

Міністерство освіти і науки України  
Національний університет “Острозька академія”  
Навчально-науковий інститут соціально-гуманітарного менеджменту  
Кафедра громадського здоров'я та фізичного виховання

**Кваліфікаційна робота**  
на здобуття освітнього ступеня магістра на тему:

**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДИТЯЧОГО СПРИЙМАННЯ  
ХВОРОБИ ТА СМЕРТІ ПІД ЧАС ВІЙНИ**

Виконав студент 2 курсу, групи ЗМгз-21  
спеціальності 229 Громадське здоров'я,  
освітньо-професійної програми  
«ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я»  
другого (магістерського) рівня вищої освіти  
**Миронюк Сергій Олександрович**

**Керівник** – доц., канд. психол. наук  
**Кулеша Наталія Петрівна**

**Рецензент** – доктор психол. наук  
**Августюк Марія Миколаївна**

**«РОБОТА ДОПУЩЕНА ДО ЗАХИСТУ»**

**Завідувач кафедри громадського  
здоров'я та фізичного виховання**

\_\_\_\_\_  
(підпис)

**(проф., д.м.н. Гущук І.В.)**

Протокол № \_\_\_\_\_ від « \_\_\_\_ » « \_\_\_\_\_ » 2024 р.

Острог – 2024

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНО-МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЩОДО ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ДИТЯЧОГО СПРИЙМАННЯ ХВОРОБИ ТА СМЕРТІ ПІД ЧАС ВІЙНИ .....	8
1.1. Аналіз психологічних особливостей дитячого сприймання .....	8
1.2. Аналіз особливостей сприйняття хвороби та смерті під час війни .....	22
1.3. Загальна характеристика психологічних особливостей дитячого сприймання хвороби та смерті під час війни .....	29
Висновки до розділу I .....	38
РОЗДІЛ II. ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ДИТЯЧОГО СПРИЙМАННЯ ХВОРОБИ ТА СМЕРТІ ПІД ЧАС ВІЙНИ .....	40
2.1. Загальні засади емпіричного дослідження .....	40
2.2. Порівняльний аналіз та характеристика методики дослідження .....	44
2.3. Аналіз даних та загальні результати емпіричного дослідження.....	49
Висновки до розділу II.....	63
РОЗДІЛ III. РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ ПОКРАЩЕННЯ РІВНЯ ДИТЯЧОГО СПРИЙМАННЯ ХВОРОБИ ТА СМЕРТІ ПІД ЧАС ВІЙНИ.....	65
3.1. Теоретична основа формування рекомендацій для покращення рівня дитячого сприймання хвороби та смерті під час війни.....	65
3.2. Практичні рекомендації для покращення рівня сприймання хвороби та смерті під час війни у дитячому віці .....	70
Висновки до розділу III .....	75
ВИСНОВКИ.....	77
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ТА ЛІТЕРАТУРИ .....	80
ДОДАТКИ.....	87

## ВСТУП

Актуальність дослідження психологічних особливостей, з якими діти сприймають хворобу та смерть у контексті війни, особливо важлива в умовах триваючого російського вторгнення в Україну. Війна впливає на всі аспекти життя суспільства, включаючи психічне здоров'я дітей, які виявляються найбільш вразливими до її наслідків. Дослідження, що зосереджується на тому, як діти розуміють та переживають хворобу і смерть в таких умовах, допоможе розробити ефективніші методи психологічної підтримки та адаптації. Зростаюча кількість досліджень вказує на те, що діти, які переживають війну, часто стикаються з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), тривогою, депресією та іншими психологічними проблемами. Вони можуть стати свідками або навіть жертвами втрати близьких, що вносить додаткові виклики в їх спосіб сприймання здоров'я та смерті. Це дослідження має на меті з'ясувати, яким чином ці досвіди формують дитяче сприймання та як діти адаптуються до нової реальності війни, що, у свою чергу, дозволить нам краще розуміти їх потреби у підтримці. Крім того, знання, отримані в результаті цього дослідження, важливі для формування політики у галузі освіти та охорони здоров'я, а також для підготовки педагогів, медичних та психологічних фахівців, які працюють із дітьми в умовах війни. Це знання дозволить забезпечити більш цілісний і чутливий підхід до виховання та навчання дітей, які зіштовхнулися з травматичними подіями, пов'язаними з війною та її наслідками.

Також важливо відзначити, що під час війни діти можуть втрачати відчуття безпеки та стабільності, що є критично важливими для їх здорового розвитку. Вивчення того, як діти сприймають і обробляють інформацію про хворобу і смерть у таких екстремальних умовах, може допомогти виявити специфічні потреби та вразливості, які потребують адресації через цільові втручання. Наприклад, розробка спеціалізованих програм психологічної підтримки та терапії, які зосереджуються на зменшенні тривоги та відновленні відчуття безпеки, може бути життєво необхідною для покращення добробуту дітей.

