

А.В. Кабанцева¹,
О.А. Панченко¹,
В.Г. Гур'янов^{1,2},
І.А. Сердюк¹

РИЗИКИ РОЗВИТКУ ТРИВОЖНОСТІ В ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ У СОЦІАЛЬНО-СТРЕСОВИХ УМОВАХ ВІЙНИ

ДНП «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України»¹

вул. Введенська, 17, Київ, 04071, Україна

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця²

вул. Гетьмана Павла Скоропадського, 10, Київ, 01004, Україна

State Non-profit Enterprise "Scientific and Practical Medical Rehabilitation and Diagnostic Centre
of the Ministry of Health of Ukraine"¹

Vvedenska str., 17, Kyiv, 04071, Ukraine

Bohomolets National Medical University²

Getmana Pavla Skoropadskogo str., 10, Kyiv, 01004, Ukraine

e-mail: rdckonst@ukr.net

Цитування: Медичні перспективи. 2025. Т. 30, № 4. С. 143-151

Cited: Medicni perspektivi. 2025;30(4):143-151

Ключові слова: психічне здоров'я, психоемоційний стан, фактори тривожності, невротичні прояви, страхи, клінічна психологія

Key words: mental health, psycho-emotional state, anxiety factors, neurotic manifestations, fears, clinical psychology

Реферат. Ризики розвитку тривожності в дітей та підлітків у соціально-стресових умовах війни.

Кабанцева А.В., Панченко О.А., Гур'янов В.Г., Сердюк І.А. Війна безумовно завжди створює соціально-стресові умови, завдає суттєвої шкоди психічному здоров'ю, зокрема посилює відчуття тривожності. Тому виявлення ризиків розвитку тривожності в дітей та підлітків допомагатиме ранньому втручання та запобіганню негативним наслідкам, що сприятиме збереженню психічного здоров'я. Метою дослідження стало визначення основних потенційних факторів, що пов'язані з розвитком тривожності в дітей та підлітків, які проживають на території України в період ведення активних бойових дій. У дослідженні взяло участь 489 осіб, віком від 8 до 18 років, які пережили психотравматичну подію під час повномасштабного вторгнення в Україну. Демографічні змінні респондентів збирались за допомогою «Анкети інтеграції дитини шкільного віку». Для вимірювання рівня тривожності та інших проявів невротичного стану (зокрема порушення сну, вегетативних розладів, порушення поведінки, ознак депресії та астенії) застосовували методіку «Дитячий опитувальник невротизм» В. Седнєва. Результати однофакторного регресійного аналізу продемонстрували, що основними чинниками, які збільшують ризик виникнення тривожності в дітей та підлітків, які зазнали гострого стресу під час війни, є: приналежність до жіночої статі, вік, відчуття дискомфорту в сім'ї, відсутність сприятливої моделі сімейних взаємин для наслідування, обмежене коло спілкування в школі, нерозуміння власних позитивних рис характеру, наявність сумнівів щодо негативних рис свого характеру. За результатами багатфакторного аналізу незалежними предикторами розвитку тривожності виявлено: жіночу стать, вік, відчуття дискомфорту в сім'ї, відсутність сприятливої моделі сімейних взаємин для наслідування, нерозуміння власних позитивних рис характеру, наявність сумнівів щодо негативних рис свого характеру, страх жахливих снів, страх тварин і казкових персонажів. Розроблено прогностичну модель, що дає змогу з достатньою точністю: чутливість (67,4%; 95% ДІ 56,7% – 77%) та специфічність (71%; 95% ДІ 66,3% – 75,4%) – оцінити ризик розвитку тривожності в дітей та підлітків. Це забезпечує раннє виявлення порушень та формування чіткого плану відновлювальних заходів, що обов'язково повинен включати сімейно-орієнтовний підхід.

Abstract. Risks of anxiety development in children and adolescents under the social-stressful conditions of war.

Kabantseva A.V., Panchenko O.A., Guryanov V.H., Serdyuk I.A. War certainly always creates socio-stressful conditions, causes significant damage to mental health and creates obstacles to the comprehensive development of children, one of which is anxiety. Therefore, identifying the risks of developing anxiety in children and adolescents will contribute to early intervention and prevention of negative consequences, the implementation of appropriate restorative measures to strengthen and preserve mental health. The aim of the study was to identify key factors associated with the development of anxiety in children and adolescents living in Ukraine during the period of active hostilities. The study involved 489 individuals aged 8 to 18 who experienced a traumatic event during the full-scale invasion in Ukraine. Demographic variables of respondents were collected using the "School-age Child Integration Questionnaire." To

measure the level of anxiety and other manifestations of a neurotic state (in particular, sleep disturbances, autonomic disorders, behavioral disorders, signs of depression and asthenia), the "Children's Neurosis Questionnaire" by V. Siedniev was used. The results of univariate regression analysis showed that the main factors that increase the risk of anxiety in children and adolescents who experienced acute stress during the war, are: female gender, age, feeling of discomfort in the family, lack of a favorable model of family relationships to inherit, limited circle of friends at school, misunderstanding of their own positive character traits, doubts about negative character traits. The results of multivariate analysis revealed the following independent predictors of the anxiety development: female gender, age, feeling of discomfort in the family, lack of a favorable model of family relationships to inherit, misunderstanding of their own positive character traits, doubts about negative character traits, fear of terrible dreams, fear of animals and fairy-tale characters. A predictive model has been developed that allows, with sufficient accuracy: sensitivity (67.4%; 95% CI 56.7% – 77%) and specificity (71%; 95% CI 66.3% – 75.4%), to assess the risk of developing anxiety in children and adolescents. This ensures early detection of disorders and the formation of a clear plan of recovery measures, which must necessarily include a family-oriented approach.

