підлітків, які переживають втрату в умовах воєнного стану.

Основні завдання:

1. Вивчити наукові джерела щодо впливу воєнного стану на здоров'я дітей і підлітків.
2. З'ясувати особливості переживання втрати у дітей і підлітків.
3. Виокремити коморбідні порушення психічного здоров'я при переживанні втрати у дітей і підлітків.
4. Розробити теоретичну модель дослідження.
5. Розробити дизайн дослідження і підібрати відповідний інструментарій.
6. Організувати дослідження шляхом розсилки опитувальників респондентам, а також проведення інтерв'ю в форматі відео-зв'язку.
7. Обробити отримані дані і оцінити результати.

8. Запропонувати рекомендації щодо імплементації результатів дослідження.

Гіпотези дослідження:

Гіпотеза 1. Досвід проживання втрати впливає на рівень вираженості тривожно-депресивних станів дітей і підлітків.

Гіпотеза 2. Існують відмінності між сприйняттям тривожно-депресивних станів між дітьми і батьками/опікунами

Методи дослідження:

- аналіз, порівняння і узагальнення теоретичного матеріалу щодо впливу війни на психічне здоров'я дітей і підлітків, особливостей переживання втрати та коморбідних порушень;
- опитування (анкетування) дітей 8-18 років та їхніх батьків/опікунів щодо проживання втрати.

Емпірична частина погоджена відповідно до протоколу дослідження в межах спільної ініціативи кафедри клінічної психології Українського католицького університету (Україна, Львів) та Cornell Center for Research on End-of-Life Care, USA.

Клінічний протокол дослідження включає:

- соціально-демографічну інформацію;
- анкету характеристики втрати (заповнюють батьки/опікуни);
- опитувальник оцінювання пролонгованого горювання Prolonged Grief Assessment - версія для батьків і дітей (Holly G. Prigerson, et al., 2005);
- Revised Child Impact of Events Scale - CRIES-8 (Perrin et al., 2005), заповнюють діти/підлітки;
- RCADS-25 - версія для батьків і дітей (Chorpita et al., 2005);
- KIDSCREEN-27 - версія для батьків і дітей (Ravens-Sieberer, U & The European KIDSCREEN Group, 2007).

Практична новизна отриманих результатів

Наше дослідження проводилося в умовах поточного воєнного стану, що дозволило вивчити ранні прояви тривожно-депресивних станів. Розуміння особливостей тривожно-депресивних станів у цих групах може допомогти розробити ефективні стратегії психологічної підтримки та реабілітації, спрямовані на зменшення негативних наслідків на їхнє психічне здоров'я.

Наукова новизна

Дослідження тривожно-депресивних станів у дітей і підлітків у контексті воєнного стану дозволяє краще зрозуміти вплив війни на психічне здоров'я дітей і розвинути ефективні методи підтримки та лікування. Наша робота доповнить дані з теми проживання втрати батьків у дітей і підлітків, оскільки вони є обмеженими. Також новизною є дослідження відмінностей сприйняття тривожно-депресивних станів між дітьми/підлітками та батьками/опікунами.

Аналіз втрати батьків у дітей та підлітків підкреслює важливість розуміння та підтримки під час горя, особливо в умовах воєнного конфлікту.

Особистий внесок магістранта

Наше дослідження проведено в межах пілотного проєкту кафедри клінічної психології Українського католицького університету та Cornell Center for Research on End-of-Life Care, USA, Co-Director Holly G. Prigerson, PhD (Irving Sherwood Wright Professor in Geriatrics, Professor of Sociology in Medicine). Працювала під керівництвом О.Аврамчука разом з Р. Балагурак, яка досліджувала схильність до ускладненого горювання дітей та підлітків в умовах воєнного стану. Мій внесок в дослідження - опрацювання наукової літератури, створення google-форми опитувальника для батьків/опікунів, пошук і комунікація з респондентами (телефонні дзвінки, месенджери). Також під час дослідження провела 7 опитувань в форматі

відео інтерв'ю з наданням зворотного зв'язку респондентам. Також аналізувала отримані результати дослідження щодо особливостей тривожно-депресивних станів у період горювання у дітей та підлітків.

Визначена структура та обсяг роботи

Магістерська робота представлена вступом, трьома розділами (кожен містить підрозділи), висновками, списком літератури, який складається з 45 джерел. Кількість сторінок - 56, основний текст - 50 сторінок. 6 рисунків і 14 таблиць.

РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ОСОБЛИВОСТЕЙ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ У ПЕРІОД ГОРЮВАННЯ У ЧАСІ ВОЄННОГО СТАНУ

1.1. Вплив воєнного стану на здоров'я дітей і підлітків

«Діти є водночас нашою причиною усунути найгірші аспекти збройних конфліктів і нашою найкращою надією досягти успіху в цій справі» (Граса Машел, правозахисник, колишня перша леді Мозамбіку та Південної Африки (1996).

Конвенція ООН про права дитини, ратифікована багатьма країнами світу, в тому числі Україною, декларує основні права дітей і підлітків, зокрема право на життя, здоров'я та розвиток і закликає захищати інтереси дітей. В умовах воєнного стану і збройних конфліктів перелічені вище права порушуються (ЛІГА:ЗАКОН, Конвенція про права дитини).

За оцінками ВООЗ, 2019 у ситуаціях військових дій у світі «щонайменше кожна п'ята дитина та дорослий, які постраждали від конфлікту, можуть мати психічні розлади, у порівнянні із середнім показником поширеності в усьому світі – один з 14» (Samara et al., 2020).

Через повномасштабне вторгнення Росії в Україну поточну ситуацію в нашій країні можна розглядати як «надзвичайну ситуацію воєнного характеру, якій властива висока стресогенність для кожної людини, яка опинилася в ситуації вітальної загрози» (Процик, 2022). Статистичні дані з офіційних джерел підтверджують наведену вище інформацію про загрозу життю: внаслідок воєнних дій в Україні загинула 531 дитина, понад 1231 отримали поранення (Офіс Генерального прокурора України, 04.03.24 р.), кількість загиблих цивільних осіб перевищує 10 000 (ООН, 21.11.23).

Внаслідок тривалого перебування в умовах вітальної загрози в Україні зростає кількість людей, які «отримали травматичний досвід і вимушені адаптуватися до умов невизначеності» (Процик, 2022). В. Левченко та О. Луценко (2023) вважають війну «потенційно травматичною подією, яка призводить до секвенційної травми, наслідками якої для дитячої психіки є фобії, депресія, соматоформні розлади, залежності як коморбідні розлади».

Найчастішими порушеннями психічного здоров'я внаслідок військових дій за результатами огляду (Murthy & Lakshminarayana, 2006) є депресія, тривога, а також психосоматичні прояви у вигляді безсоння та біль в області живота і спини.

Доповнюють наведені вище дані результати огляду 7 мета аналізів та системних оглядів (Carpiniello, 2023) за період з 2005 по 2020 рр., який вивчав вплив військових дій на психічне здоров'я дітей та підлітків. Показники поширеності становили для тривожних станів - 15-27%, депресії - 13,8-43%, посттравматичних стресових розладів - 5-52%, розладів з дефіцитом уваги та гіперактивністю - 3,8-8% та були вдвічі-втричі вищими серед дітей, які зазнали впливу збройного конфлікту, у порівнянні з тими, хто не зазнав його впливу.

Для розуміння впливу військових дій на дітей та підлітків в Україні важливими є результати досліджень вітчизняних вчених. Зокрема, дослідження (Osokina et al., 2023) впливу російського вторгнення у 2014 р. на психічне здоров'я 2766 підлітків віком 11-17 років, які проживали в Донецькій області, де відбувалися військові дії, та «мирній» Кіровоградщині показало, що «військова травма та щоденний стрес були вищими у підлітків Донецької області; 881 (60,2%) підліток був свідком збройних нападів, 204 (13,9%) стали жертвами насильства, а 409 (27,9%) були змушені покинути свої домівки» (Osokina et al., 2023). Також підлітки

з Донецької області мали підвищений ризик посттравматичного стресового розладу, тривожності та депресії.

Доповнює попередні дані дослідження (Лебець, Матковська та ін., 2019) психологічного стану 286 дітей віком 7-18 років, які перебували в зоні військового конфлікту з 2014 р. на території Луганської та Донецької областей та дітей-переселенців. Результати показали поліморфність клінічних симптомів, що «ускладнювало своєчасну діагностику саме депресивних розладів і початок їх формування та частково маскувало різну соматичну і ендокринну патологію» (Лебець, Матковська та ін., 2019). Діти демонстрували соматичні скарги (97,6%), порушення сну (96,8%), дратівливість (68,5%), порушення когнітивних процесів (51,0%), тривогу (50,4%), втомлюваність (42,4%), зниження мотивації до навчання (40,8%), прояви агресії (36,8%), зниження енергії (33,6%), фобії (28,8 %). Майже всі діти повідомляли про знижений настрій. Також 23-28% дітей зазначали погіршення працездатності, зниження самооцінки, порушення апетиту, відчуття провини, втрату відчуття задоволення, прояви енурезу, нав'язливі дії та тики. При клінічному обстеженні «переважали тривожні розлади, короткочасна та довготривала невротична та депресивна реакції» (Лебець, Матковська та ін., 2019).

Додатковим чинником, який впливає на психічне здоров'я дітей та підлітків під час воєнного стану, є вимушене переміщення всередині країни або поза її межами. Протягом еміграції сім'ї та діти стикаються з різними потенційно травматичними подіями. На етапі преміграції вони пов'язані безпосередньо з війною, на етапі периміграції такими подіями можуть бути відсутність житла і високий рівень небезпеки, на етапі постеміграції - невизначений правовий статус, зміна сімейної динаміки і брак соціальної підтримки. Крім загальних для всієї родини потенційних травматичних подій, на дітей впливають міжособистісні фактори, пов'язані зі стосунками з батьками (Hazer & Gredebäck, 2023).

Дослідження (Kandemir et al., 2018) поширеності депресії та тривожних розладів серед 355 дітей-біженців з Сирії, які знайшли прихисток в Туреччині показало, що середні бали депресії і тривоги у дівчат вищі, ніж у хлопців. У 47,9% дітей були виявлені депресивні симптоми, у 53,2% - симптоми тривожних розладів, 28,7% мали коморбідні симптоми депресії і тривожних розладів.

Результати метааналізу (Bürgin et al., 2022) також повідомляють про поширеність тривожних розладів - 15,8% та депресії - 13,8% у дітей та підлітків-біженців і шукачів притулку.

Підтверджують та доповнюють попередні дані результати огляду досліджень (Hazer & Gredebäck, 2023) впливу війни, вимушеного переміщення та травми на психологічний стан і розвиток дітей-біженців з Сирії віком від 0-18 років: 32-48% учасників мали прояви депресії, 45-50% - посттравматичний стресовий розлад, понад 50 % - ознаки тривожних розладів, у 33-75 % були психосоматичні симптоми. Ризик розвитку депресії та посттравматичного стресового розладу був вищим у дівчат, у порівнянні з хлопцями. У дітей-біженців з Сирії «спостерігається підвищений ризик психопатології та психосоматичних проблем порівняно з дітьми, які не зазнали впливу війни» (Hazer & Gredebäck, 2023). Кількість переміщень також негативно впливає на психічний стан: «діти, які були переміщені кілька разів, частіше повідомляли про відчуття паніки, психічний дистрес і загальні проблеми з психічним здоров'ям» (Hazer & Gredebäck, 2023).

Ми дійшли висновків, що воєнний стан становить загрозу безпосередньо життю дітей, підлітків та їхніх батьків, а також має негативний вплив на фізичне та психічне здоров'я. Результати досліджень свідчать про підвищені рівні депресії, тривожних розладів, а також посттравматичного стресового розладу у дітей і підлітків, які перебували в умовах збройних конфліктів. Вимушене переміщення під час воєнного

стану та збройних конфліктів підвищує ризик розвитку порушень психічного здоров'я.