Залучення родин і громад у процес відновлення психічного здоров'я дітей може створити більш стійку підтримуючу мережу, яка сприятиме довгостроковій адаптації та відновленню. Встановлення зв'язку між дослідженнями, практичними втручаннями та політичними рішеннями в області освіти та соціального захисту дозволить сформуванню ефективнішого реагування на потреби дітей, які живуть у постійних умовах стресу та нестабільності, що притаманні воєнним конфліктам. Ці зусилля мають велике значення не тільки для дітей, але й для загальної стабільності та відновлення суспільства в цілому.

Аналіз останніх досліджень з обраної проблематики. Останні дослідження щодо впливу війни та інших кризових ситуацій на психічне здоров'я дітей охоплюють різні аспекти та підходи до вивчення цієї проблематики. Budzyna D. та Buckley D. у своїй праці "Cognitive Development in School Age" досліджують когнітивний розвиток дітей шкільного віку, зокрема у контексті рівності в освіті, що є важливим для розуміння впливу війни на когнітивні функції дітей. Catani C. у статті "Mental health of children living in war zones: a risk and protection perspective" розглядає психічне здоров'я дітей, які живуть у зонах конфлікту, та виявляє, що діти в таких умовах мають підвищений ризик розвитку психічних розладів, але наявність підтримуючого середовища може зменшити негативні наслідки. Chachar A. S., Younus S. та Ali W. у своїй роботі "Developmental Understanding of Death and Grief Among Children During COVID-19 Pandemic" використовують біоекологічну модель Бронфенбреннера для аналізу розуміння смерті та горя серед дітей під час пандемії, що може бути адаптовано для вивчення впливу війни на дітей. Lundh A. та інші у дослідженні "Children's Global Assessment Scale (CGAS) in a naturalistic clinical setting" оцінюють міжрецензентську надійність та порівняння з експертними оцінками, що важливо для стандартизації оцінки психічного стану дітей в умовах війни. de Jong J. у книзі "Trauma, war, and violence: public mental health in socio-cultural context" розглядає вплив війни та насильства на психічне здоров'я з урахуванням соціокультурного контексту, що є ключовим для розуміння різних факторів, які впливають на дітей у воєнний час. Empirical Research у статті "Definition,

Methods, Types and Examples" надає огляд емпіричних методів дослідження, які можуть бути застосовані для вивчення психологічних наслідків війни для дітей. Garbarino J. у праці "Lost boys: Why our sons turn violent and how we can save them" аналізує причини насильства серед молодих хлопців та методи їхньої соціально-психологічної реабілітації. Hazer L. та Gredebäck G. у статті "The effects of war, displacement, and trauma on child development" досліджують вплив війни, переселення та травми на розвиток дітей, підкреслюючи важливість психологічної підтримки. Institute of Medicine та National Research Council у праці "Child Development and Early Learning. Transforming the Workforce for Children Birth Through Age 8" аналізують розвиток дітей від народження до восьми років, що є важливим для розуміння раннього впливу війни на дітей.

Метою дослідження є аналіз та розуміння, як діти сприймають хворобу та смерть у воєнний час, що може сприяти розробці ефективних рекомендацій підходів та методик для підтримки їх психологічної стійкості. Об'єкт дослідження – діти, що проживають у зонах активних бойових дій. Предмет дослідження – психологічні механізми, через які діти сприймають та обробляють інформацію про хворобу і смерть під час війни. Завдання дослідження:

- Здійснити аналіз психологічних особливостей, що впливають на сприймання дітьми військових травм та втрат.
- Охарактеризувати теоретичні та методологічні підходи щодо дитячої реакції на хворобу та смерть в умовах війни.
- Здійснити розробку рекомендацій щодо психологічної підтримки та адаптаційних стратегій для допомоги дітям у кризових умовах.

Для дослідження психологічних особливостей дитячого сприймання хвороби та смерті під час війни використовуються різноманітні методологічні підходи, кожен з яких відіграє важливу роль у зборі, аналізі та інтерпретації даних. Нижче описано основні методи, які застосовуються у даному дослідженні.

Метод аналізу та синтезу включає розбиття загальних даних на менші частини для детального вивчення (аналіз) та подальше об'єднання цих частин для формування загального уявлення про досліджуване явище (синтез). У контексті

даного дослідження, аналіз дозволяє розібрати окремі аспекти дитячого сприймання хвороби та смерті, а синтез допомагає інтегрувати ці аспекти у більш широку картину впливу війни на психіку дитини. Використання методу порівняння дозволяє виявити схожості та відмінності між різними групами дітей, наприклад, між тими, хто проживає в зонах бойових дій та тими, хто знаходиться в більш безпечних умовах. Цей метод також важливий для встановлення взаємозв'язків між різними психологічними феноменами та їх проявами в умовах війни. Індуктивні методи використовуються для формування теорій на основі спостережень даних, тоді як дедуктивні методи використовуються для перевірки гіпотез шляхом спостереження та експерименту. Вони дозволяють переходити від конкретних даних до загальних висновків та навпаки, що забезпечує глибше розуміння психологічних процесів у дітей під час війни. Використання статистичних методів, таких як кореляційний аналіз, регресійний аналіз, та аналіз дисперсії, дозволяє обробляти кількісні дані та виявляти закономірності, що можуть не бути очевидними при квалітативному аналізі. Ці методи сприяють визначенню впливу різних факторів на психологічний стан дітей та оцінці ефективності різних підходів до їх підтримки. Описові методи застосовуються для систематичного збору даних через спостереження та інтерв'ю, що дозволяє отримати детальну інформацію про досвід дітей, їхні почуття та сприймання. Це включає в себе докладний опис поведінкових реакцій, емоційних станів та способів їх адаптації до важких життєвих обставин. Ці методологічні підходи разом забезпечують комплексний вивчення психологічних особливостей дитячого сприймання хвороби та смерті в умовах війни, що є важливим для розробки ефективних стратегій підтримки та відновлення.