Війна безумовно завжди створює соціально-стресові умови та завдає значного впливу на дітей та підлітків. Вона спричинює великі соціальні руйнування, суттєві збитки для психічного здоров'я та створює перепони для всебічного розвитку дітей. У час війни діти та підлітки стикаються з такими проблемами, як: знаходження в умовах небезпеки, втрата домівки та близьких, розлучення з батьками, вимушений переїзд, порушення освітнього процесу [1, 2]. Вони стають свідками подій, що загрожують психоемоційному благополуччю, починаючи від миттєвих реакцій на стрес (тривога, підвищене збудження та реактивність, агресія) до невротичних проявів та психічних розладів – пост-травматичний стресовий розлад, розлади сну, депресія, тривожні, панічні, соматоформні розлади, розлади поведінки та настрою [3, 4, 5]. Саме тривожність виступає підґрунтям для розвитку психосоматичних, психічних та соматичних розладів [6]. Дослідження підтверджують, що діти, які пережили воєнні конфлікти, часто демонструють поведінкові проблеми, труднощі в спілкуванні та адаптації, а також високий рівень агресії або, навпаки, ізоляції [3].

Війна впливає не лише на дітей, які безпосередньо перебувають у зоні бойових дій, а й на тих дітей, які зазнають непрямого впливу через новини та зображення війни в медіа та соціальних мережах [7]. Постійний потік інформації може викликати стрес, тривогу та почуття небезпеки, навіть якщо діти не стикаються з воєнними подіями особисто, що негативно позначається на їхньому психічному стані та відчутті безпеки [8]. Відчуття занепокоєння батьків війною також може призвести до втрати почуття безпеки та посилення тривожності в дітей [9]. На розвиток тривожності впливають і характерологічні особливості дитини, що зазначає ряд авторів [10, 11, 12].

Досвід, отриманий дітьми під час війни, перешкоджає задоволенню актуальних потреб дитини.

Він підриває почуття безпеки, що є критично важливим для здорового психоемоційного та фізичного розвитку [13]. Важливо забезпечити цим дітям з досвідом війни доступ до багаторівневої психосоціальної підтримки, орієнтованої на їхні потреби, і допомогти відновити почуття безпеки. Тому виявлення ризиків розвитку тривожності в дітей та підлітків сприятиме ранньому втручанням та запобіганню негативним наслідкам, впровадженню відповідних відновлювальних заходів щодо зміцнення та збереження ментального здоров'я, а також запобіганню розвитку психосоматичних та психічних розладів.

Мета дослідження – визначити основні потенційні фактори, що пов'язані з розвитком тривожності в дітей та підлітків, які проживають на території України в період ведення активних бойових дій.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

У період з квітня 2022 року до травня 2024 року п'ятьма клінічними психологами проведено скринінг психоемоційного стану дітей та підлітків, які проживали на території активних бойових дій (Донецька область), та тих, які були евакуйовані з Донецької області у більш безпечні регіони держави, у прихистки для сімей внутрішньо переміщених осіб Івано-Франківської та Вінницької областей. Інтерпретацію та аналіз результатів проводив один психолог протягом усього періоду проведення дослідження. У дослідженні взяло участь 489 дітей та підлітків, віком від 8 до 18 років. З них 274 (56%) дівчини та 215 (44%) хлопчиків. Медіана віку учасників становила 12 (10-15) років.

Дослідження проводилось згідно з письмовою згодою одного з батьків або представників дітей із суворим дотриманням принципів біоетики, викладених у Гельсінській декларації «Етичні принципи медичних досліджень за участю людей», «Загальній декларації про біоетику та права людини

(ЮНЕСКО)», й ухвалено комісією з питань біоетики Державного закладу «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України» (протокол № 1 від 13.03.2025 р.).

Під час скринінгу демографічні змінні респондентів збирались за допомогою «Анкети інтеграції дитини шкільного віку» [14]. Анкета містить 18 запитань та дозволяє зібрати необхідний мінімум біографічних даних про дитину й поставити низку коректно сформульованих запитань щодо психологічного благополуччя й соціальної інтеграції, наявності психоемоційного напруження, дослідити індивідуальні особливості, встановити потенційні причини невротичних проявів, а також визначити інтереси та установки дитини. Під час анкетування звертали увагу на зміни місця проживання дитини за останній час, кола її спілкування в школі та за її межами, розуміння власних позитивних і негативних рис характеру, наявність мрій, актуальних страхів та тривожних життєвих ситуацій, психологічного комфорту в сім'ї, бажання наслідувати модель сімейних взаємин у майбутньому. Питання викладено в послідовності від загального до особистого, від персональних даних до наявності актуальних психологічних проблем, бажань і планів на майбутнє. Головним підходом були гуманність і чуйність, що запобігали ретравматизації дитини та створювали безпечні умови для відновлення психічного здоров'я. Застосування Анкети сприяло встановленню контакту з дитиною, допомагало їй висвітлити власні емоції, почуття та розповісти про психологічні проблеми, що заважали повноцінному життю.