1.2. Переживання втрати у дітей і підлітків

Психологічний словник Американської психологічної асоціації АРА визначає горе як «страждання після значної втрати, як правило, смерті близької людини» (APA Dictionary of Psychology, n.d.) а також наводить симптоми та стани, які можуть супроводжувати процес горювання: «фізіологічний дистрес, сепараційна тривога, розгубленість, туга, нав'язливі думки про минуле та побоювання щодо майбутнього» (APA Dictionary of Psychology, n.d.).

W. Worden у книзі від 2018 року «Grief Counselling and Grief Therapy: A Handbook for the Mental Health Practitioner» описує горе як «фізичну, емоційну, поведінкову та когнітивну реакцію на втрату».

A. Revet та ін. (2020) вважають, що «втрата близької людини є фундаментальним, універсальним, екзистенційним досвідом, а горе є перш за все внутрішнім процесом... і прототипом морального болю».

З одного боку, як зазначила M. Klein (1940): «Горе - це нормальна хвороба», з іншого боку, через подвійний статус скорботи у фахівців з психічного здоров'я є труднощі з розмежуванням між нормальним процесом горювання і ускладненим (патологічним) горем (Revet et al., 2020). Враховуючи це, важливим є диференціювати «ключові ознаки ускладненого горювання поміж інших адаптивних і дезадаптивних реакцій на втрату близької людини» (Avramchuk, 2019).

Визнання дитячого горя з'явилося нещодавно. Раніше вважали, що «діти були збережені від цих страждань через незрілість свого когнітивного та психічного розвитку, тому їх вважали нечутливими до втрати» (Revet et al., 2020). J. D'Antonio (2011) зазначає, що «діти будь-якого віку сумують, хоча їх горе відрізняється від горя дорослих.

Дитяче горе також тісно пов'язане зі стадією розвитку, тому діти різного віку також сумують по-різному».

На реакцію дитини на втрату впливають фактори, які можна розділити на дві групи (Romano, 2017):

- Перша група пов'язана з обставинами смерті і стосунками з померлим: як саме померла людина (передбачено в похилому віці, через тривалу хворобу, нещасний випадок, самогубство тощо), ким була померла людина (мама, батько, сестра тощо), чи була дитина присутня під час смерті.
- Друга група факторів включає «попередні ресурси, рівень психоемоційного розвитку, нейро-когнітивної зрілості, почуттів, відчуття, що вона зможе впоратися з цією подією та якість підтримки, яку можуть забезпечити дорослі» (Romano, 2017).

A. Revet та ін. (2020) пропонують розглядати дитяче горе з урахуванням «психічного та когнітивного розвитку дитини, щоб зрозуміти та точно описати її реакції на горе». Автори наводять дані про етапи розвитку усвідомлення смерті та реакції на горе відповідно до віку. У дітей, які не усвідомлюють смерть, серед реакцій горя переважає загальний дистрес, тривожність, соматичні прояви та порушення сну. Підлітки часто мають чітке уявлення про смерть, і дистрес у них проявляється у «формі екзистенційних запитань, значної тривожності, труднощів у школі, почуття ізоляції від своїх ровесників або ризикованої поведінки» (Revet et al., 2020).

Вікові особливості горювання представлені в дослідженні (Christ, 2000) стану 157 дітей з 88 сімей, які зазнали втрати одного батьків від раку. Реакції на втрату протягом 6 місяців після смерті відрізнялися у дітей різних вікових груп:

Горювання у дітей 6-8 років проявлялося смутком, гнівом і пригніченістю, було пов'язане з думками про померлого, і тривало

короткий проміжок часу. Також у них спостерігалися фізичні симптоми, порушення сну і сепараційна тривога. Діти цієї групи відкрито говорили про бажання померти, щоб бути поруч з померлим. Ці думки не супроводжувалися намірами і планами. Діти мали радісні спогади про померлого і відкрито говорили про нього з близькими.

Горювання у дітей 9-11 років проявлялося потребою дізнатися деталі про хворобу і смерть, уникненням власних і чужих сильних емоцій, пов'язаних з втратою. Сум за померлим діти часто проявляли опосередковано - через погану поведінку, впертість, суперечливість і закритість.

Горювання у дітей 12-14 років характеризувалося уникненням вираження емоцій, крім власного гніву та презирства. Багато дітей розповідали свої сни про померлого і вільно говорили про нього з близькими.

Горювання у дітей 15-17 років нагадувало процес у дорослих, тільки менш тривалий. Діти проживали сильний смуток, тугу, відчай, безпорадність і безнадію. Це заважало їхньому функціонуванню в школі, спорті і позашкільній діяльності. Характерним проявом була ангедонія. Поведінка включала короткочасне вживання алкоголю, напади гніву, суперечки з батьками, уникнення домашніх обов'язків, проведення більш тривалого часу поза домом з однолітками.

Згідно з теорією багатовимірною горя, «реакції дитячого горя можна охарактеризувати трьома широкими вимірами: дистрес розлуки, екзистенціальний дистрес ідентичності та дистрес, пов'язаний з обставинами» (Alvis et al., 2022). Ця теорія заснована на припущеннях, що «дезадаптивні і адаптивні реакції на втрату можуть проявлятися одночасно» (Alvis et al., 2022).

Більшість дітей, які зазнали втрати «сумують адаптивно та зберігають нормальне функціонування в різних сферах життя» (Alvis et al.,

2022). Адаптивні реакції горя з часом зменшуються за інтенсивністю, зростає здатність згадувати нейтральні і приємні події, пов'язані з померлим. «Здорові прояви скорботи можуть сприяти здоровому функціонуванню, включаючи втішний зв'язок з померлим, вшанування пам'яті померлого, пошук сенсу» (Alvis et al., 2022). Дезадаптивне горе з порушенням функціонування спостерігається у 10-18% дітей і підлітків.

Результати двох досліджень підтверджують та доповнюють інформацію про адаптивні та дезадаптивні реакції на втрату. Лонгітюдне дослідження (Melhem et al., 2011) психічного здоров'я 182 дітей і підлітків віком 7-18 років, які втратили рідних в результаті природної смерті, самогубства і травми показало, що більша частина респондентів мали швидке зменшення симптомів горя протягом одного року після раптової смерті батьків, 30,8% - поступове зменшення проявів, у 10,4% спостерігалися стійкі симптоми через три роки після втрати.

Дослідження (Worden, Silverman, 2000), представлене у книзі W. Worden від 2018 р. «Grief Counselling and Grief Therapy: A Handbook for the Mental Health Practitioner» вивчало стан 125 дітей віком 6-17 років, які пережили втрату протягом двох років після події. Діти першої групи (близько 20%) важко справлялися з втратою і були віднесені до групи ризику розвитку ускладнень, учасники другої групи демонстрували добру успішність в школі, активне суспільне життя, відчуття власної цінності (їх визначили «життєстійкими»), діти з третьої групи протягом двох років нормально справлялися з втратою.

Важливими для розуміння проживання горя дітьми та підлітками є дослідження, які вивчали фактори ризику ускладненого горя. Дослідження (Melhem et al., 2004) стану 146 підлітків, які пережили самогубство однолітка, через 12, 18 і 36 місяців після смерті показало, що частота ускладненого горя вища у дівчат, у підлітків, які відчували, що могли

запобігти смерті ровесника, а також в учасників, які мали досвід депресії та тривожні розлади у близьких родичів.

Доповнює інформацію про фактори ризику ускладненого горя дослідження (Karlou et al., 2014) психологічного стану 63 дітей, які втратили батьків та 38 опікунів. Вищі рівні ускладненого горя і симптоми посттравматичного стресу спостерігалися у випадку смерті опікуна через тривалу хворобу, ніж через раптову природну смерть. Діти, чиї батьки померли раптово, мали вищі рівні депресії, у порівнянні з тими, чиї батьки померли через тривалу хворобу. Вчені дійшли висновку, що: «очікувана смерть може містити етіологічні фактори ризику дезадаптивного горя та посттравматичного стресу у дітей» (Karlou et al., 2014).

Опрацювання літератури показало, що переживання втрати у дітей і підлітків відрізняється від горювання дорослих та залежить від психічного та когнітивного розвитку дитини. Більшість дітей і підлітків мають адаптивні реакції на втрату. Факторами ризику розвитку ускладненого горювання у дітей і підлітків є попередній досвід депресії, тривожні розлади у близьких родичів, смерть опікуна через тривалу хворобу.

1.3. Коморбідні порушення при переживанні втрати у дітей і підлітків

Втрата батьків в дитячому і підлітковому віці є травматичною життєвою подією, яка підвищує ризик розвитку розладів психічного здоров'я. Результати огляду (Aguirre et al., 2024) показали, що тривожні та депресивні розлади є домінуючими наслідками для психічного здоров'я, пов'язаних зі смертю батьків. Їхня поширеність становить від 7,5 % до 44,67 %.

Доповнюють дані про коморбідні стани результати огляду досліджень (Guzzo & Gobbi, 2021) психічного стану підлітків, які переживають втрату батьків. Результати повідомляють про «депресію, суїцидальні думки, тривогу, безсоння, залежність і порушення функцій у

школі та вдома» (Guzzo & Gobbi, 2021). Також переживання втрати може супроводжуватися тривогою, дистимією, біполярними епізодами, випадками фобій і паніки, підвищенням рівня провини і сильного страху.

Ранніми маркерами порушень психічного здоров'я у молоді, яка переживає втрату, можуть бути наступні фактори: кількість смертей, причина смерті та зв'язок з померлими, суїцидальні думки чи поведінка, самоушкодження та вживання психоактивних речовин, що підтверджують результати дослідження (Kaplow et al., 2020) психологічного стану 1281 молодих людей віком 12-21 рік. Учасники, які зазнали декількох втрат, мали вищі показники посттравматичного стресу, ніж ті, що пережили одну втрату. Молоді люди, які втратили близьку людину внаслідок самогубства, частіше мали суїцидальні думки або поведінку та вживали алкоголь, ніж ті, які пережили втрату з природних причин. Учасники, які втратили батьків, частіше мали симптоми депресії порівняно з тими, хто пережив смерть дорослого родича або знайомого.

Коморбідні порушення психічного здоров'я у дітей і підлітків, які переживають втрату можуть розвинутися на ранніх термінах, а також протягом усього життя.

Дослідження (Gray et al., 2011) вивчало ранні прояви депресії у дітей, які втратили батьків два місяці тому. Основна група склала 325 дітей і підлітків, які втратили батьків, контрольна група - 129 осіб, які не втратили батьків, 110 осіб з депресією, які не втратили батьків. Результати показали, що 25% учасників основної групи мали симптоми великого депресивного епізоду (1% - контрольна група), 24% учасників основної групи мали 3-4 депресивні симптоми (4% - контрольна група). Факторами ризику великого депресивного епізоду у дітей, які втратили батьків, були депресивний епізод в анамнезі, а також зловживання алкоголем батьками. Вчені дійшли висновку, що «смерть одного з батьків є фактором ризику

розвитку симптомів депресії та депресивних епізодів у дітей та підлітків через два місяці після смерті» (Gray et al., 2011).

Дослідження (Melhem et al., 2011) стану психічного здоров'я 182 дітей і підлітків віком 7-18 років протягом 3 років після смерті батьків підтвердило дані щодо ранніх проявів депресії. В учасників, які мали симптоми ускладненого горювання, спостерігалася більша частота і ранній розвиток депресії (через 9 місяців після втрати). Важливим є один із висновків дослідження: «благополуччя опікунів після втрати батьків є значущим предиктором благополуччя дітей і підлітків» (Melhem et al., 2011), що може бути допоміжним для прогнозування депресії протягом 3 років після смерті.

Доповнило попередні дані дослідження (Pham et al., 2018) впливу раптової смерті батьків на психічний стан підлітків протягом 7 років. Учасниками були 216 осіб, які втратили батьків через самогубство, нещасний випадок або раптову природну смерть, а також 172 осіб, які не зазнали втрати. Підлітки проходили опитування через 9, 21, 33, 62 і 84 місяці після смерті. Результати показали підвищену частоту депресії, посттравматичного стресового розладу і функціональних порушень у підлітків, які втратили батьків. Пікові рівні захворюваності на депресію спостерігалися в перші 2 роки після втрати у дітей, чиї батьки померли до 12 років.