Теоретичне значення цього дослідження полягає у поглибленні розуміння психологічних механізмів, через які війна впливає на дитячу психіку, особливо у контексті хвороби та смерті близьких. Дослідження дозволило інтегрувати різні теоретичні підходи, включаючи психоаналітичні теорії, когнітивно-біхевіоральні моделі, теорії стресу та копінгу, а також соціально-екологічні моделі розвитку, для створення цілісної картини впливу військових подій на дітей. Це забезпечило

більш глибоке розуміння емоційних та поведінкових реакцій дітей на травматичні події, що сприяє розвитку теорій у галузі дитячої психології та психотерапії. Практичне значення дослідження полягає у розробці конкретних рекомендацій та практичних заходів, спрямованих на покращення рівня сприймання хвороби та смерті серед дітей під час війни. Впровадження розроблених рекомендацій може бути використане у практичній діяльності психологів, педагогів, соціальних працівників та інших фахівців, які працюють з дітьми, що пережили травматичні події. Запропоновані заходи включають створення підтримуючого середовища, використання психокорекційних програм, інтеграцію психологічної підтримки в освітній процес та залучення сімей і громад до процесу підтримки. Це сприяє не лише покращенню психічного здоров'я дітей, але й їхньому соціальному та емоційному розвитку.

Наукова новизна дослідження полягає у комплексному підході до вивчення впливу війни на дитячу психіку, який включає використання як теоретичних, так і емпіричних методів. Вперше було проведено порівняльний аналіз груп дітей, які отримали психологічну допомогу, та тих, хто її не отримав, у контексті війни, що дозволило визначити ефективність наданої підтримки. Крім того, дослідження внесло нові знання про специфіку дитячого сприймання хвороби та смерті в умовах війни, що розширює теоретичні уявлення про дитячу психологію у кризових ситуаціях. Розробка комплексних рекомендацій на основі інтеграції різних теоретичних підходів є важливим внеском у розвиток прикладної психології та психотерапії для дітей, які переживають травматичні події. Ці висновки дозволяють підкреслити важливість інтеграції теоретичних знань та практичних заходів у роботі з дітьми, які зазнали впливу війни, забезпечуючи їм необхідну підтримку та допомогу для емоційного та соціального відновлення.

Структура роботи складається із вступу, трьох розділів та підрозділів, списку використаних джерел та літератури, було введено 54 позицій літератури та джерел, робота має об'єм у 89 сторінок, з них основного тексту – 79.

# РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНО-МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЩОДО ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ДИТЯЧОГО СПРИЙМАННЯ ХВОРОБИ ТА СМЕРТІ ПІД ЧАС ВІЙНИ

## 1.1. Аналіз психологічних особливостей дитячого сприймання

У дитинстві людина проходить вирішальну фазу когнітивного розвитку, позначену низкою складних психологічних процесів, які формують її розуміння світу. Цей ключовий етап не лише закладає фундамент майбутніх когнітивних здібностей, але й глибоко впливає на соціальні, емоційні та поведінкові моделі в подальшому житті. Зважаючи на це, дитинство відіграє важливу роль у формуванні основних когнітивних навичок, зокрема сприйняття, яке дозволяє дітям інтерпретувати та осмислювати навколишній світ. На сприйняття дітей впливають не лише вроджені біологічні фактори, але й середовище, досвід та взаємодія з іншими людьми. Усвідомлення аспектів дитячого сприйняття є важливим для педагогів, вихователів та дослідників, оскільки воно дає змогу зрозуміти, як діти навчаються, спілкуються та взаємодіють з навколишнім світом. У сучасних умовах психологічні особливості дитячого сприйняття зазнають різноманітних впливів, зокрема технологічного прогресу, змін у соціальній динаміці та еволюції освітніх практик. З поширенням цифрових медіа та віртуального середовища діти отримують доступ до широкого спектру стимулів, які можуть впливати на їхнє сприйняття унікальним чином. Крім того, культурні чинники, соціально-економічний статус і сімейна динаміка можуть впливати на перцептивний досвід і когнітивний розвиток дітей.

З метою конкретизації меж дослідження доречним є звернутись до дефініцій. Варто відзначити, що відповідно до керівних принципів, викладених у Міжнародній конвенції про права дитини, діти визначаються як особи, які належать до вікового діапазону від народження до 18 років. [41] Аналогічну позицію можемо знайти і в українського нормотворця. Відповідно до абз. 2 ст. 1 Закону України «Про охорону дитинства», дитина - це особа віком до 18 років, якщо вона не набуває повноліття раніше на підставі відповідних законів, що застосовуються до неї. [48] Незважаючи



на консенсус щодо визначення вікових меж дитинства, очевидним є факт, що психологічні особливості суттєво відрізняються, залежно від конкретних вікових періодів у житті людини. Враховуючи це, доцільним в межах дослідження вважаємо використати класифікацію періодів дитинства, запропоновану видатним американо-німецьким науковцем Е. Еріксоном на основі психосоціального розвитку людини (див. Таблиця 1.1.).