Вимірювання рівня тривожності та інших проявів невротичного стану (зокрема порушення сну, вегетативних розладів, порушення поведінки, ознак депресії та астенії) здійснювалося із застосуванням «Дитячого опитувальника невротизмів» В. Сєднева (ДОН) [15]. Цей психодіагностичний інструмент був розроблений для дослідження проявів невротичних порушень у дітей. Методика включає сім шкал, однією з яких є шкала тривожності, що оцінює загальний стан емоційного переживання в ситуації очікування небезпеки, неблагополуччя як маркера інтенсивності психологічного адаптаційного процесу. Процедура проведення обстеження передбачала, що після попереднього ознайомлення з інструкцією дитині пропонували самостійно заповнити опитувальник. Отримані відповіді порівнювали з ключем. Спершу аналізували шкалу правдивості, а потім оцінювали результати за основними шкалами. Кожну відповідь, що збі-

галася з ключем, оцінювали в один бал. Сума набраних балів за кожною шкалою формувала первинні показники. Отримані результати співвідносили з таблицею інтерпретації: 16-20 балів вказували на високий рівень прояву симптомокомплексу, 12-15 балів – на середній рівень, а 11 балів і менше – на низький рівень.

Залежною змінною, що підлягала аналізу, була тривожність у дітей та підлітків в умовах воєнних дій. Сума балів за шкалою тривожності варіювала від 0 до 20 (медіана – 8 (4-10) балів). При проведенні аналізу ця змінна була конвертована в якісну ознаку: середній і високий ступінь вираженості тривожності (≥ 12 балів, високий ризик, випадок – 89 респондентів) та низький ступінь вираженості тривожності (< 12 балів, низький ризик, не випадок – 400 респондентів). Незалежні змінні склали фактори, що можуть бути пов'язаними з тривожністю (зміна місця проживання, наявність страхів, наявність тривожної ситуації, обмежене коло спілкування в школі та поза школою, відсутність сприятливої моделі сімейних взаємин, відсутність відчуття комфорту й затишку у своїй сім'ї, наявність негативних рис характеру, відсутність позитивних рис характеру, відсутність мрій).

Статистичний аналіз виконано в пакеті вільного використання EZR v. 1.66 (graphical user interface for R statistical software version 4.3.1, R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria) [16]. Для подання якісних ознак наведено абсолютну та відносну (%) частоти. При аналізі кількісних ознак проведено перевірку розподілу на нормальність (за критерієм Шапіро-Вілکا), закон розподілу відрізнявся від нормального, тому для подання розраховано медіану (Me) та міжквартильний інтервал (QI – QIII). Для оцінювання ступеня зв'язку якісної ознаки (тривожності) з кількісними та якісними ознаками використано метод побудови моделей логістичної регресії. Ступінь зв'язку оцінювали за площею під кривою операційних характеристик моделі (Area under the ROC curve (AUC)), розраховано її 95% ДІ [17]. Направленість зв'язку оцінювали за величиною відношення шансів (ВШ), для яких розраховували 95% ДІ. Для відбору мінімального набору факторних ознак, пов'язаних з ризиком «випадку», при побудові багатофакторних моделей прогнозування використовували метод покрокового відкидання/додавання ознак (Stepwise за досягнення рівня значущості $p < 0,05$). Оптимальний поріг прийняття рішення для моделі визначали шляхом досягнення максимальної чутливості та специфічності за індексом

Youden. Критичний рівень статистичної значущості встановлено $p=0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аналіз оцінок з використанням «Дитячого опитувальника невротизму» показав високий рівень (16-20 балів – клінічний рівень) тривожності у 22 (4,5%) і середній рівень (12-15 балів) у 67 (13,7%) підлітків. Необхідно зазначити, що середній рівень показника може стати підґрунтям для розвитку невротичного стану за умови впливу додаткових стресових факторів або пролонгованої дії вже наявних.

Ураховуючи те, що тривожність є одним з провідних симптомів розвитку невротичного стану [18], нами було досліджено також інші його прояви: порушення сну, поведінкові порушення, вегетативні порушення, депресивні стани, ознаки астеноїї. Аналіз профілю невротичних станів за опитувальником ДОН виявив у дітей такі порушення високого рівня (16-20 балів): у 85 (17,4%) – розлади сну, у 71 (14,5%) – поведінкові порушення, у 58 (11,9%) – вегетативні порушення, у 28 (5,7%) – депресивні стани, у 27 (5,5%) – ознаки астеноїї. Середній рівень вищезазначених показників (12-15 балів): у 99 (20,2%) – розлади сну, у 87 (17,8%) – поведінкові порушення, у 71 (14,5%) – вегетативні порушення, у 72 (14,7%) – депресивні стани, у 79 (16,2%) – ознаки астеноїї.