Дослідження (Karlou et al., 2010) стану молодих людей віком 11-21 років, які втратили батьків (172 особи) або іншого родича (815 осіб), крім депресії, повідомляє про часті симптоми сепаративної тривоги у учасників, у порівнянні з тими, хто не зазнав втрати.

Важливим є дослідження (Keyes et al., 2014), яке вивчало зв'язок між несподіваною смертю близької людини та появою розладів настрою, тривоги та вживання алкоголю у населення США різного віку. Вчені дійшли висновків, що несподівана смерть близької людини спричиняє

сильний вплив на психічне здоров'я і призводить до «підвищення частоти випадків великих депресивних розладів, панічного розладу та посттравматичного стресового розладу» (Keyes et al., 2014).

Довготермінові наслідки горювання показують результати когортних досліджень стану психічного здоров'я людей, які пережили втрату в дитячому і підлітковому віці.

Національне когортне дослідження (Berg et al., 2016) вивчало зв'язок між смертю батьків від природних і зовнішніх причин у віці до 18 років і розвитком депресії в молодому віці. Загальна вибірка склала 862 554 осіб. Дослідження показало, що діти, які втратили батьків через смерть від зовнішніх причин (самогубств, нещасних випадків, вбивств) а також діти, які втратили батьків у молодшому віці мають більший ризик розвитку депресії і госпіталізації з цього приводу, ніж діти, чії батьки померли від природної смерті.

Доповнює дані про довготермінові наслідки когортне дослідження (Li et al., 2022). Досліджувана група складалася з 202 837 осіб, які втратили батьків, контрольна група - 2 028 370 людей, чії батьки живі. Результати показали, що у всіх досліджувальних вікових групах, які втратили батьків (діти, підлітки, молоді дорослі) ризик розвитку шизофренії, біполярного та депресивного розладів був значно вищим, ніж у контрольній когорті. Найвищий ризик розвитку згаданих вище розладів спостерігався в осіб, які втратили батьків при наявності у них розладу, пов'язаному зі вживанням психоактивних речовин.

Діти та підлітки, які втратили батьків в дитячому і підлітковому віці, мають підвищений ризик розвитку порушень психічного здоров'я. Найчастіше у них розвивається депресія, залежності, посттравматичний стресовий розлад і тривожні розлади. Порушення можуть розвиватися як на ранніх термінах після втрати, так і протягом життя.

Висновки до розділу I

В результаті аналізу наукових джерел ми розробили теоретичну модель дослідження, яка представлена на рис.1.

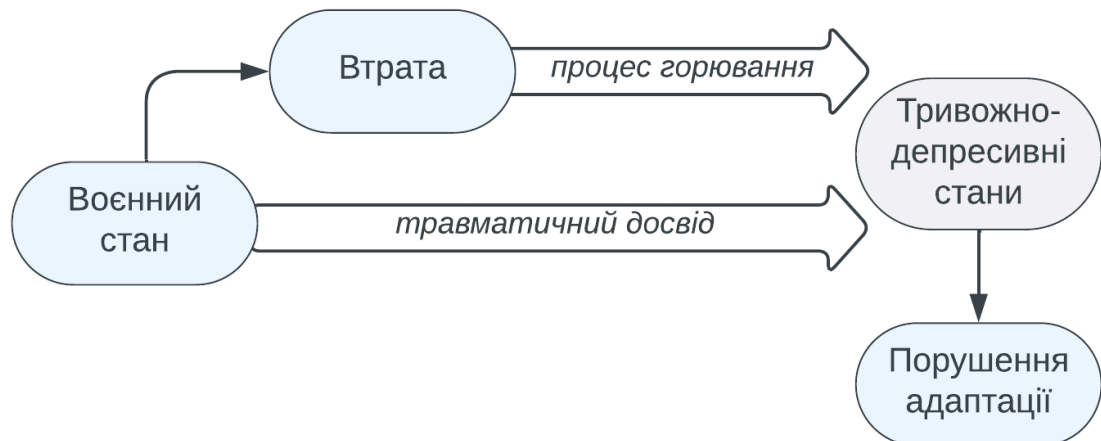


Рис. 1. Теоретична модель дослідження.

Воєнний стан як безпосередня вітальна загроза (Процик Л., 2022) призводить до збільшення кількості втрат у дітей і підлітків. Переживання втрати близьких людей, особливо батьків супроводжується підвищеним ризиком розвитку тривожно-депресивних станів (Revet et al., 2020).

Також під час воєнного стану велика кількість дітей та підлітків отримують травматичний досвід (Процик, 2022, Левченко, Луценко, 2023), що своєю чергою збільшує ризик розвитку порушень психічного здоров'я у вигляді депресії і тривожних станів (Bürgin et al., 2022, Carpiniello, 2023). Тривожно-депресивні стани погіршують адаптацію дітей і підлітків, що може бути фактором ризику для розвитку ускладненого горювання. (Melhem, 2004).

Вивчення наукових джерел щодо впливу воєнного стану на здоров'я дітей і підлітків показало, що поширеність тривожних розладів, депресії та посттравматичного стресового розладу вдвічі-втричі вища серед дітей і

підлітків, які зазнали впливу збройного конфлікту, порівняно з тими, хто проживає в мирних країнах.

Депресія, тривога, безсоння, біль в животі та спині - найчастіші порушення психічного здоров'я внаслідок військових дій. Дослідження, в яких брали участь внутрішньо переміщені діти та підлітки з Донецької та Луганської областей, а також дослідження дітей-біженців з Сирії свідчать про підвищений рівень посттравматичного стресового розладу, тривожних станів і депресії. Кількість переміщень збільшує ризик розвитку порушень психічного стану дітей і підлітків. Переміщені особи стикаються з такими потенційно-травматичними подіями, як брак соціальної підтримки, невизначеність правового статусу, зміна сімейної динаміки. Це призводить до погіршення психічного здоров'я і затримки розвитку.

Особливостями переживання втрати у дітей і підлітків є те, що реакції горя залежать від багатьох факторів. Основними з них є фактори, пов'язані з обставинами смерті та стосунками з померлим, рівень психоемоційного та когнітивного розвитку, якість підтримки оточення. Горювання у дітей проявляється фізичними, емоційними, поведінковими і когнітивними реакціями. У більшості дітей спостерігаються адаптивні прояви горювання, для 10-18% характерні дезадаптивні реакції на втрату. Ризик розвитку ускладненого горювання вищий у дівчат.

Основними коморбідними порушеннями при переживанні втрати у дітей на ранніх етапах є депресія та сепараційна тривога, для підлітків також частими є залежності. Ранніми маркерами розвитку коморбідних порушень є кількість смертей, причина смерті і зв'язок з померлим, суїцидальні думки, самоушкоджувальна поведінка та вживання психоактивних речовин. Також втрата близької людини підвищує ризик розладів психічного здоров'я протягом життя, а саме: депресії, панічного розладу, біполярного розладу і шизофренії.

РОЗДІЛ II. МЕТОДИ ТА ПРОЦЕДУРА ДОСЛІДЖЕННЯ

Дослідження, які ми розглянули в підрозділі 1.3. теоретичної частини за дизайном є лонгітюдними (Melhem et al., 2011, Pham et al., 2018), крос-секційним (Gray et al., 2011), когортними (Berg et al., 2016, Li et al., 2022) та оглядами літератури (Aguirre et al., 2024, Guzzo & Gobbi, 2021). Для збору даних дослідники використовували опитувальник пролонгованого горювання, напівструктуроване інтерв'ю «Обставини контакту зі смертю», структуроване клінічне інтерв'ю SCID-I та SCID-II, дитячу глобальну шкалу оцінки CGAS, дитячий опитувальник депресії CDI, діагностичне інтерв'ю для дітей та підлітків DICA-R, Child, Adolescent, and Parent Forms для оцінки депресії та інші методики. Серед сильних сторін автори зазначили велику вибірку, дослідження ранніх проявів коморбідних до втрати станів, серед слабких сторін - ймовірність того, що вибірка може бути не репрезентативною для всіх дітей, низьку кількість або відсутність неєвропеїдних учасників, можливі упередження щодо включення учасників - сім'ї, які відчували більший дискомфорт, могли зголошуватися на дослідження частіше.

Огляд літератури щодо стану підлітків, які втратили батьків (Guzzo & Gobbi, 2021) містить аналіз досліджень за період з 1987 р. по вересень 2020 р., огляд (Aguirre et al., 2024) надає інформацію про дослідження 2006, 2011 та 2021 рр.

Основні висновки, які вплинули на методологію нашого дослідження: депресія та тривожні розлади - найпоширеніші наслідки для психічного здоров'я, пов'язані зі смертю батьків, втрата батьків - стресова подія, яка може викликати ускладнене горювання, переживання втрати в дитячому та підлітковому віці може знижувати якість життя та впливати на соціальну сферу та навчання.

2.1. Загальні дані про вибірку дослідження

Наше дослідження є крос-секційним, тому рандомізації учасників не передбачено. Загальна кількість учасників склала 93 особи, з них 56 дорослих та 37 дітей і підлітків. Більшість респондентів на момент опитування проживала в Україні, 5 осіб - за кордоном.

Всі дані з дитячої вибірки були представлені у дорослій вибірці також. Це показує те, що дані аналізувались безпосередньо опікунами опитувальних дітей.

Критерії включення учасників:

- добровільна згода на участь у дослідженні;
- діти 8-18 років, які переживають втрату (у вигляді смерті людини) у часі війни, від 24.02. 2022 р.;
- опікуни або батьки дітей 8-18 років, які переживають втрату (смерть людини) у часі війни, від 24.02.2022 р.

Критерії виключення учасників:

- відсутність добровільної згоди опікунів або батьків на участь дитини у дослідженні;
- діти, які не відповідають віковим критеріям 8-18 років;
- діти 8-18 років, які переживають втрату (смерть людини) з часу до 24.02.2022 р.

2.2. Методи і методики оцінки

Для дослідження особливостей тривожно-депресивних станів дітей та підлітків у період горювання у часі воєнного стану ми використали наступні методики:

1. *Анкету з демографічною інформацією*, яка включала питання про вік, стать, місце проживання, етнічну групу, релігію, інформацію про навчання і склад сім'ї на момент опитування. Анкету заповнювали діти, батьки та опікуни.

2. *Анкету характеристики втрати COL*, яка містила наступні питання: кого втратила дитина, коли це сталося, причину і вид смерті, чи була дитина присутня під час смерті, як дитина переживає втрату (думки про смерть, їхня частота та вплив на настрій). Анкету заповнювали батьки та опікуни.
3. *Опитувальник «Prolonged Grief Assessment (Holly G. Prigerson, et al., 2005)»* для оцінки рівня ускладненого горювання. Опитувальник містить питання, спрямовані на оцінку різних аспектів горювання, таких як інтенсивність, тривалість, вплив на повсякденне життя. Респонденти заповнювали версію для дітей та батьків.
4. *Шкалу «Revised Child Impact of Events Scale - CRIES-8 (Perrin et al., 2005)»* для оцінки рівня впливу травматичних подій, яка містить 8 питань про симптоми уникнення і інтрузії. Заповнювали діти та підлітки.
5. *Опитувальник «RCADS-25 (Chorpita et al., 2005)»* для оцінки рівня вираженості тривожних та депресивних симптомів. Учасники заповнювали версію для дітей та батьків.
6. *Опитувальник «KIDSCREEN-27 (Ravens-Sieberer, U & The European KIDSCREEN Group, 2007)»* для оцінки рівня якості життя дітей і підлітків. Він містить 5 питань для оцінки рівня фізичного благополуччя, 7 питань для визначення рівня психологічного благополуччя, 7 питань оцінюють рівень автономії і стосунків з батьками, 4 питання - стосунки з однолітками і соціальну підтримку, 4 питання - шкільне середовище та дозвілля. Респонденти заповнювали версію для дітей та батьків.