**Таблиця 1.1. Класифікація періодів дитинства за Е. Еріксоном**

Період дитинства	Віковий діапазон	Психосоціальна стадія Еріксона	Ключові характеристики
Немовля	Від народження до 1 року	Довіра проти недовіри	На цьому етапі немовлята розвивають довіру, коли їхні потреби постійно задовольняються з теплом і турботою. Вони вчаться покладатися на тих, хто за ними доглядає, що сприяє формуванню почуття безпеки. Однак непослідовна турбота може призвести до недовіри і тривоги щодо світу.
Ранній дитячий вік	1-3 роки	Автономія проти сорому та сумнівів	Малюки відстоюють свою незалежність і досліджують свої здібності. Заохочення автономії, наприклад, дозвіл на вибір і підтримка їхніх зусиль, сприяє підвищенню самооцінки. І навпаки, надмірна критика або контроль можуть призвести до почуття неадекватності та сумнівів у власних силах.
Дошкільний вік	4-6/7 років	Ініціатива проти почуття провини	Дошкільнята беруть участь у творчих іграх і починають проявляти ініціативу в діяльності. Заохочення їхньої допитливості та надання можливостей для дослідження допомагає розвинути почуття цілеспрямованості та впевненості. Однак надмірний контроль або знеохочення можуть призвести до почуття провини і небажання проявляти ініціативу.
Молодший шкільний вік	6/7-11 років	Працьовитість проти неповноцінності	Діти розвивають компетентність у школі та громадській діяльності. Успіх у набутті навичок і досягненні цілей виховує почуття працьовитості та гордості. Однак повторювані невдачі або порівняння з однолітками можуть призвести до почуття неповноцінності та некомпетентності.
Підлітковий вік	12-18 років	Ідентичність проти розгубленості	Підлітки досліджують свою ідентичність, переконання та роль у суспільстві. Успішне проходження цього етапу призводить до чіткого усвідомлення власного «я» та визначення напрямку на майбутнє. Однак, якщо підлітки намагаються встановити свою ідентичність або якщо вони відчувають тиск, щоб відповідати очікуванням інших, може виникнути розгубленість і невпевненість.

Сформовано самостійно автором на основі [22]

Окресливши рамки дослідження, розглянемо детальніше психологічні особливості для кожного з періодів дитинства. Варто відзначити, що первинною характеристикою психічного розвитку немовляти є завершення формування його соціального оточення, що знаменується появою складного комплексу поживлення. Цей комплекс ініціює відповідні реакції на батьківську увагу, тим самим залучаючи немовля до соціального оточення. Переважною діяльністю немовлят на цій стадії є безпосереднє емоційне спілкування, де предметом їхньої активності є інша людина, як правило, дорослий. Відзначимо, що така форма взаємодії, названа безпосередньою емоційною активністю, є центральною для розвитку немовляти. У цьому контексті діяльність немовляти переплітається з діяльністю дорослих, які доглядають за ним, оскільки немовля значною мірою залежить від дорослих майже у всіх аспектах свого функціонування. Соціальна ситуація і провідна діяльність протягом першого року життя немовляти сприяють кільком помітним когнітивним і поведінковим зрушенням:

- активно розвиваються когнітивні процеси;
- з'являються поведінкові патерни, з'являється загальна послідовність орієнтування, за яким слідує дії. Комплекс поживлення поступається місцем іншим поведінковим формам приблизно у віці 5-6 місяців, коли дитина демонструє зростаюче почуття власної гідності і бере участь у цілеспрямованих діях, таких як хапання. Поява «запитань» у вигляді дій або жестів свідчить про потребу немовляти у спілкуванні з дорослими;
- мовний розвиток прогресує, і до кінця першого року немовля починає продукувати автономну мову, розрізняти інтонації та демонструвати розуміння слів;
- важливим етапом в дитинстві є початок ходіння, що являє собою перехід від залежності від дорослих до більшої автономії. Цей перехід сигналізує про зміну соціальної ситуації, оскільки немовля набуває здатності керувати дорослими і більш активно висловлювати свої потреби. [27]]

Протягом першого року немовлята починають тренувати свій мовленнєвий апарат, демонструючи гуління у віці близько трьох місяців - мимовільну гру зі

звуками, викликану присутністю дорослого. Наприкінці першого року життя з'являється лепет, що характеризується повторюваними складовими висловами на кшталт «ла-ла-ла» або «ма-ма-ма». Приблизно на дев'ятому-десятому місяці життя немовлята починають відповідати дорослим звуками, часто повторюючи ті, які воничують. Зазвичай це наголошені склади в словах, які воничують. До кінця першого року життя немовлята починають вимовляти свої перші слова. Психічний розвиток немовлят тісно переплітається з фізичним, оскільки соматичні досягнення є основою для когнітивного розвитку. Близько восьми місяців допитливість дитини досягає піку, стимульована розширеною рухливістю та самостійним дослідженням. Цей період підвищеної рухливості сприяє розвитку когнітивних здібностей через дослідження простору. [10]