Серед потенційних стресових факторів, що можуть негативно впливати на емоційний стан дітей та підлітків, підвищуючи рівень тривожності, виділено такі, як: зміна місця проживання (188 дітей є внутрішньо переміщеними особами, 38,4% вибірки дослідження); наявність страхів (356 дітей, що становило 72,8%, з них: страх війни – 153 (31,3%), страх самотності – 109 (22,3%), просторові страхи – 90 (18,4%), страх тварин та казкових персонажів – 87 (17,8%), соціально-опосередковані страхи – 80 (16,4%), страх фізичної шкоди – 25 (5,1%), страх смерті – 24 (4,9%), медичні страхи – 15 (3,1%), страх жахливих снів – 7 (1,4%)); наявність тривожної ситуації – 280 (57,3%); хвилювання через війну – 200 (40,9%); обмежене коло спілкування поза школою – 172 (35,2%); обмежене коло спілкування в школі – 133 (27,2%); відсутність сприятливої моделі сімейних взаємин для наслідування – 66 (13,5%); відсутність відчуття комфорту та затишку у своїй сім'ї – 36 (7,4%); наявність негативних рис характеру – 238 (48,7%); нерозуміння власних позитивних рис характеру – 44 (9%); відсутність мрій – 57 (11,7%).

Для оцінювання ступеня зв'язку виникнення тривожності в дітей та підлітків, які перебували в соціально-стресових умовах війни, першим етапом побудовано однофакторні моделі логістичної регресії за кожною з факторних ознак (табл. 1).

Згідно з результатами однофакторного аналізу, виявлено слабкий зв'язок ризику виникнення тривожності зі статтю $AUC=0,58$ (95% ДІ 0,53-0,64), з віком $AUC=0,57$ (95% ДІ 0,50-0,64), з відчуттям дискомфорту в сім'ї $AUC=0,58$ (95% ДІ 0,53-0,63), з наслідуванням моделі батьківської сім'ї $AUC=0,58$ (95% ДІ 0,52-0,64), з обмеженим колом спілкування в школі $AUC=0,57$ (95% ДІ 0,51-0,62), з неусвідомленням власних позитивних рис характеру $AUC=0,57$ (95% ДІ 0,53-0,62), з наявністю сумнівів щодо негативних рис свого характеру $AUC=0,57$ (95% ДІ 0,52-0,63). Ризик виникнення тривожності в хлопчиків нижче ($p=0,005$), $VSH=0,49$ (95% ДІ 0,30-0,80), порівняно з дівчатами. У дітей більш старшого віку ризик виникнення тривожності зменшується ($p=0,03$), $VSH=0,91$ (95% ДІ 0,84-0,99) на кожен рік, що пояснюється тим, що діти з часом набувають більше життєвого досвіду, розвивають стратегії подолання стресу та покращують соціальні навички. Ризик виникнення вище в дітей, які не відчувають комфорт у сім'ї ($p=0,011$), $VSH=2,58$ (95% ДІ 1,24-5,39) та які мають сумніви щодо психологічного клімату в сім'ї ($p<0,001$), $VSH=5,38$ (95% ДІ 2,06-14,10). Діти, які не бажають наслідувати модель батьківської сім'ї, мають ризик вище ($p<0,001$), $VSH=2,97$ (95% ДІ 1,65-5,36). Ризик вище в дітей, які мають обмежене спілкування зі школярами ($p=0,018$), $VSH=1,81$ (95% ДІ 1,11-2,95); які не усвідомлюють в собі позитивних рис ($p<0,001$), $VSH=3,68$ (95% ДІ 1,92-7,08); які мають сумніви щодо негативних рис свого характеру ($p=0,014$), $VSH=3,52$ (95% ДІ 1,29-9,58).

Для виділення набору факторних ознак, які пов'язані з ризиком розвитку тривожності, та виявлення кожної незалежної ознаки з урахуванням впливу інших факторів було використано метод побудови багатофакторної моделі логістичної регресії. Вибір незалежних факторів ризику розвитку тривожності було проведено за методом покрокового відкидання/додавання факторних ознак у багатофакторній моделі регресії. У результаті відбору відібрано 8 незалежних значущих факторів ризику. У таблиці 2 наведені результати багатофакторного аналізу.

Таблиця 1

Однофакторні моделі логістичної регресії прогнозування ризику виникнення тривожності