Переклад анкет і опитувальників виконаний Аврамчуком О. Українська адаптація Revised Child Impact of Events Scale - CRIES-8 здійснена фахівцями Інституту психічного здоров'я Українського Католицького Університету.

2.3. Організація та етапи проведення дослідження

Етапи проведення дослідження:

1. Затвердження протоколу дослідження етичною радою УКУ для етичних вимог та етичної правомірності дослідження.
2. Переклад опитувальників для батьків/опікунів та дітей/підлітків українською мовою, створення google-форм опитувальників.
3. Пошук респондентів в організаціях, які надають послуги дітям і підліткам, які переживають втрату (фонд Діти Героїв, центр Коло сім'ї та ін.)
4. Зв'язок з учасниками опитування, інформування про дослідження, розсилка опитувальників, пропозиції пройти інтерв'ювання в форматі відео зв'язку.
5. Проведення інтерв'ювання і надання зворотного зв'язку щодо стану дитини/підлітка.
6. Обробка та аналіз даних.
7. Розробка рекомендацій для впровадження результатів в клінічну практику для ефективної допомоги дітям, які переживають втрату в умовах воєнного стану.

Збір даних проведений за період з 05.02 по 16.04.2024 р.

Висновки до розділу II

Ми отримали позитивну відповідь Інституційної етичної ради щодо дослідження, висновок №5.1/23-кп/е. В даному розділі ми обґрунтували вибір методик дослідження, описали вибрані методики та етапи дослідження, а також надали загальні дані про вибірку.

Викликами нашого дослідження є проведення в умовах воєнного стану та пошук респондентів, що пов'язано з чутливістю теми горювання. Щоб знайти респондентів, ми звернулися до профільних організацій, які надають послуги дітям та підліткам, які переживають втрату.

РОЗДІЛ III. ОПИС РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Даний розділ містить описові дані та результати перевірки гіпотез дослідження за допомогою статистичних методів. Розрахунок результатів відбувався у програмі IBM SPSS Statistics 29.0.

Ми проводили розрахунки окремо для вибірки дітей/підлітків та батьків/опікунів. Числові значення до основних результатів нашого дослідження наведено в таблицях, а взаємозв'язки відображені на схемах.

Ми перевірили розподіл вибірки на нормальність за показниками Kurtosis та Skewness value (додатковий модуль який враховує нормальність розподілу під час аналізу ANOVA). Результати показали, що розподіл є нормальним.

3.1. Описові дані

Основні соціально-демографічні показники вибірки діти/підлітки (n=37) наступні: середній вік - 13,4 року (SD +-2,9); 67,6% респондентів - жіночої статі; 41 % проживають на Заході України; 19% - на Півночі, 13,5% - на Півдні, 13,5 % - за кордоном, 11 % - в Центрі, 3 % - на Сході України; 54% навчаються в середній школі, 27% - в старших класах, 19% - в молодшій школі; більшість дітей (91,9%) втратили батька, 8,1% - обох батьків.

В таблиці 3.1. наведені рівні вираженості основних досліджувальних змінних для вибірки діти/підлітки: середнє значення кількості місяців втрати - 14,9 міс (SD +-6,2), ризик ускладненого горювання - 39,5 (SD +-8,7), вплив травматичних подій - 18,2 (SD +-4,2), рівень тривожних симптомів 53,6 (SD +-13,1), рівень депресивних симптомів 59,0 (SD +-19,8), рівень психічного благополуччя 22,8 (SD +-5,9). Середні рівні тривожних та депресивних симптомів є низьким (менш як 65), а рівень ускладненого горювання - високим (понад 25).

Таблиця 3.1.

Описові статистичні дані по вибірці діти/підлітки

Показник	Середнє значення	Стандартне відхил.
Вік	13,4	2,9
Кількість місяців втрати	14,9	6,2
Ризик ускладненого горювання	39,5	8,7
Вплив травматичних подій	18,2	4,2
Рівень тривожних симптомів	53,6	13,1
Рівень депресивних симптомів	59,0	19,8
Фізичне благополуччя	15,5	4,2
Психічне благополуччя	22,8	5,9
Автономія	23,9	6,7
Стосунки однолітки	12,9	3,8
Стосунки школа	12,3	2,2
Загальний показник благополуччя	87,4	19,2

Вибірка батьків/опікунів (n=56) характеризується наступними показниками: середній вік - 12,1 р. (SD +/- 3,2), 67,9% респондентів - жіночої статі, 50 % проживають на Заході України, 41% навчаються в середній школі, 32% - в молодшій школі, 25% - в старших класах, 78,6% втратила батька, 19,6% - обох батьків.

В таблиці 3.2. представлені рівні вираженості основних досліджувальних змінних для вибірки батьки/опікуни: середнє значення кількості місяців втрати - 16,1 міс (SD +/-5,2), ризик ускладненого горювання - 34,8 (SD +/-7,2), вплив травматичних подій - 21,8 (SD +/-4,5), рівень тривожних симптомів 55,4 (SD +/-10,0), рівень депресивних симптомів 65,6 (SD +/-12,3), показник психічного благополуччя 22,2 (SD +/-3,8). Середній рівень тривожних симптомів є низьким (менш як 65),

депресивних симптомів - помірним (понад 65), а рівень ускладненого горювання - високим (понад 25).

Таблиця 3.2

Описові статистичні дані по вибірці батьки/опікуни

Показник	Середнє значення	Стандартне відхилення
Вік	12,1	3,2
Кількість місяців втрати	16,1	5,2
Ризик ускладненого горювання	34,8	7,2
Вплив травматичних подій	21,8	4,5
Рівень тривожних симптомів	55,4	10,0
Рівень депресивних симптомів	65,6	12,3
Фізичне благополуччя	14,7	3,5
Психічне благополуччя	22, 2	3,8
Автономія	23,9	3,9
Стосунки однолітки	11,4	3,9
Стосунки школа	11,8	2,3

3.2. Основні результати для вибірки діти/підлітки

Ми перевіряємо гіпотезу про те, що досвід проживання втрати впливає на рівень вираженості тривожно-депресивних станів дітей і підлітків за допомогою методів кореляційного і регресійного аналізу.

Спершу ми провели кореляційний аналіз, щоб визначити зв'язки між рівнями вираженості тривожних і депресивних симптомів та змінними, які досліджують проживання втрати і рівень благополуччя. Результати кореляційного аналізу представлені в таблиці 3.3. Статистично значущі кореляції ($p < 0,05$) виділені жирним шрифтом.

Таблиця 3.3

Результати кореляційного аналізу по вибірці діти/підлітки

	Ризик ускладн горюван.	Кількість місяців втрати	Вплив травмат. подій	Рівень тривож. симптом	Рівень депрес. симптом	Психічне благопол
Ризик усклад горювання		0,081	0,001	0,001	0,000	0,000
Вік	0,013	0,346	0,099	0,066	0,025	0,097
Місце проживання	0,349	0,018	0,016	0,060	0,161	0,236
Навчання	0,007	0,232	0,142	0,029	0,011	0,031
З ким проживає	0,351	0,007	0,354	0,383	0,265	0,087
Кого втратили	0,019	0,288	0,001	0,034	0,003	0,017
Кількість місяців втрати	0,081		0,413	0,066	0,029	0,000
Вплив травмат. подій	0,001	0,413		0,000	0,000	0,002
Рівень тривож симптомів	0,001	0,066	0,000		0,000	0,000
Рівень депрес симптомів	0,000	0,029	0,000	0,000		0,000
Фізичне благопол	0,026	0,002	0,013	0,000	0,000	0,000
Психічне благопол	0,000	0,000	0,002	0,000	0,000	
Автономія	0,003	0,001	0,013	0,001	0,000	0,000

Наступним кроком ми провели кореляційний аналіз Пірсона, щоб визначити силу зв'язків між змінними. Отримані результати представлені в таблиці 3.4. Сильні зв'язки зі значенням (r більш як 0,5) та помірні зв'язки ($r = 0,3-0,5$) виділені чорним жирним.

Таблиця 3.4

Результати кореляції Пірсона для вибірки діти/підлітки

	Ризик ускладн горюв.	Кількість місяців втрати	Вплив травмат. подій	Рівень тривож. симпт.	Рівень депрес. симпт..	Психічне благопол
Ризик ускладненого горювання	1,000	-0,235	0,501	0,481	0,540	-0,607
Вік	0,364	-0,067	0,216	0,267	0,285	-0,218
Місце проживання	0,066	-0,347	-0,351	-0,216	-0,189	-0,122
Навчання	0,397	-0,124	0,181	0,302	0,339	-0,309
З ким проживає	0,065	-0,401	-0,064	- 0,016	0,059	-0,228
Кого втратили	0,343	-0,095	0,517	0,254	0,421	-0,351
Кількість місяців втрати	-0,235	1,000	-0,037	-0,203	-0,307	0,524
Вплив травматич подій	0,501	-0,037	1,000	0,649	0,662	-0,461
Рівень тривожних симптомів	0,481	-0,203	0,649	1,000	0,844	-0,625
Рівень депресивних симптомів	0,540	-0,307	0,662	0,844	1,000	-0,769
Фізичне благопол.	-0,321	0,468	-0,365	-0,493	-0,691	0,784
Психічне благопол.	-0,607	0,524	-0,461	-0,625	-0,769	1,000
Автономія	-0,442	0,502	-0,366	-0,471	-0,592	0,637

Після аналізу даних ми виявили взаємозв'язки між рівнем тривожних симптомів та іншими змінними, а також між рівнем депресивних симптомів та іншими змінними. Взаємозв'язки відображені на схемах кореляційних плеяд (Рис.3.1, Рис.3.2). Сильні за силою зв'язки позначені суцільною стрілкою, помірні - пунктиром. Зеленим кольором виділені прямі зв'язки, синім - обернені.

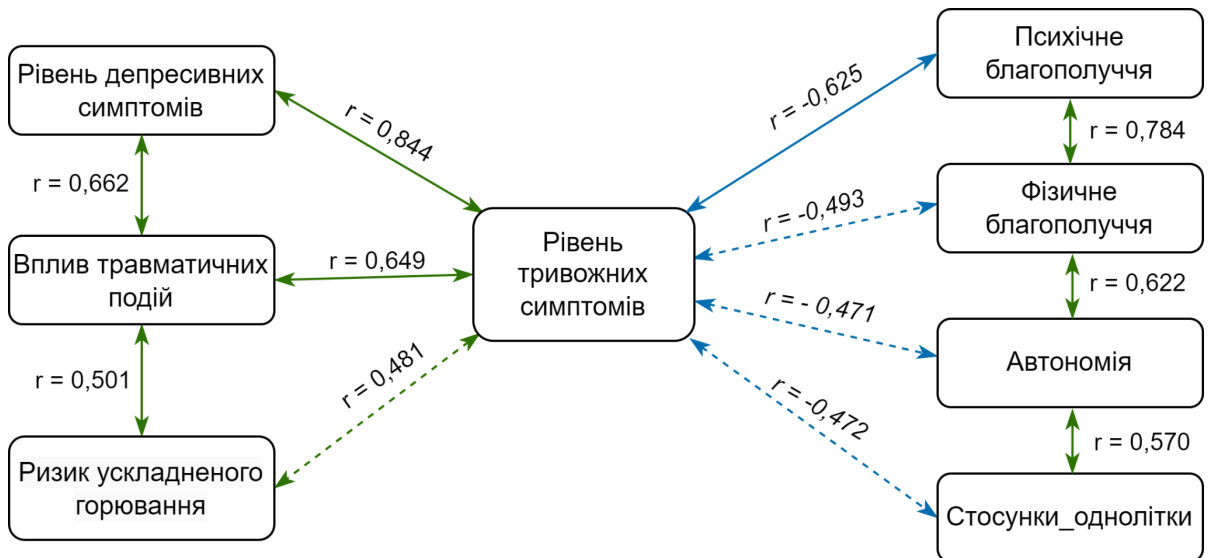


Рис. 3.1 Кореляційна плеяда зв'язків рівня тривожних симптомів (вибірка діти/підлітки).