Протягом першого року життя немовлята беруть участь у практичних діях, які стають дедалі складнішими. Ці дії варіюються від простих маніпуляцій з предметами до більш складних взаємодій, які часто відбуваються під керівництвом і прикладом дорослих. Сенсорний розвиток у немовлят характеризується підвищеною гостротою зору та слуху. До шести місяців немовлята демонструють базову диференціацію кольорів і форм, хоча їм може бути важко сприймати зміни у знайомих об'єктах. Зір стає основним когнітивним інструментом, що призводить до значних змін у візуальному сприйнятті. Слуховий розвиток включає в себе зростаючу чутливість до звуків мови, причому немовлята демонструють явну перевагу людської мови над іншими слуховими стимулами. До трьох місяців вони можуть розрізнити мовленнєві інтонації, хоча розуміння значень слів ще відсутнє. [14]

Немовлята з раннього віку демонструють гостру тактильну чутливість, сильно реагуючи на тактильні подразники і розвиваючи вподобання до певних відчуттів. Крім того, вони демонструють зародження нюхової та смакової дискримінації, розрізняючи приємні та неприємні запахи і смаки. Процеси ранньої пам'яті з'являються наприкінці першого року життя, коли немовлята починають розпізнавати знайомі стимули і демонструвати рухові та емоційні

реакції пам'яті. Емоційні прояви стають більш нюансованими, радість і сміх з'являються у відповідь на взаємодію з дорослими та ігрові стимули.

Приблизно у віці восьми-десяти місяців немовлята урізноманітнюють свій емоційний досвід, використовуючи емоційну експресію як засіб спілкування. Вони також демонструють здатність до емпатії, віддзеркалюючи емоційні стани тих, хто їх оточує - явище, відоме як «емоційне зараження». Самосвідомість поступово розвивається протягом усього дитинства, спочатку проявляючись як цікавість до власного тіла, а згодом переростає в самоусвідомлення через взаємодію з дзеркалами чи фотографіями. Прив'язаність до значущих дорослих поглиблюється, сприяючи формуванню почуття довіри та безпеки, необхідних для здорового психосоціального розвитку, згідно з теорією Еріка Еріксона. Немовлята демонструють зміну ставлення до інших протягом першого року життя, переходячи від загального спокою до незнайомих до настороженого побоювання. Ця еволюція в соціальній поведінці відображає формування базової довіри та прихильності, що має вирішальне значення для закладання фундаменту для майбутнього розвитку особистості. [31]

У сукупності такий комплекс змін може прискорити кризу протягом першого року життя немовляти, коли воно переходить від біологічного розвитку, що характеризується базовими потребами, до соціального розвитку, що характеризується активністю та спілкуванням. Одного лише емоційного спілкування може бути недостатньо, щоб пережити цей перехід, що призводить до зростання незалежності від дорослих і потенційних афективних реакцій, таких як плач або зміни в режимі сну. Подолання цієї кризи передбачає встановлення соціальних зв'язків між дитиною та членами сім'ї, виховання почуття довіри до навколишнього світу. Дорослі відіграють вирішальну роль у цьому процесі, коригуючи свою взаємодію з дитиною, надаючи їй більше свободи та автономії у відповідних межах. [25]

У контексті сприймання зовнішніх факторів відзначимо, що у науковому дискурсі щодо немовлят, воно колись вважалося хаотичним об'єднанням сенсорних входів, однак, завдяки емпіричним дослідженням виявилось набагато

складнішим, ніж вважалося раніше. Ранні дослідження в цій галузі, наприклад, ті, що використовували техніку «візуального обриву» для вивчення сприйняття глибини, показали, що немовлята вже у віці 6 місяців мають здатність розрізняти глибину, що свідчить про вроджені здібності до сприйняття. Більше того, дослідження розпізнавання образів за допомогою таких методів, як метод візуальних переваг, підкреслили здатність немовлят розрізняти складні стимули, з особливою увагою до образів, що нагадують людські обличчя. Такі висновки підкреслюють думку про те, що немовлята мають нюансовану гостроту зору, кидаючи виклик попереднім припущенням про їхню обмеженість у сприйнятті. Крім того, дослідження слухового сприйняття показали, що немовлята від народження чутливі до мовних зразків та емоційних сигналів, що вказує на ранню схильність до засвоєння мови та соціальної взаємодії. Зокрема, було доведено, що пренатальний вплив слухових стимулів впливає на постнатальні вподобання, що свідчить про те, що сенсорний досвід починає формувати сприйняття ще до народження. Незважаючи на те, що тривають дебати щодо відносного внеску природи та виховання у сприйняття немовлят, поточні дослідження спрямовані на з'ясування складного взаємозв'язку між генетичними схильностями та впливом навколишнього середовища. Оскільки вчені продовжують впроваджувати нові методології дослідження сприйняття немовлят, наше розуміння багатого і складного світу сприйняття немовлят продовжує розвиватися, обіцяючи подальше розуміння механізмів, що лежать в основі раннього когнітивного розвитку. [42]