Факторна ознака		Коефіцієнт моделі, $b \pm m$	Рівень значущості відмінності ВШ від 1, p	Показник відношення шансів моделі, ВШ (95% ДІ)
Стать	Ж		Референтний	
	Ч	-0,71±0,25	0,005	0,49 (0,30-0,80)
Вік, роки		-0,09±0,42	0,030	0,91 (0,84-0,99)
Зміна місця проживання	без змін		Референтний	
	внутрішньо переміщенні	-0,13±0,24	0,534	0,88 (0,55-1,42)
Рік дослідження	2022		Референтний	
	2023	0,41±0,31	0,180	1,51 (0,83-2,76)
	2024	-1,04±0,79	0,959	0,96 (0,21-4,48)
Комфорт у сім'ї	наявний		Референтний	
	відсутній	0,95±0,38	0,011	2,58 (1,24-5,39)
	складно відповісти	1,68±0,49	<0,001	5,38 (2,06-14,10)
Модель батьківської сім'ї	бажають наслідувати		Референтний	
	не бажають наслідувати	1,09±0,30	<0,001	2,97 (1,65-5,36)
	складно відповісти	0,12±0,31	0,706	1,13 (0,61-2,08)
Коло спілкування у школі	достатнє		Референтний	
	обмежене	0,59±0,25	0,018	1,81 (1,11-2,95)
	складно відповісти	0,50±0,68	0,463	1,64 (0,44-6,16)
Коло спілкування поза школою	достатнє		Референтний	
	обмежене	0,19±0,24	0,430	1,21 (0,75-1,96)
	складно відповісти	0,90±0,72	0,213	2,46 (0,60-10,20)
Позитивні риси характеру	є		Референтний	
	немає	1,30±0,33	<0,001	3,68 (1,92-7,08)
	складно відповісти	0,42±0,81	0,606	1,52 (0,31-7,47)
Негативні риси характеру	немає		Референтний	
	є	0,45±0,25	0,071	1,56 (0,96-2,54)
	складно відповісти	1,26±0,51	0,014	3,52 (1,29-9,58)
Наявність страхів		0,55±0,29	0,060	1,73 (0,98-3,06)
Наявність мрії		-0,44±0,33	0,188	0,65 (0,34-1,24)
Наявність тривожної ситуації		0,29±0,24	0,233	1,33 (0,83-2,14)
Страх війни		0,01±0,25	0,969	1,01 (0,62-1,66)
Страх смерті		0,65±0,47	0,160	1,92 (0,77-4,79)
Страх самотності		-0,42±0,31	0,175	0,66 (0,36-1,20)
Просторові страхи		-0,04±0,30	0,908	0,97 (0,53-1,75)
Соціально-опосередковані страхи		0,23±0,30	0,440	1,26 (0,70-2,29)
Страх фізичної шкоди		0,59±0,46	0,198	1,81 (0,73-4,48)
Страх жажливих снів		1,24±0,77	0,109	3,45 (0,76-15,70)
Страх тварин і казкових персонажів		-0,39±0,34	0,242	0,68 (0,35-1,30)

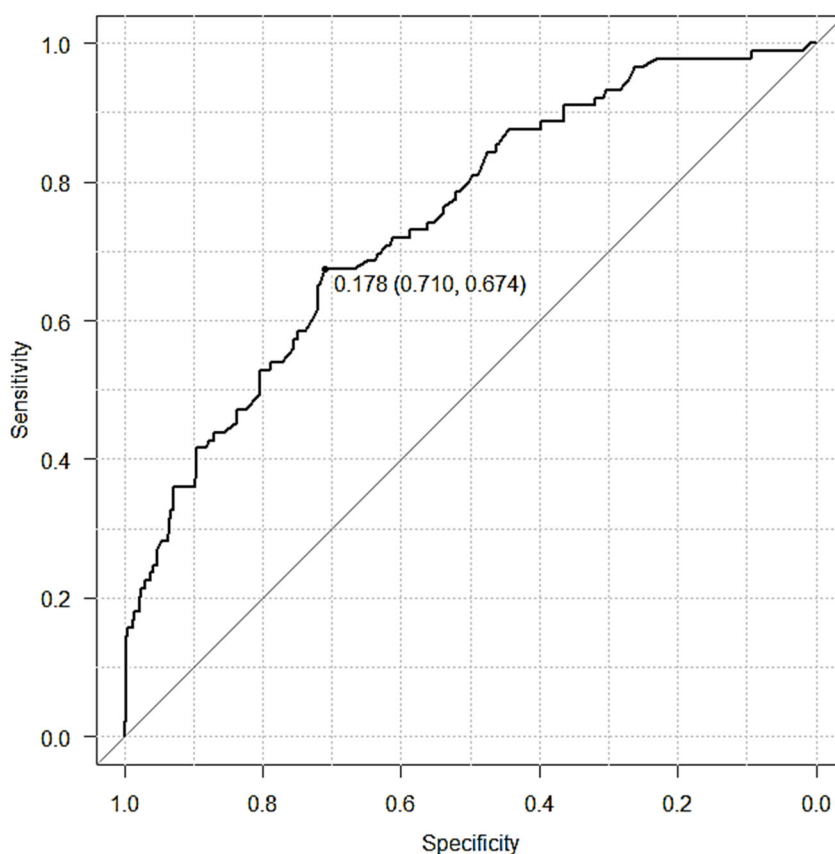
**Основні факторні ознаки, пов'язані з ризиком
виникнення тривожності у 8-факторній моделі логістичної регресії**

Незалежна факторна ознака		Коефіцієнт моделі, $b \pm m$	Рівень значущості відмінності ВШ від 1, p	Показник відношення шансів моделі, ВШ (95% ДІ)
Стать	Ж	Референтний		
	Ч	-0,81±0,28	0,003	0,44 (0,26-0,76)
Вік, роки		-0,14±0,05	0,004	0,87 (0,79-0,95)
Комфорт у сім'ї	наявний	Референтний		
	відсутній	0,38±0,49	0,438	1,46 (0,56-3,83)
	складно відповісти	1,48±0,56	0,008	4,40 (1,47-13,20)
Модель батьківської сім'ї	бажають наслідувати	Референтний		
	не бажають наслідувати	1,01±0,40	0,012	2,74 (1,25-6,03)
	складно відповісти	-0,24±0,38	0,512	0,78 (0,38-1,63)
Позитивні риси характеру	є	Референтний		
	немає	1,29±0,37	<0,001	3,66 (1,77-7,56)
	складно відповісти	0,34±0,90	0,711	1,40 (0,24-8,23)
Негативні риси характеру	немає	Референтний		
	є	0,33±0,27	0,222	1,39 (0,82-2,38)
	складно відповісти	1,36±0,55	0,014	3,88 (1,32-11,40)
Страх жажливих снів		1,75±0,86	0,043	5,74 (1,06-31,20)
Страх тварин і казкових персонажів		-0,76±0,39	0,049	0,47 (0,22-1,00)