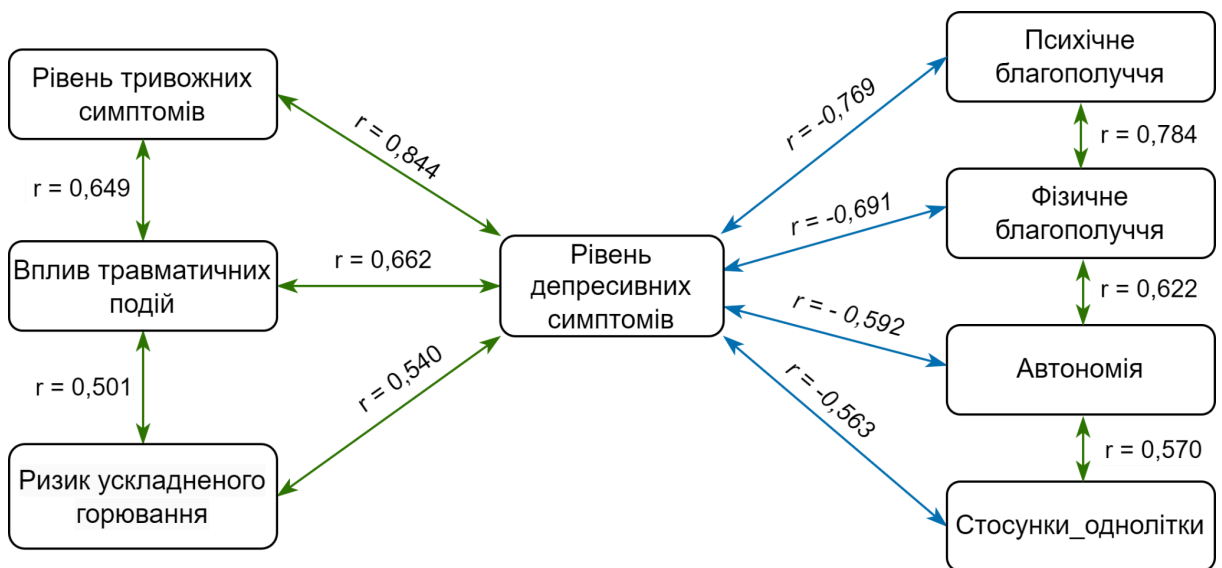


Рис. 3.2 Кореляційна плеяда зв'язків рівня депресивних симптомів (вибірка діти/підлітки).

Наступним етапом ми застосували метод регресійного аналізу, щоб встановити, які змінні впливають на рівень вираженості тривожних та депресивних симптомів.

Регресійна модель, де залежна змінна - рівень вираженості тривожних симптомів, наведена в таблиці 3.5.

Таблиця 3.5

**Результати регресійного аналізу із залежною змінною
рівень вираженості тривожних симптомів**

Модель	R	R Square
1	,649a	0,422
2	,746b	0,556
a. Предиктори: Вплив травматичних подій		
b. Предиктори: Вплив травматичних подій, Психічне благополуччя		

Результати свідчать про те, що на рівень вираженості тривожних симптомів впливають два предиктори - рівень впливу травматичних подій та рівень психічного благополуччя. Коефіцієнт детермінації R Square для даної моделі складає 55,6%.

Також ми обчислили, які змінні впливають на рівень вираженості депресивних симптомів. Регресійна модель, де залежна змінна - рівень вираженості депресивних симптомів, представлена в таблиці 3.6.

Таблиця 3.6

**Результати регресійного аналізу із залежною змінною
рівень вираженості депресивних симптомів**

Модель	R	R Square
1	,769a	0,592
2	,844b	0,712
a. Предиктори: Психічне благополуччя		
b. Предиктори: Психічне благополуччя, Вплив травм. подій		

Результати показують, що на рівень вираженості депресивних симптомів впливають ті самі предиктори, що і на рівень вираженості тривожних симптомів - рівні впливу травматичних подій та рівень психічного

благополуччя. Коефіцієнт детермінації R Square для цієї моделі вищий, ніж для попередньої і складає 71,2%.

Також ми вважаємо, що важливо розглянути регресійну модель, де залежна змінна - рівень психічного благополуччя. Дані про цю модель наведені в таблиці 3.7. Отримані показники свідчать про те, що на рівень психічного благополуччя впливають два предиктори - рівень вираженості депресивних симптомів та кількість місяців втрати. Коефіцієнт детермінації R Square для цієї моделі складає 69,2%.

Таблиця 3.7

**Результати регресійного аналізу із залежною змінною
рівень психічного благополуччя**

Модель	R	R Square
1	,778a	0,605
2	,832b	0,692
a. Предиктори: Рівень депрес. симптомів		
b. Предиктори: Рівень депресивних симптомів, К-ть міс. втрати		

3.3. Основні результати для вибірки батьки/опікуни

Для вибірки батьки/опікуни ми також перевірили гіпотезу 1 про те, що досвід проживання втрати впливає на рівень вираженості тривожно-депресивних станів дітей і підлітків.

На першому етапі ми застосували кореляційний аналіз для визначення зв'язків між рівнями вираженості тривожних і депресивних симптомів та іншими змінними. Результати кореляційного аналізу представлені в таблиці 3.8. Статистично значущі кореляції ($p < 0,05$) виділені жирним шрифтом.

Таблиця 3.8

Результати кореляційного аналізу по вибірці батьки/опікуни

	Ризик ускладн. горювання	Рівень тривожних симптомів	Рівень депрес. симптомів	Психічне благопол	Автономія	Стосунки однолітки	Стосунки школа
Ризик ускладн. горювання		0,002	0,000	0,000	0,049	0,000	0,009
Місце проживання	0,025	0,134	0,001	0,005	0,461	0,168	0,232
Стать	0,140	0,116	0,312	0,419	0,188	0,257	0,024
З ким проживає	0,374	0,009	0,230	0,233	0,068	0,275	0,146
Кого втратили	0,042	0,001	0,000	0,001	0,002	0,001	0,001
Кількість місяців втрати	0,155	0,358	0,465	0,462	0,432	0,445	0,012
Як часто думають згадують	0,004	0,313	0,004	0,000	0,008	0,000	0,001
Рівень тривожних симптомів	0,002		0,000	0,000	0,003	0,000	0,102
Рівень депрес симптомів	0,000	0,000		0,000	0,012	0,000	0,000
Фізичне благопол	0,005	0,018	0,000	0,000	0,000	0,000	0,082
Психічне благопол	0,000	0,000	0,000		0,003	0,000	0,003
Автономія	0,049	0,003	0,012	0,003		0,000	0,054
Стосунки однолітки	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		0,001
Стосунки школа	0,009	0,102	0,000	0,003	0,054	0,001	

За допомогою кореляції Пірсона ми вивчили зв'язки між змінними, які представлені в таблиці 3.9. Сильні зв'язки (r більш як 0,5) та помірні зв'язки ($r = 0,3-0,5$) виділені чорним жирним.

Таблиця 3.9

Показники кореляції Пірсона для вибірки батьки/опікуни

	Ризик ускладн. горюв.	Рівень тривож. симптом	Рівень депрес. симптом	Психічне благопол	Автономія	Стосунки однолітків	Стосунки школа
Ризик ускладн. горювання	1,000	0,384	0,590	-0,689	-0,223	-0,442	-0,317
Місце проживання	-0,262	-0,151	-0,408	0,343	0,013	0,131	0,100
Стать	-0,147	-0,162	-0,067	-0,028	0,121	0,089	0,266
З ким проживає	0,044	0,316	0,101	-0,100	-0,202	-0,082	-0,143
Кого втратили	0,233	0,390	0,466	-0,426	-0,384	-0,397	-0,428
Кількість місяців втрати	0,138	0,050	-0,012	0,013	0,023	0,019	0,302
Як часто думають згадують	-0,347	-0,067	-0,353	0,485	0,320	0,436	0,395
Рівень тривожних симптомів	0,384	1,000	0,619	-0,442	-0,367	-0,433	-0,173
Рівень депрес симптомів	0,590	0,619	1,000	-0,696	-0,303	-0,474	-0,429
Фізичне благопол	-0,343	-0,281	-0,432	0,619	0,434	0,535	0,188
Психічне благопол	-0,689	-0,442	-0,696	1,000	0,366	0,641	0,366
Автономія	-0,223	-0,367	-0,303	0,366	1,000	0,740	0,218
Стосунки однолітків	-0,442	-0,433	-0,474	0,641	0,740	1,000	0,422
Стосунки школа	-0,317	-0,173	-0,429	0,366	0,218	0,422	1,000

Взаємозв'язки між рівнями вираженості тривожних і депресивних симптомів та іншими змінними відображені на схемах кореляційних плеяд (Рис.3.3, Рис.3.4). Сильні за силою зв'язки позначені суцільною стрілкою, помірні - пунктиром. Зеленим кольором виділені прямі зв'язки, синім - обернені.

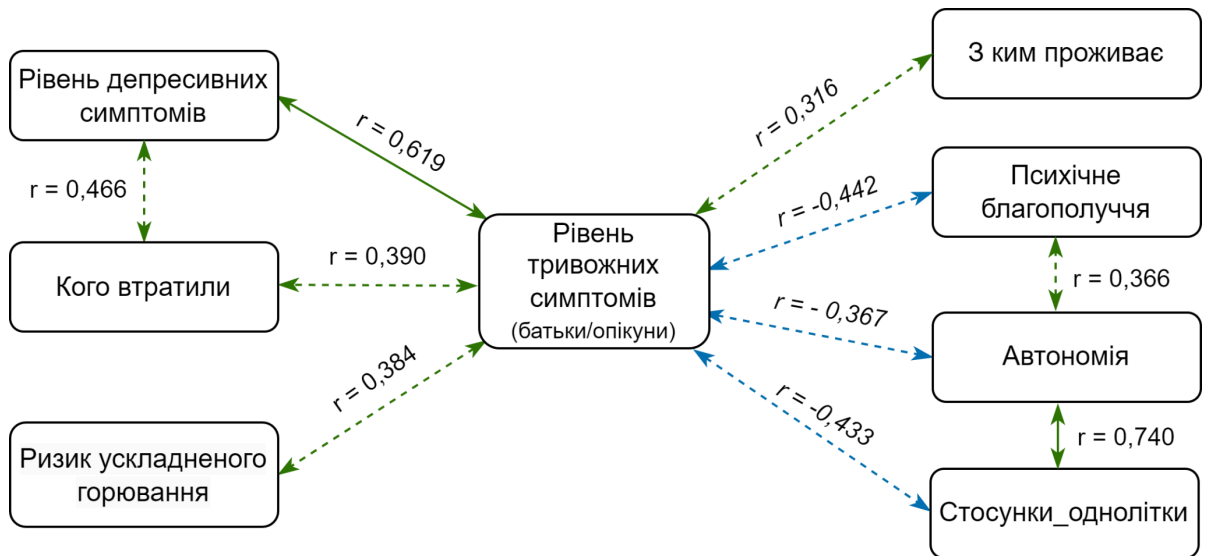


Рис. 3.3 Кореляційна плеяда зв'язків рівня вираженості тривожних симптомів у дітей і підлітків (вибірка батьки/опікуни).