Особливості психічного розвитку в період раннього дитинства, що охоплює період від 1 до 3 років, відзначаються значними змінами в соціальних взаємодіях. Емоційне спілкування з дорослими зменшується в частоті, поступаючись місцем ситуативному та діяльнісному спілкуванню, практичній співпраці та спільній взаємодії з предметами. Отже, соціальна динаміка розвитку дітей раннього віку структурується у вигляді тріади: Дитина ↔ Предмет (що включає предметно-орієнтовану діяльність з ігровими елементами) ↔ Дорослий. У цьому соціальному контексті спільна діяльність дітей раннього віку і дорослих

вносить протиріччя: в той час як модель дій з предметами в першу чергу належить дорослим, від дітей очікується одночасне виконання індивідуальних дій. Це протиріччя вирішується за допомогою нової провідної діяльності, яка називається предметною діяльністю з елементами гри. У ній діти копіюють поведінку дорослих, прагнучи оволодіти суспільно виробленими способами взаємодії з предметами. Емоційне спілкування в ранньому дитинстві втрачає свою первинність, але інтенсифікується і переростає в мовне вираження, стаючи невід'ємною частиною предметної діяльності. [38] Раннє дитинство є сенситивним періодом для розвитку мовлення. До початку другого року життя діти зазвичай демонструють активне мовлення, що містить 10-12 слів, яке розширюється до 300 слів до двох років і 1200-1500 слів до трьох років. Автономне мовлення зменшується в міру того, як діти опановують механіку мовлення, охоплюючи різні звуки і будуючи прості речення. [50]

Ключові нейрологічні зміни в ранньому дитинстві включають:

- поява символічних дій, що передбачають створення нових об'єктних зв'язків;
- розвиток навичок імітації, особливо помітний в ігровій діяльності;
- початкові прояви самосвідомості, коли діти починають узгоджувати поведінку інших з особистими потребами та порівнювати себе з іншими;
- формування елементарної самосвідомості, коли діти впізнають себе, виражають індивідуальні стани і потреби та прагнуть до самоствердження через позитивні дії;
- початковий розвиток пізнавальних процесів.

Наприкінці третього року життя діти сприймають та стверджують свою автономію твердженнями на кшталт «Я можу зробити це сам», що призводить до розпаду попередньої соціальної динаміки і настання кризи трьох років. Ця криза, зумовлена формуванням самосвідомості, проявляється у вигляді негативізму, впертості та протесту проти авторитету дорослих. Успішне подолання цієї кризи вимагає від батьків адаптації їхнього підходу, заохочення самостійності дитини в розумних межах. Подолання кризи трьох років призводить до значних психічних

новоутворень, серед яких порівняння себе з іншими та прагнення до самостійної діяльності, схожої на діяльність дорослих. Протягом усього дитинства зберігається схильність до наслідування дорослих, що поглиблює стосунки дитини з ними навіть тоді, коли вона відстоює свою автономію. [32]

У період раннього дитинства діти зазнають значного прогресу у сприйнятті подій і людей. Як зазначають американські дослідниці Н. Ардоїн та А. Боуерс, ця фаза розвитку характеризується зростаючою обізнаністю про навколишнє середовище та людей у ньому. Діти на цьому етапі демонструють зростаючу здатність впізнавати знайомі обличчя і розрізняти різні емоційні вирази. Крім того, вони починають розуміти прості причинно-наслідкові зв'язки, що дозволяє їм осмислювати події, які відбуваються навколо них. Їхній когнітивний розвиток полегшує розуміння основних соціальних сигналів, таких як жести і голосові сигнали, які сприяють їхній соціальній взаємодії, що зароджується. Оскільки в цей період швидко розвиваються мовні навички, діти стають все більш здатними висловлювати свої сприйняття і переживання вербально, хоча і в рудиментарних формах. Загалом, раннє дитинство є вирішальним періодом розвитку сприйняття, що закладає фундамент для більш складних когнітивних і соціальних здібностей на більш пізніх стадіях розвитку. [15]

Психологічні особливості, характерні для дошкільного віку, охоплюють період від 4 до 6-7 років. Центральним моментом цієї фази є поява нового соціального середовища, в якому провідною діяльністю є гра. Через гру дошкільнята беруть участь у різних видах діяльності, сприяючи психічному та особистісному зростанню, одночасно закладаючи основу для інтелектуального розвитку та готовності до школи. Соціальне середовище дошкільнят характеризується набором елементарних обов'язків, зміною динаміки стосунків між дорослими та дітьми, розширенням кола спілкування. Діти починають засвоювати ролі та поведінку дорослих, хоча й у контексті уявної гри. Отже, соціальне середовище дошкільного розвитку можна представити як тріаду відносин, що включає дитину, рольові ігри та соціальне оточення. Рольові ігри набувають першочергового значення в цьому контексті розвитку, слугуючи

платформою, на якій діти переймають ролі дорослих і наслідують їхні дії та взаємодії. Через такі ігри діти поступово осягають тонкощі людських стосунків, причому кожна гра складається зі структурованого наративу, ролей, дій, візуалізації, уявних сценаріїв і правил.