У багатофакторній моделі виявлено зв'язок розвитку тривожності з 8 факторами: стать, вік, відчуття дискомфорту в сім'ї, відсутність сприятливої моделі сімейних взаємин для наслідування, нерозуміння власних позитивних рис характеру, наявність сумнівів щодо негативних рис свого характеру, страх жажливих снів, страх тварин і казкових персонажів. При врахуванні впливу інших значущих факторів ризику виявлено такі зв'язки. Виявлено прямий зв'язок між ризиком розвитку тривожності та дискомфортом у сім'ї, тобто дитина не відчуває душевного комфорту і їй складно пояснити причини цього незадоволення (ВШ=4,40; 95% ДІ 1,47-13,20), запереченням моделі батьківської сім'ї (ВШ=2,74; 95% ДІ 1,25-6,03), нерозумінням власних позитивних рис характеру (ВШ=3,66; 95% ДІ 1,77-7,56), наявністю сумнівів щодо негативних рис свого характеру (ВШ=3,88; 95%

ДІ 1,32-11,40), страхом жажливих снів (ВШ=5,74; 95% ДІ 1,06-31,20). Установлений зворотний зв'язок між ризиком розвитку тривожності та віком (ВШ=0,87; 95% ДІ 0,79-0,95), страхом тварин і казкових персонажів (ВШ=0,47; 95% ДІ 0,22-1,00) та зі статтю: для хлопців ризик нижчий, ВШ=0,44 (95% ДІ 0,26-0,76), порівняно з дівчатами.

Прогностична модель, побудована на виділеному наборі з 8 ознак, виявилась адекватною (хі-квадрат=75,13; $p < 0,001$), мала задовільну чутливість (67,4%; 95% ДІ 56,7%-77%) та задовільну специфічність (71%; 95% ДІ 66,3%-75,4%) і давала змогу оцінити зв'язки виникнення розвитку тривожності з основними факторами з доброю точністю (AUC=0,743; 95% ДІ 0,69-0,80). На рисунку наведено криву операційних характеристик побудованої моделі.



ROC-крива 8-факторної прогностичної моделі для оцінювання ризику виникнення розвитку тривожності в дітей, які перебували в соціально-стресових умовах війни

Відповідно до результатів однофакторного аналізу, основними чинниками, що збільшують ризик виникнення тривожності в дітей та підлітків, які зазнали гострого стресу під час війни, встановлено: приналежність до жіночої статі, вік, відчуття дискомфорту в сім'ї, відсутність сприятливої моделі сімейних взаємин для наслідування, обмежене коло спілкування в школі, незрозуміння власних позитивних рис характеру, наявність сумнівів щодо негативних рис свого характеру. Згідно з результатами багатфакторного аналізу, зв'язок з розвитком тривожності мали такі фактори: жіноча стать, вік, відчуття дискомфорту в сім'ї, відсутність сприятливої моделі сімейних взаємин для наслідування, незрозуміння власних позитивних рис характеру, наявність сумнівів щодо негативних рис свого характеру, страх жахливих снів, страх тварин і казкових персонажів.

Інші дослідники також вказують на наявність зв'язку між зазначеними факторами, підтверджуючи, що статеві, соціальні та психологічні аспекти значно впливають на розвиток тривожності [19]. Жіноча стать як фактор ризику тривожності підтверджується численними до-

слідженнями, що вказують на підвищену вразливість дівчаток до психоемоційного стресу. Результати нашого дослідження збігаються з результатами, наведеними в дослідженні авторів [20, 21], де зазначено, що дівчата мають вищі показники тривожності через емоційний стрес, ніж хлопці, що пов'язано з тим, що жінки та дівчата, зазвичай, демонструють більшу емоційну чутливість.

Дискомфорт у сім'ї та відсутність сприятливої моделі сімейних взаємин негативно впливають на психічне здоров'я дітей, зокрема посилюють розвиток тривожності. Згідно з дослідженнями [22, 23], відсутність позитивної моделі сімейних взаємин для наслідування, проблеми в сім'ї, конфлікти між батьками значно збільшують ризик розвитку тривожності в дітей та підлітків. Виявлено, що негативні взаємини в родині можуть сприяти підвищенню рівня дитячої тривожності та страхів, підкреслюючи важливість стабільної підтримки та сприятливих моделей поведінки для психологічного благополуччя дітей [24]. Наявність здорової емоційної підтримки та безпеки в родині забезпечує дітям почуття

стабільності та захищеності, що своєю чергою знижує ризик розвитку тривожності та інших психологічних порушень.