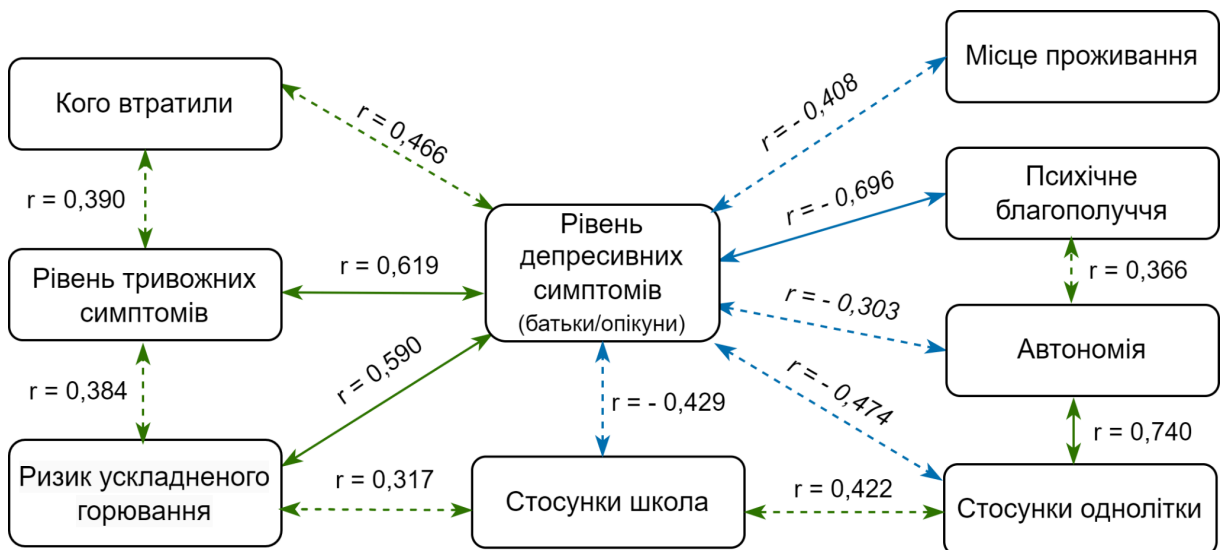


Рис. 3.4 Кореляційна плеяда зв'язків рівня вираженості тривожних симптомів у дітей і підлітків (вибірка батьки/опікуни).

Далі ми застосували метод регресійного аналізу для визначення змінних, які впливають на рівень вираженості тривожних та депресивних симптомів. Результати представлені в таблицях 3.10 та 3.11.

Таблиця 3.10

**Результати регресійного аналізу із залежною змінною
рівень вираженості тривожних симптомів (вибірка батьки/опікуни)**

Модель	R	R Square
1	,442a	0,195
2	,520b	0,270
3	,573c	0,328
a. Предиктори: Психічне благополуччя		
b. Предиктори: Психічне благополуччя, З ким проживає		
c. Предиктори: Психічне благополуччя, З ким проживає, Вік		

Результати свідчать про те, що на рівень вираженості тривожних симптомів у вибірці батьки/опікуни впливають три предиктори - рівень психічного благополуччя, з ким проживає та вік. Коефіцієнт детермінації R Square для даної моделі складає 32,8%.

Таблиця 3.11

**Результати регресійного аналізу із залежною змінною рівень
вираженості депресивних симптомів (вибірка батьки/опікуни)**

Модель	R	R Square
1	,518a	0,268
2	,584b	0,341
3	,696c	0,485
a. Предиктори: Психічне благополуччя		
b. Предиктори: Психічне благополуччя, Вік		
c. Предиктори: Психічне благополуччя, Вік, Місце проживання		

На рівень вираженості депресивних симптомів впливають рівень психічного благополуччя, вік та місце проживання. Коефіцієнт детермінації R Square для цієї моделі вищий, ніж для попередньої та складає 48,5%.

3.4. Порівняльний аналіз між вибіркою батьки/опікуни та діти/підлітки

Для перевірки гіпотези 2 про те, що існують відмінності між сприйняттям рівня вираженості тривожно-депресивних станів між дітьми та батьками/опікунами ми провели порівняльний аналіз з використанням методу одностороннього дисперсійного аналізу. Порівняльні описові дані між двома вибірками представлені в таблиці 3.12.

Таблиця 3.12

Описові дані для порівняльного аналізу між вибірками батьки/опікуни та діти/підлітки

Показник		Середнє значення	Стандартне відхил.
Ризик ускладн. горювання	Батьки	34,8	7,2
	Діти	39,5	8,7
Рівень тривожних симптомів	Батьки	55,4	10,0
	Діти	53,6	13,1
Рівень депресивних симптомів	Батьки	65,6	12,3
	Діти	59,0	19,8
Фізичне благополуччя	Батьки	14,7	3,5
	Діти	15,5	4,2
Психічне благополуччя	Батьки	22,2	3,8
	Діти	22,8	5,9
Автономія	Батьки	23,9	3,9
	Діти	23,9	6,7
Стосунки однолітки	Батьки	11,4	3,9
	Діти	12,9	3,8
Стосунки школа	Батьки	11,8	2,4
	Діти	12,3	2,2

Описові дані показали відмінності за наступними показниками:

- ризик ускладненого горювання батьки: 34,8 (SD+-7,2), діти 39,5 (SD +- 8,7),
- рівень тривожних симптомів: батьки 55,4 (SD+-10,0), діти 53,6 (SD+-13,1),
- рівень депресивних симптомів: батьки 65,6 (SD+-12,3), діти 59,0 (SD+-19,8),
- фізичне благополуччя: батьки 14,7 (SD+-3,5), діти 15,5 (SD+-4,2),
- психічне благополуччя батьки 22,2 (SD+-3,8), діти 22,8 (SD+-5,9).
- стосунки однолітки батьки 11,4 (SD+-3,9) , діти 12,9 (SD+-3,8),
- стосунки школа батьки 11,8 (SD+-2,4), діти 12,3 (SD+-2,2).

Наступним етапом ми провели односторонній дисперсійний аналіз. Результати, представлені в таблиці 3.13, свідчать про статистично значущі відмінності за двома показниками: схильністю до ускладненого горювання (Sig.=0,06) та рівнем депресивних симптомів (Sig.=0,049).

Таблиця 3.13

Порівняльний дисперсійний (односторонній) аналіз ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Ризик ускладненого горювання	між групами	482.961	1	482.961	7.859	0.006
Рівень тривожних симптомів	між групами	77.162	1	77.162	0.597	0.442
Рівень депресивних симптомів	між групами	983.143	1	983.143	3.975	0.049
Фізичне благопол	між групами	13.603	1	13.603	0.932	0.337
Психічне благополуччя	між групами	9.683	1	9.683	0.431	0.513
Автономія	між групами	0.017	1	0.017	0.001	0.980
Стосунки однолітки	між групами	51.886	1	51.886	3.421	0.068

Стосунки школа	між групами	6.673	1	6.673	1.229	0.271
----------------	----------------	-------	---	-------	-------	-------

Далі ми визначили ефект впливу, який склав 0,079 для рівня ускладненого горювання і 0,042 для рівня депресивних симптомів. Показники говорять про те, що ефект впливу для рівня депресивних симптомів є низьким і має випадковий характер. Ці дані відображені в таблиці 3.14.

Таблиця 3.14

Ефект впливу показників ANOVA Effect Sizes

		95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
	Point Estimate		
Ризик ускладненого горювання	Eta-squared 0.079	0.007	0.198
Рівень депрес.симптомів	Eta-squared 0.042	0.000	0.145

3.5 Обговорення результатів

Під час дослідження ми перевірили дві гіпотези: першу - про вплив досвіду проживання втрати на рівень вираженості тривожно-депресивних станів дітей і підлітків, другу - про існування відмінностей між сприйняттям тривожно-депресивних станів між дітьми і батьками/опікунами.

Гіпотезу 1 підтверджують наступні результати кореляційного аналізу для дитячої вибірки:

- сильний прямий зв'язок між рівнем тривожних симптомів та рівнем впливу травматичних подій ($r=0,649$, $p=0,000$);
- сильний прямий зв'язок між рівнем депресивних симптомів та рівнем впливу травматичних подій ($r=0,662$, $p=0,000$);
- сильний прямий зв'язок між рівнем депресивних симптомів та ризиком ускладненого горювання ($r=0,540$, $p=0,000$).

Дані можна пояснити наступним чином: чим вищий рівень впливу травматичних подій, тим вищий рівень тривожних і депресивних симптомів; чим вищий рівень ризику ускладненого горювання, тим вищий рівень депресивних симптомів.

Спостереження, отримані під час інтерв'ювання в форматі відео-зв'язку підтверджують дані кореляційного аналізу для рівня вираженості депресивних симптомів. Зокрема, респонденти, які мали виражені депресивні симптоми, демонстрували симптоми ускладненого горювання, а також показували низький рівень психічного благополуччя при проходженні відповідної частини опитувальника «KIDSCREEN-27».

Дані кореляційного аналізу також підтверджуються результатами регресійного аналізу - коефіцієнти детермінації 55,6% для тривожних та 71,2% для депресивних симптомів говорять про значний вплив рівня травматичних подій та психічного благополуччя на рівень вираженості тривожних та депресивних симптомів.

Важливим є розглянути результати кореляційного та регресійного аналізу для рівня вираженості психічного благополуччя. Кореляційний аналіз виявив сильні обернені зв'язки між рівнем психічного благополуччя та рівнем тривожних симптомів ($r=-0,625$, $p=0,000$), між рівнем психічного благополуччя та рівнем депресивних симптомів ($r=-0,769$, $p=0,000$). Це означає, що чим більший рівень психічного благополуччя, тим менший рівень вираженості тривожних та депресивних симптомів. Ці дані підтверджують результати регресійного аналізу для залежної змінної рівень психічного благополуччя - на його рівень впливають депресивні симптоми, а також кількість місяців втрати ($R\ Square= 69,2\%$).

Гіпотезу 1 підтверджують наступні результати кореляційного аналізу для дорослої вибірки:

- сильний прямий зв'язок між рівнем депресивних симптомів та ризиком ускладненого горювання ($r=0,590$, $p=0,000$);

- помірний прямий зв'язок між рівнем тривожних симптомів та рівнем ризику ускладненого горювання ($r=0,384$ $p=0,002$).

Дані можна пояснити наступним чином: чим вищий рівень ризику ускладненого горювання, тим вищий рівень тривожних і депресивних симптомів.

Результати регресійного аналізу не показали впливу рівня ризику ускладненого горювання, а визначили, що на рівень вираженості тривожних симптомів впливають рівень психічного благополуччя, вік, та з ким проживає дитина ($R\ Square=32,8\%$); на рівень вираженості депресивних симптомів впливають рівень психічного благополуччя, вік та місце проживання ($R\ Square=48,5\%$). Ці дані частково підтверджуються результатами кореляційного аналізу, які демонструють помірний прямий зв'язок між рівнем тривожних симптомів та з ким проживає дитина ($r=-0,316$, $p=0,009$), і можуть свідчити про те, що підтримка рідних може бути захисним фактором до розвитку тривожних станів. Помірний прямий зв'язок між рівнем депресивних симптомів та місцем проживання ($r=-0,408$, $p=0,001$) може свідчити про те, що відносно безпечне місце проживання далі від лінії бойових може бути захисним фактором до розвитку депресивних станів. Обидві регресійні моделі виявили вік в якості предиктора, але кореляційний аналіз не показує статистично значущі зв'язки між віком та рівнем тривожних та депресивних станів. Коефіцієнти детермінації $R\ Square=32,8\%$ для тривожних симптомів та $R\ Square=48,5\%$ для рівня депресивних симптомів говорять про перспективу подальших досліджень для пошуку додаткових предикторів.

Важливо додати, що батьки/опікуни не заповнювали Revised Child Impact of Events Scale - CRIES-8, тому для їхньої вибірки ми не аналізували показники цієї шкали. Це пояснює те, що регресійні моделі в двох вибірках виявили різні предиктори для рівня вираженості тривожних та депресивних симптомів - вплив травматичних подій для дитячої вибірки,

місце проживання, вік та з ким проживає дитина. Спільним предиктором для обох вибірок є рівень психічного благополуччя, що підкреслює важливість підвищення його рівня для попередження розвитку тривожно-депресивних станів у дітей та підлітків.