Погоджуємось з думкою Н. Захарової, яка зазначає, що таке соціальне середовище породжує у дошкільнят дві основні потреби: прагнення до спілкування з однолітками та залучення до соціально значущої діяльності. Однак виникає фундаментальне протиріччя - хоча діти прагнуть соціальної взаємодії, їм бракує когнітивної зрілості, щоб повністю зрозуміти соціальні складнощі або орієнтуватися в них, і вони зводять свою взаємодію до ігрової сфери. У дошкільному віці відбуваються значні психологічні зміни, які закладають фундамент для подальшого розвитку. Діти починають проявляти творчість, демонструючи здатність до інновацій та конструювання у своєму оточенні. Когнітивні процеси стають більш інтегрованими, а внутрішнє мовлення стає інструментом для роздумів і дій. Крім того, діти починають засвоювати суспільні норми та моральні принципи, демонструючи зародження почуття добра і зла. Мовленнєвий розвиток протягом дошкільного віку зазнає швидкого розширення та вдосконалення. Прискорюється засвоєння словника, який охоплює не лише іменники, а й дієслова, займенники, прикметники та числівники. Дошкільнята легко засвоюють граматичні правила та синтаксис, удосконалюють вимову та вивчають різні голосові модуляції. Крім того, вони проявляють творчість у використанні мови, вигадуючи оригінальні вирази, складаючи історії та використовуючи різноманітні виразні прийоми у спілкуванні. [39]

Відзначимо, що у дошкільному віці, сприйняття дітьми подій і людей продовжує значно розширюватись. На цьому етапі розвитку діти демонструють підвищені когнітивні здібності, що дозволяють їм краще розуміти та інтерпретувати своє оточення. Вони стають все більш вправними у розпізнаванні соціальних сигналів і нюансів, включаючи вираз обличчя, мову тіла і тон голосу, що дозволяє їм більш ефективно орієнтуватися в соціальній взаємодії. Крім того, їхні мовні навички, що зростають, сприяють вираженню їхнього сприйняття та



емоцій з більшою ясністю та складністю. Більше того, дошкільнята починають розуміти поняття часу і послідовності, що покращує їхню здатність осмислювати і пригадувати минулі події. У міру того, як розвивається уява, діти також можуть розвивати образне сприйняття подій і людей, беручи участь в уявних іграх і розповідях, щоб дослідити різні сценарії і ролі. Дошкільний вік є періодом когнітивного та соціально-емоційного розвитку, який закладає основу для більш просунутих здібностей сприйняття на більш пізніх етапах дитинства. [9]

Заслуговують на увагу і особливості психічного розвитку дітей молодшого шкільного віку. Цей етап зазвичай охоплює вік від 6 до 11 років. У цей період діти демонструють помітні успіхи в розвитку. В їхньому організмі відбувається значна фаза анатомічного та фізіологічного дозрівання. Зокрема, спостерігається морфологічне дозрівання лобових відділів кори головного мозку, що сприяє цілеспрямованій довільній поведінці, плануванню та виконанню програм дій. Нервові процеси стають більш рухливими, з більш збалансованою рівновагою між збудженням і гальмуванням, хоча і з переважанням збудження. Крім того, слово набуває узагальненого значення в другій сигнальній системі дитини. Хоча фізична витривалість молодших школярів помітно зростає, вона залишається відносною, оскільки їхня працездатність зазвичай знижується приблизно через 25-30 хвилин уроків. Вступаючи до школи, діти відчують зміну свого соціального оточення. Така зміна соціальної ситуації розвитку в молодшому шкільному віці, поряд зі зміною основного виду діяльності, сприяє формуванню якісно нових стосунків між дитиною та її однолітками в класі і педагогами. Ці стосунки впливають на успішність навчання дитини, її поведінку в класі та сім'ї, готовність виконувати вказівки авторитетних осіб. Таким чином, соціальне становище дитини залежить від того, якою мірою її соціальні потреби задовольняються через взаємодію з учителями та однолітками. [36]

Молодший шкільний вік характеризується найбільш інтенсивним формуванням навчальної діяльності. Навчання переважає над ігровою діяльністю, що знаменує собою значне зміщення фокусу уваги дитини. Саме завдяки навчальній діяльності з'являється кілька ключових новоутворень, серед

яких довільність розумових процесів, формулювання внутрішніх планів дій, рефлексивне мислення та мотивація до успіху. Хоча цей вік зазвичай не становить значних викликів для вчителів, важливо визнати, що в цей період закладаються фундаментальні аспекти моральної та емоційної орієнтації. Однією з помітних суперечностей цього віку є невідповідність між моральним та інтелектуальним розвитком. Готовність до школи у дітей складається з фізичної та психологічної складових. Психологічна готовність охоплює суб'єктивні фактори, такі як бажання дитини відвідувати школу і готовність взяти на себе роль учня, а також об'єктивні фактори, такі як інтелектуальна, моральна, соціальна і вольова готовність. Серед дітей молодшого шкільного віку існують різні категорії психічного розвитку: діти з нормальним розвитком, обдаровані діти з підвищеною розумовою активністю, діти із затримкою психічного розвитку, зумовленою різними чинниками, та діти з органічним ураженням головного мозку, які потребують спеціалізованої педагогічної підтримки.