Риси характеру відіграють важливу роль у реагуванні дітей на емоційні та соціальні труднощі та безпосередньо впливають на їхнє психічне здоров'я. У дослідженнях [10, 11, 12] зазначається, що негативні риси характеру сприяють підвищеній схильності до тривожності. Водночас наявність позитивних рис характеру, таких як емоційна стабільність та стійкість, можуть допомогти захистити від тривожності, знижуючи сприйнятливість до стресових ситуацій. Нерозуміння власних позитивних рис характеру свідчить про невпевненість дитини в собі, що є однією з ознак низької самооцінки та причин посилення тривожності [25]. Borshchova та Krupnyk [24] наголошують на наявності зворотного зв'язку між вираженням дитячих страхів та психологічним комфортом у сім'ї. Також у роботі Liberman і Öst висвітлюється доказовість впливу різноманітних страхів (страх тварин, темряви, жахливих снів тощо) на розвиток тривожності в дітей [26].

Отже, результати нашого дослідження узгоджуються з численними науковими роботами, які підтверджують взаємозв'язок між встановленими стресовими факторами та тривожністю в дітей та підлітків. Це підкреслює важливість проведення комплексного оцінювання психоемоційного стану дітей та їхнього середовища. Розробка плану ефективних інтервенцій повинна ґрунтуватися на сімейно-орієнтованому підході, що допоможе зменшити негативні наслідки стресу в дітей, а також сприятиме зміцненню психічного здоров'я дітей та батьків у довгостроковій перспективі.

ВИСНОВКИ

1. В умовах активних бойових дій на території України діти та підлітки стикаються з різними соціально-стресовими факторами, що провокують підвищення розвитку тривожності. Результати дослідження підтвердили гіпотезу про те, що основними факторами, які збільшують ризик виникнення тривожності, є: несприятлива внутрішньосімейна атмосфера, низька самооцінка, невпевненість дитини в собі та слабкість со-

ціальних зв'язків з однолітками, унаслідок чого погіршується емоційний стан дітей.

2. Спростовано припущення, що на підвищення тривожності впливає місце проживання, що може відрізнятися активністю бойових дій та рівнем безпеки. Це можна пояснити тим, що діти та підлітки не відчувають фізичної безпеки по всій території України, бо осередок активізації бойових дій непередбачуваний.

3. Високі показники тривожності та їх наслідки вимагають медико-психологічного розв'язання та професійної клінічної допомоги мультидисциплінарної команди, зокрема із залученням клінічного психолога, обов'язками якого є проведення поглибленої психодіагностики, психологічного відновлення, вторинної та третинної психопрофілактики.

4. Розроблена прогностична модель дає змогу з достатньою точністю: чутливість (67,4%; 95% ДІ 56,7%-77%) та специфічність (71%; 95% ДІ 66,3%-75,4%) – оцінити ризик розвитку тривожності в дітей, які зазнали гострого стресу під час війни, а також підвищити ефективність відновлювальних заходів, що проводяться клінічними психологами. План заходів повинен ґрунтуватися на сімейно-орієнтованому підході, що забезпечить налагодження сприятливого внутрішньосімейного клімату та мінімізує інші додаткові фактори, що викликають тривожність.

Внески авторів:

Кабанцева А.В. – концептуалізація, адміністрування проєкту, редагування;

Панченко О.А. – концептуалізація, методологія, дослідження, написання – рецензування та редагування, ведення;

Гур'янов В.Г. – статистична обробка даних, курація даних;

Сердюк І.А. – перевірка, початковий проєкт, технічне оформлення.

Фінансування. Дослідження виконане відповідно до плану НДР «Методологічні засади короткострокової реабілітації й абілітації дітей та підлітків, які зазнали гострого стресу під час війни» на замовлення МОЗ України (номер держреєстрації – 0123U100337).

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

REFERENCES

1. Misiura O, Sova V, Anopriienko O, Sudyka O, Merkotan A, Khajtovych M. [The emotional state of Ukrainian children affected by military factors in the occupied territory]. *Medychna nauka Ukrainy*. 2022;18(3):60-5. Ukrainian. doi: <https://doi.org/10.32345/2664-4738.3.2022.09>

2. Waddoups AB, Yoshikawa H, Strouf K. Developmental Effects of Parent-Child Separation. *Annu Rev Dev Psychol*. 2019;1:387-410. doi: <https://doi.org/10.1146/annurev-devpsych-121318-085142>