Друга наша гіпотеза була про існування відмінностей між сприйняттям тривожно-депресивних станів між дітьми і батьками/опікунами. Описові дані показали незначні відмінності за сприйняттям рівня тривожних симптомів - батьки 55,4 (SD+-10,0), діти 53,6 (SD+-13,1), та відмінності між сприйняття депресивних симптомів - батьки 65,6 (SD+-12,3), діти 59,0 (SD+-19,8). Суб'єктивні спостереження, отримані під час інтерв'ювання в форматі відео зв'язку свідчать про відмінності сприйняття рівня депресивних симптомів між батьками та дітьми, проте невелика їхня кількість може вказувати на випадковий характер. Результати дисперсійного аналізу свідчать про те, що ефект впливу для рівня депресивних симптомів є низьким і має випадковий характер, тому наша гіпотеза про різницю в сприйнятті тривожно-депресивних станів батьками/опікунами та дітьми не підтвердилася.

Висновки до розділу III

В даному розділі представлено статистичні обчислення результатів для підтвердження гіпотез дослідження. Дані були опрацьовані за допомогою методів описової статистики, кореляційного, регресійного та дисперсійного одностороннього аналізу.

Перша гіпотеза про те, що досвід проживання втрати впливає на рівень вираженості тривожно-депресивних станів дітей і підлітків підтвердилася результатами кореляційного та регресійного аналізу для дитячої та дорослої вибірки. При підтвердженні першої гіпотези виявлено статистично значущі кореляційні зв'язки для дитячої вибірки між рівнями

тривожних та депресивних симптомів та рівнем впливу травматичних подій й психічним благополуччям, для дорослої вибірки - між рівнями тривожних та депресивних симптомів та ризиком ускладненого горювання й психічним благополуччям.

За допомогою регресійного аналізу виявлено предиктори, які впливають на рівень вираженості тривожно-депресивних симптомів. Для дитячої вибірки основними предикторами є рівні впливу травматичних подій, рівень ускладненого горювання та психічне благополуччя, для дорослої вибірки - рівень психічного благополуччя, вік, місце проживання (для депресивних симптомів) та з ким проживає дитина (для тривожних симптомів).

Порівняльний описовий аналіз між двома вибірками показав відмінності між сприйняттям рівнів тривожних та депресивних симптомів, що не підтвердилося після отримання даних дисперсійного одностороннього аналізу. Таким чином, друга гіпотеза нашого дослідження не підтвердилася.

На основі аналізу результатів дослідження, ми доповнили теоретичну модель, яка представлена на Рис.3.5.

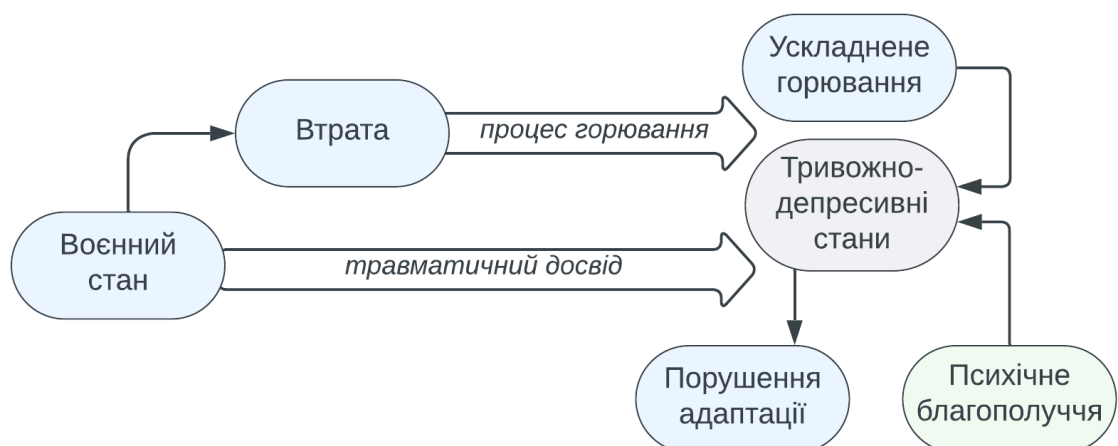


Рис. 3.5 Доповнена теоретична модель дослідження.

Воєнний стан збільшує кількість втрат батьків у дітей та підлітків. Досвід переживання втрати підвищує ризик виникнення тривожно-депресивних, особливо у випадку розвитку ускладненого горювання. Це підтверджують прямі сильні та прямі помірні кореляційні зв'язки між ризиком ускладненого горювання та рівнем тривожних та депресивних симптомів, а також результати регресійного аналізу.

Перебування в умовах воєнного стану збільшує ризики переживання травматичного досвіду, який підвищує ймовірність розвитку тривожно-депресивних станів та призводить до порушення адаптації. Про це свідчать прямі сильні кореляційні зв'язки між тривожними та депресивними симптомами та впливом травматичних подій, а також дані регресійного аналізу для дитячої вибірки.

Рівень психічного благополуччя також впливає на рівні тривожних та депресивних симптомів, про що свідчать результати регресійного аналізу та обернені сильні та помірні кореляційні зв'язки між тривожними та депресивними симптомами та рівнем психічного благополуччя для дитячої та дорослої вибірок. Тому психічне благополуччя можна розглядати як захисний фактор - чим вищий його рівень, тим менше ризик розвитку тривожно-депресивних станів.

Викликами та обмеженнями нашого дослідження є проведення в умовах воєнного стану. Тому не всі бажаючі змогли взяти участь через у проблеми зі зв'язком та світлом в регіонах, які зазнали ракетних атак. Зокрема, це стосується респондентів з Харківщини.

Наступним обмеженням є невелика вибірка - 93 особи, з них 56 дорослих та 37 дітей і підлітків. Це можна пояснити високою чутливістю теми втрати. Більшість респондентів нашої вибірки - жіночої статі, що могло вплинути на репрезентативність даних.

Частина батьків повідомили про відмову їхніх дітей проходити опитування. Також декілька учасників віком 14-17 років розпочинали, але

не завершували опитування (зі слів батьків). Це можна пояснити особливостями підліткового віку, тривалістю опитування (приблизно 30 хвилин), а також чутливістю теми горювання.

Декілька питань були складними для розуміння дітей 8-10 років, про що свідчать відгуки батьків, а також це було помітно під час інтерв'ювання в форматі відео-зв'язку. Більшість респондентів заповнювали опитувальники самостійно, 9 учасників (9,7%) пройшли інтерв'ювання у форматі відео зв'язку. Це могло вплинути на точність отриманої інформації.

ВИСНОВКИ

Актуальність дослідження тривожно-депресивних станів дітей і підлітків, які переживають втрату в умовах воєнного стану обумовлена збільшенням кількості втрат, а також зростанням рівня поширеності тривожно-депресивних станів у зв'язку з військовими діями в Україні та з пандемією COVID-19, яка передувала цьому. Це визначило нашу мету та дизайн дослідження.

Висновок 1: Вивчено сучасні дослідження щодо впливу воєнного стану на здоров'я дітей та підлітків. Результати свідчать про поширеність тривожних розладів, депресії та посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у 2-3 рази вища серед дітей та підлітків, які зазнали впливу збройного конфлікту, порівняно з їх однолітками з мирних країн. Найпоширенішими порушеннями психічного здоров'я, спричиненими війною, є депресія, тривожні стани, безсоння, біль у животі та спині. Дослідження внутрішньо переміщених дітей та підлітків з Донецької та Луганської областей, а також дітей-біженців з Сирії підтверджують значне поширення ПТСР, тривожних станів та депресії.

Висновок 2: На основі теоретичного аналізу з'ясовано особливості переживання втрати у дітей та підлітків. Реакції дітей та підлітків на втрату близьких людей залежать від багатьох факторів, включаючи обставини смерті, стосунки з померлим, рівень розвитку та соціальну підтримку. Горювання може проявлятися фізичними, емоційними, поведінковими та когнітивними реакціями та у більшості випадків проходить адаптивно, приблизно 10-18% дітей та підлітків демонструють дезадаптивні реакції. Ризик розвитку ускладненого горювання вищий у дівчат.

Висновок 3: Виокремлено основні коморбідні порушення при переживанні втрати у дітей - депресію та сепараційну тривогу. У підлітків також часто спостерігаються залежності. Втрата близької людини підвищує

ризик розвитку психічних розладів протягом життя, таких як депресія, панічний розлад, біполярний розлад і шизофренія.

Висновок 4: На основі опрацьованої літератури представлено теоретичну модель досліджуваного явища та сформульовано дві гіпотези дослідження:

Гіпотеза 1. Досвід проживання втрати впливає на рівень вираженості тривожно-депресивних станів дітей і підлітків.

Гіпотеза 2. Існують відмінності між сприйняттям тривожно-депресивних станів між дітьми і батьками/опікунами

Висновок 5: Розроблено дизайн дослідження відповідно до мети та завдань дослідження та підібрано необхідний інструментарій.

Вибірка склала 93 особи, з них 56 дорослих та 37 дітей і підлітків. Основні характеристики дитячої вибірки: середній вік - 13,4 роки (SD \pm 2,9); 67,6% респондентів - жіночої статі; 91,9% втратили батька, 8,1% - обох батьків, кількість місяців втрати - 14,9 міс. (SD \pm 6,2), ризик ускладненого горювання - 39,5 (SD \pm 8,7), вплив травматичних подій - 18,2 (SD \pm 4,2), рівень тривожних симптомів 53,6 (SD \pm 13,1), рівень депресивних симптомів 59,0 (SD \pm 19,8), рівень психічного благополуччя 22,8 (SD \pm 5,9).

Основні характеристики дорослої вибірки: середній вік - 12,1 р. (SD \pm 3,2); 67,9% респондентів - жіночої статі; 78,6% втратила батька, 19,6% - обох батьків, кількість місяців втрати - 16,1 міс (SD \pm 5,2), ризик ускладненого горювання - 34,8 (SD \pm 7,2), вплив травматичних подій - 21,8 (SD \pm 4,5), рівень тривожних симптомів 55,4 (SD \pm 10,0), рівень депресивних симптомів 65,6 (SD \pm 12,3), показник психічного благополуччя 22,2 (SD \pm 3,8).

Висновок 6: На основі результатів емпіричного дослідження доведено першу гіпотезу про те, що досвід проживання втрати впливає на рівень вираженості тривожно-депресивних станів дітей і підлітків. Це підтверджують результати для дитячої вибірки: статистично значущі кореляційні зв'язки між рівнем депресивних симптомів та рівнем впливу травматичних подій, між рівнем депресивних симптомів та ризиком ускладненого горювання, а також результати регресійного аналізу, які показали значний вплив рівня ускладненого горювання, рівня травматичних подій та психічного благополуччя на рівень вираженості тривожних та депресивних симптомів.

Також результати дослідження підтвердили першу гіпотезу для дорослої вибірки, про що свідчать статистично значущі кореляційні зв'язки між рівнем депресивних симптомів та ризиком ускладненого горювання, між рівнем тривожних симптомів та рівнем ризику ускладненого горювання, між рівнем тривожних симптомів та з ким проживає дитина. Результати регресійного аналізу для дорослої вибірки показали, що на рівень вираженості тривожних симптомів впливають рівень психічного благополуччя, вік, та з ким проживає дитина, на рівень вираженості депресивних симптомів впливають рівень психічного благополуччя, вік та місце проживання.

Друга наша гіпотеза про існування відмінностей між сприйняттям тривожно-депресивних станів між дітьми і батьками/опікунами не підтвердилася. Результати дисперсійного аналізу свідчать про те, що ефект впливу для рівня депресивних симптомів є низьким і має випадковий характер.

Висновок 7: На основі результатів емпіричного дослідження оновлено теоретичну модель, яка розкриває наступне:

- досвід проживання втрати підвищує ризик розвитку тривожно-депресивних станів у дітей та підлітків, особливо у випадку ускладненого горювання;
- перебування в умовах воєнного стану збільшує ризики переживання травматичного досвіду, який також підвищує ймовірність розвитку тривожно-депресивних станів;
- втрата близької людини також може спричиняти травматичний вплив психічне здоров'я дітей та підлітків;
- високий рівень психічного благополуччя може зменшувати ризик розвитку тривожно-депресивних станів, і навпаки - низький рівень психологічного благополуччя - підвищувати ризик.

Висновок 8: Отримані результати можуть бути імплементовані в наступних рекомендаціях: розробити комплексні програми допомоги дітям та підліткам, які проживають горювання в часі воєнного стану для запобігання розвитку тривожно-депресивних станів та ускладненого горювання, а також програми допомоги дітям та підліткам з коморбідними до горювання тривожними та депресивними станами.

Враховуючи обмеження нашого дослідження, перспективами для наступних досліджень можуть бути залучення більшої кількості учасників різних статей, що дозволить отримати більш репрезентативні дані, адаптація опитувальників для дітей різного віку, подальше дослідження факторів, які впливають на рівень тривожних та депресивних симптомів з метою розробки ефективних стратегій допомоги.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Aguirre, L. C., Jaramillo, A., Victoria, T. S., & Carvajal, A. B. (2024). Mental health consequences of parental death and its prevalence in children: A systematic literature review. *Heliyon*, 10(2), e24999. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e24999>
2. Alvis, L., Zhang, N., Sandler, I. N., & Kaplow, J. B. (2022). Developmental Manifestations of grief in children and adolescents: Caregivers as key grief facilitators. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 16(2), 447–457. <https://doi.org/10.1007/s40653-021-00435-0>
3. APA Dictionary of Psychology. (n.d.). <https://dictionary.apa.org/grief>
4. Avramchuk, O. (2019). Clinical and psychological aspects of the bereavement and diagnostic of complicated grief. *Problemi Sučasnoï Psihologïi*, 45, 11–39. <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2019-45.11-39>
5. Bürgin, D., Anagnostopoulos, D., Anagnostopoulos, D., Doyle, M., Eliez, S., Fegert, J., Fuentes, J., Hebebrand, J., Hillegers, M., Karwautz, A., Kiss, E., Kotsis, K., Pejovic-Milovancevic, M., Christensen, A. M. R., Raynaud, J., Crommen, S., Çetin, F. Ç., Boricevic, V. M., Kehoe, L., . . . Fegert, J. M. (2022). Impact of war and forced displacement on children’s mental health—multilevel, needs-oriented, and trauma-informed approaches. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 31(6), 845–853. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-01974-z>
6. Berg, L., Rostila, M., & Hjern, A. (2016). Parental death during childhood and depression in young adults – a national cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 57(9), 1092–1098. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12560>
7. Bevilacqua, L., Fox-Smith, L., Lewins, A., Jetha, P., Sideri, A., Barton, G., Meiser-Stedman, R., & Beazley, P. (2023). Impact of COVID-19 on the mental health of children and young people: an umbrella review. *Journal of*

- Epidemiology and Community Health, 77(11), 704–709.
<https://doi.org/10.1136/jech-2022-220259>
8. Carpiniello, B. (2023). The Mental Health Costs of Armed Conflicts—A review of systematic reviews conducted on refugees, Asylum-Seekers and people living in war zones. *International Journal of Environmental Research and Public Health/International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 2840. <https://doi.org/10.3390/ijerph20042840>
 9. Cardozo, B. L. (2004). Mental health, social functioning, and disability in postwar Afghanistan. *JAMA*, 292(5), 575. <https://doi.org/10.1001/jama.292.5.575>
 10. Chorpita, B. F., Gray, J., & Moffitt, C. E. (2005). Psychometric properties of the Revised Child Anxiety and Depression Scale in a clinical sample. **Behaviour Research and Therapy**, 43(3), 309–322. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.02.004>
 11. Christ, G. H. (2000). Impact of development on children’s mourning. *Cancer Practice*, 8(2), 72–81. <https://doi.org/10.1046/j.1523-5394.2000.82005.x>
 12. D’Antonio, J. (2011). Grief and loss of a caregiver in Children: a Developmental perspective. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 49(10), 17–20. <https://doi.org/10.3928/02793695-20110802-03>
 13. Gray, L. B., Weller, R. A., Fristad, M., & Weller, E. B. (2011). Depression in children and adolescents two months after the death of a parent. *Journal of Affective Disorders*, 135(1–3), 277–283. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.08.009>
 14. Guzzo, M. F., & Gobbi, G. (2021). Parental Death during Adolescence: A Review of the literature. *Omega*, 87(4), 1207–1237. <https://doi.org/10.1177/00302228211033661>
 15. Hazer, L., & Gredebäck, G. (2023). The effects of war, displacement, and trauma on child development. *Humanities & Social Sciences Communications*, 10(1). <https://doi.org/10.1057/s41599-023-02438-8>

16. Kandemir, H., Karataş, H., Çeri, V., Solmaz, F., Kandemir, S. B., & Solmaz, A. (2018). Prevalence of war-related adverse events, depression and anxiety among Syrian refugee children settled in Turkey. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(11), 1513–1517. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1178-0>
17. Kaplow, J. B., Saunders, J., Angold, A., & Costello, E. J. (2010). Psychiatric symptoms in Bereaved versus Nonbereaved Youth and Young Adults: a longitudinal epidemiological study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(11), 1145–1154. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.08.004>
18. Kaplow, J. B., Howell, K. H., & Layne, C. M. (2014). Do circumstances of the death matter? Identifying Socioenvironmental Risks for Grief-Related Psychopathology in Bereaved Youth. *Journal of Traumatic Stress*, 27(1), 42–49. <https://doi.org/10.1002/jts.21877>
19. Kaplow, J. B., Wamser-Nanney, R., Layne, C. M., Burnside, A., King, C., Liang, L., Steinberg, A., Briggs, E., Suarez, L., & Pynoos, R. (2020). Identifying Bereavement-Related Markers of mental and Behavioral health problems among Clinic- Referred Adolescents. *Psychiatric Research and Clinical Practice*, 3(2), 88–96. <https://doi.org/10.1176/appi.prcp.20190021>
20. Keyes, K. M., Pratt, C., Galea, S., McLaughlin, K. A., Koenen, K. C., & Shear, M. K. (2014). The Burden of Loss: Unexpected death of a loved one and psychiatric disorders across the life course in a national study. *The American Journal of Psychiatry*, 171(8), 864–871. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13081132>
21. Khan, K. S., Mamun, M. A., Griffiths, M. D., & Ullah, I. (2020). The mental health impact of the COVID-19 pandemic across different cohorts. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 20(1), 380–386. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00367-0>

22. Li, D., Tsai, S., Chen, T., Liang, C., & Chen, M. (2022). Risks of major mental disorders after parental death in children, adolescents, and young adults and the role of premorbid mental comorbidities: a population-based cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 57(12), 2393–2400. <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02334-7>
23. Melhem, N. M., Day, N., Shear, M. K., Day, R., Reynolds, C. F., & Brent, D. (2004). PREDICTORS OF COMPLICATED GRIEF AMONG ADOLESCENTS EXPOSED TO a PEER'S SUICIDE. *Journal of Loss & Trauma*, 9(1), 21–34. <https://doi.org/10.1080/1532502490255287>
24. Melhem, N. M., Porta, G., Shamseddeen, W., Payne, M. W., & Brent, D. A. (2011). Grief in children and adolescents bereaved by sudden parental death. *Archives of General Psychiatry*, 68(9), 911. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.101>
25. Murthy, S., & Lakshminarayana, R. (2006). Mental health consequences of war: A brief review of research findings. ResearchGate. https://www.researchgate.net/publication/7025086_Mental_health_consequences_of_war_A_brief_review_of_research_findings
26. Ng, C. S. M., & Ng, S. S. L. (2022). Impact of the COVID-19 pandemic on children's mental health: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.975936>
27. Osokina, O., Silwal, S., Bohdanova, T., Hodes, M., Sourander, A., & Skokauskas, N. (2023). Impact of the Russian invasion on the mental health of adolescents in Ukraine. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 62(3), 335–343. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2022.07.845>
28. Perrin, S., Meiser-Stedman, R., & Smith, P. (2005). The children's revised impact of event scale (CRIES): Validity as a screening instrument for PTSD. **Behavioural and Cognitive Psychotherapy**, 33(4), 487-498. <https://doi.org/10.1017/S1352465805002419>

29. Pham, S., Porta, G., Biernesser, C., Payne, M. W., Iyengar, S., Melhem, N., & Brent, D. A. (2018). The Burden of Bereavement: Early-Onset Depression and Impairment in youths bereaved by sudden parental death in a 7-Year prospective study. *the American Journal of Psychiatry*, 175(9), 887–896. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17070792>
30. Prigerson, H. G., Boelen, P. A., Xu, J., Smith, K. V., & Maciejewski, P. K. (2021). Validation of the new DSM-5-TR criteria for prolonged grief disorder and the PG-13-Revised (PG-13-R) scale. *World Psychiatry*, 20(1), 96-106
31. Ravens-Sieberer, U., et al. (2007). The KIDSCREEN-27 quality of life measure for children and adolescents: Psychometric results from a cross-cultural survey in 13 European countries. *Quality of Life Research*, 16(8), 1347–1356. <https://doi.org/10.1007/s11136-007-9240-2>
32. Revet, A., Suc, A., Auriol, F., Djelantik, A. a. a. M. J., Raynaud, J., & Bui, E. (2021). Peritraumatic distress predicts prolonged grief disorder symptom severity after the death of a parent in children and adolescents. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1936916>
33. Romano, H. (2017). Le deuil chez l'enfant : spécificités selon les âges. *Neuropsychiatrie De L'enfance Et De L'adolescence*, 65(5), 318–327. <https://doi.org/10.1016>
- Додайте заголовки ("Формат > Стил абзацу"), щоб вони з'явилися в змісті.
34. [/j.neurenf.2017.01.006](https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2017.01.006)
35. Samara, M., Hammuda, S., Vostanis, P., El-Khodary, B., & Al-Dewik, N. (2020). Children's prolonged exposure to the toxic stress of war trauma in the Middle East. *BMJ*, m3155. <https://doi.org/10.1136/bmj.m3155>
36. Scholte, W. F. (2004). Mental health symptoms following war and repression in eastern Afghanistan. *JAMA*, 292(5), 585. <https://doi.org/10.1001/jama.292.5.585>
37. Smith, P., Perrin, S., Yule, W., Hacam, B., & Stuvland, R. (2002). War exposure among children from Bosnia-Herzegovina: Psychological adjustment

- in a community sample. *Journal of Traumatic Stress*, 15(2), 147–156.
<https://doi.org/10.1023/a:1014812209051>
38. Worden, J. W., Martin, T. L. (2019) *Grief Counseling and Grief Therapy. A Handbook for the Mental Health Practitioner*. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 80(2), 331-334. <https://doi.org/10.1177/0030222819869396>
39. Лебець І., Матковська Т. та ін. (2019) Стан психологічного здоров'я дітей із зони військового конфлікту на Сході України. *Охорона психічного здоров'я дітей та підлітків* № 1 (2019)
<http://journal.iozdp.org.ua/index.php/ua/article/view/6>
40. Левченко В., Луценко О. (2023). Вплив військових подій на психічне здоров'я дітей. *Габітус* №50, 2023, 85-92.
<http://habitus.od.ua/journals/2023/50-2023/15.pdf>
41. ЛІГА:ЗАКОН. Конвенція про права дитини від 20. 11. 1989 р., ратифікована Україною 27.02.1991 р.
<https://ips.ligazakon.net/document/MU89K01U?an=456428>
42. Офіційна інформація про кількість дітей, які загинули під час війни станом на 04.03.2024
<https://pon.org.ua/novyny/10970-za-dva-roky-velykoi-viiny-v-ukraini-zagynula-531-dytyna.html>
43. Офіційна інформація про кількість військових, які загинули під час війни станом на 25.02.2024.
<https://www.radiosvoboda.org/a/news-vtraty-zelenskyy-viyskovi/32834570.html>
44. Прес-реліз ООН про кількість загиблих цивільних осіб від 21.11.2023
<https://ukraine.un.org/>
45. Процик Л. (2022). Переживання надзвичайної ситуації як вітальної загрози. *Наукові перспективи* №12 (30) 2022, 502.
<http://perspectives.pp.ua/index.php/np/article/view/3278/3293>