3. Bürgin D, Anagnostopoulos D, Board and Policy Division of ESCAP, Vitiello B, Sukale T, Schmid M, et al. Impact of war and forced displacement on children's mental health-multilevel, needs-oriented, and trauma-informed approaches. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2022;31(6):845-53.
doi: <https://doi.org/10.1007/s00787-022-01974-z>
4. Dufynets V, Shcherban T, Hoblyk V. Post-traumatic stress in children as a result of war: Strategies for psychological support. *Scientific Studios on Social and Political Psychology*. 2024;30(1):16-26.
doi: <https://doi.org/10.61727/ssspj/1.2024.16>
5. Slone M, Peer A. Children's reactions to war, armed conflict and displacement: resilience in a social climate of support. *Curr Psychiatry Rep*. 2021;23(11):76.
doi: <https://doi.org/10.1007/s11920-021-01283-3>
6. Yayan EH, Düken ME, Özdemir AA, Çelebioğlu A. Mental Health Problems of Syrian Refugee Children: Post-Traumatic Stress, Depression and Anxiety. *Journal of pediatric nursing*. 2020;51:e27-e32.
doi: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.06.012>
7. Pfefferbaum B, Tucker P, Varma V, Varma Y, Nitiéma P, Newman E. Children's Reactions to Media Coverage of War. *Current psychiatry reports*. 2020;22(8):42.
doi: <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01165-0>
8. Walma van der Molen JH, Konijn EA. Dutch children's emotional reactions to news about the war in Iraq: influence of media exposure, identification, and empathy. In: Lemish D, Götz M, editors. *Children and media in times of war and conflict*. Cresskill: Hampton Press; 2007. p. 7497. ISBN 1572737492
9. Frounfelker RL, Islam N, Falcone J, Farrar J, Ra C, Antonaccio CM, et al. Living through war: Mental health of children and youth in conflict-affected areas. *International Review of the Red Cross*. 2019;101(911):481-506.
doi: <https://doi.org/10.1017/S181638312000017X>
10. Wu X, Zhang W, Li Y, Zheng L, Liu J, Jiang Y, et al. The influence of big five personality traits on anxiety: The chain mediating effect of general self-efficacy and academic burnout. *PLoS One*. 2024;19(1):e0295118.
doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0295118>
11. Santos EDC, Lopes MC, Asbahr FR, Rodrigues CL, Saffi F, Spruyt K, et al. Personality Characteristics of Children and Adolescents with Anxiety Disorder from a Maternal Perspective: A Brief Report. *Behav Sci (Basel)*. 2023;13(5):404. doi: <https://doi.org/10.3390/bs13050404>
12. Nguyen TT. Personality Traits and Anxiety Disorders of Vietnamese Early Adolescents: The Mediating Role of Social Support and Self-Esteem. *The Open Psychology Journal*. 2023;16:e187435012308310.
doi: <https://doi.org/10.2174/0118743501251636230921105854>
13. Schwartz L, Nakonechna M, Campbell G, Brunner D, Stadler C, Schmid M, et al. Addressing the mental health needs and burdens of children fleeing war: a field update from ongoing mental health and psychosocial support efforts at the Ukrainian border. *European journal of psychotraumatology*. 2022;13(2):2101759.
doi: <https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2101759>
14. Kabantseva AV. [Questionnaire on the integration of a school-age child]. [Internet]. 2022 [cited 2025 Jun 12]. Ukrainian. Available from: https://www.rdc.org.ua/download/methodological-developments/methodical-set/QUESTIONNAIRE_for_the_child.pdf
15. Sedniev VV. [Diagnosis of neurotic disorders of school age. Children's questionnaire of neuroses (DON)]. *Praktychna psykholohiia ta sotsialna robota*. 1998;2:17-21. Russian.
16. Kanda Y. Investigation of the freely available easy-to-use software "EZR" for medical statistics. *Bone Marrow Transplant*. 2013;48(3):452-8.
doi: <https://doi.org/10.1038/bmt.2012.244>
17. Janssens ACJW, Martens FK. Reflection on modern methods: Revisiting the area under the ROC Curve. *International journal of epidemiology*. 2020;49(4):1397-403. doi: <https://doi.org/10.1093/ije/dyz274>
18. Perez A. Neurotic Disorders: Understanding Symptoms and Causes. *Neuropsychiatry*. 2023;13(2):1-2. doi: [https://doi.org/10.37532/1758-2008.2023.13\(2\).660](https://doi.org/10.37532/1758-2008.2023.13(2).660)
19. Dabkowska M, Dabkowska-Mika A. Risk Factors of Anxiety Disorders in Children. From the Edited Volume. In: Durbano F, edited. *A Fresh Look at Anxiety Disorders*; 2015. doi: <https://doi.org/10.5772/61169>
20. Hallers-Haalboom ET, Maas J, Kunst LE, Bekker MHJ. The role of sex and gender in anxiety disorders: Being scared "like a girl"? *Handb Clin Neurol*. 2020;175:359-68.
doi: <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-64123-6.00024-2>
21. Farhane-Medina NZ, Luque B, Tabernero C, Castillo-Mayén R. Factors associated with gender and sex differences in anxiety prevalence and comorbidity: A systematic review. *Science Progress*. 2022;105(4):368504221135469.
doi: <https://doi.org/10.1177/00368504221135469>
22. Ye Y, Li Y, Jin S, Huang J, Ma R, Wang X, et al. Family Function and Post-Traumatic Stress Disorder in Children and Adolescents: A Meta-Analysis. *Trauma, Violence, Abuse*. 2023;24(5):3151-69.
doi: <https://doi.org/10.1177/15248380221126182>
23. Cohen JA, Deblinger E, Mannarino AP. Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and families. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*. 2018;28(1):47-57.
doi: <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1208375>
24. Borshchova TO, Krupnyk IR. Children's fears: features of expression in particular families. *Insight: The Psychological Dimensions of Society*. 2019;2:58-63.
doi: <https://doi.org/10.32999/2663-970X/2019-2-8>
25. Betancourt JL, Alderson RM, Roberts DK, Bulard CC. Self-esteem in children and adolescents with and without attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*. 2024;108:102394.
doi: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102394>
26. Liberman LC, Öst L-G. The Relation Between Fears and Anxiety in Children with Specific Phobia and Parental Fears and Anxiety. *Journal of Child and Family Studies*. 2016;25:598-606.
doi: <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0222-7>

Стаття надійшла до редакції 19.06.2025;
затверджена до публікації 28.10.2025