Психічні процеси у дітей молодшого шкільного віку розвиваються інтенсивно, але нерівномірно, причому пізнавальні процеси формуються під впливом навчальної діяльності. В ідеалі ці психічні процеси повинні проявляти довільність, продуктивність і стійкість, а мислення стає домінуючою функцією. Спочатку переважає наочно-образне мислення, з переходом до вербального та логічного мислення, якому сприяють структуровані підходи до навчання. Сприйняття у дітей молодшого шкільного віку широке і гостре, але недостатньо диференційоване, характеризується сильною емоційністю. Увага зазвичай привертається до яскравих, нових стимулів, хоча довільна увага може бути слабшою і менш стійкою. Розвиток пам'яті в цей період стосується механічної пам'яті, а логічна пам'ять відстає. Однак у дітей розвиваються логічні способи запам'ятовування, розширюється смислова словесно-логічна пам'ять. [43]

Поступово вдосконалюється творча уява, зміцнюється теоретичне ставлення до мови, що призводить до більш виразного та інтенсивного розвитку мовлення. Знання і навички з часом розширюються і вдосконалюються, причому індивідуальні відмінності стають більш вираженими до кінця цього етапу.

Мотивація до навчання у дітей молодшого шкільного віку є багатогранною, причому як за змістом, так і за ступенем сформованості вона сильно варіюється. Початкові мотиви можуть бути зумовлені зовнішніми чинниками, такими як інтерес до шкільного середовища, але згодом вони переростають у внутрішні мотиви, пов'язані з особистісним зростанням і відповідальністю. Широкі соціальні мотиви навчання, зокрема самовизначення та самовдосконалення, відіграють значну роль у формуванні мотивації дітей, поряд із бажанням отримувати високі оцінки. Пізнавальні мотиви розвиваються з часом, спочатку зосереджуючись на процесі та змісті навчальної діяльності, а потім переходять до стратегій здобуття знань. [52]

Загалом протягом періоду раннього шкільного віку сприйняття дітьми подій і людей зазнає помітних змін порівняно з попередніми етапами розвитку. На цьому етапі діти починають демонструвати підвищену обізнаність про соціальні норми та очікування, що суттєво впливає на їхнє сприйняття інших людей. Вони стають більш вправними в розумінні та інтерпретації соціальних сигналів, таких як вираз обличчя та мова тіла, що дозволяє їм більш тонко відчувати міжособистісну взаємодію. Більше того, оскільки вони проводять більше часу в структурованому освітньому середовищі, на їхнє сприйняття подій все більше впливає академічне навчання та когнітивний розвиток. Вони починають розглядати події та ситуації через призму причин і наслідків, активно шукаючи пояснення явищ, з якими стикаються. Крім того, їхній словниковий запас і мовні навички, що розширюються, дають їм змогу чіткіше формулювати свої сприйняття і думки, сприяючи кращому самовираженню і спілкуванню з іншими людьми. Підсумовуючи можна зазначити, що молодший шкільний вік є своєрідним перехідним періодом, коли дитяче сприйняття стає більш складним і узгоджується з вимогами формальної освіти та соціалізації. [1]

Психічний розвиток підлітків, у свою чергу, позначений глибокими змінами, оскільки вони переходять до біологічної зрілості. Ці зміни насамперед пов'язані зі статевим дозріванням, яке запускає каскад фізіологічних перетворень. Статеве дозрівання суттєво впливає на самосприйняття підлітків,

сприяючи появі самооцінки, інтересу до протилежної статі, виникненню романтичних почуттів і переживань. Активізація гіпофіза в цей період призводить до інтенсивного фізичного та фізіологічного розвитку, що характеризується прискореним подовженням тіла. Примітно, що у дівчаток цей процес зазвичай починається приблизно в 11 років, на два роки раніше, ніж у хлопчиків, що призводить до особливих переживань, особливо у хлопчиків, оскільки вони керуються бажанням подобатися одноліткам протилежної статі.

У той час як опорно-руховий апарат зміцнюється, а фізична сила зростає, можуть спостерігатися розбіжності в темпах росту різних компонентів тіла, що призводить до зміни пропорцій тіла і потенційних порушень у роботі серця та швидкої втоми. Крім того, підлітки можуть боротися зі змінами в зовнішності, іноді формуючи перебільшене уявлення про своє фізичне «я». Перебудова нейрогуморальних зв'язків сприяє загальному відчуттю неврівноваженості, вразливості та дратівливості серед підлітків. Соціальний розвиток у цей період помітно відрізняється від дитячого, зі зміщенням акцентів у стосунках із сім'єю, однолітками та школою. Спілкування з однолітками набуває першорядного значення, слугуючи основою для внутрішнього інтересу та мотивації. Підлітки все більше усвідомлюють свої права та обов'язки, прагнуть досягти дорослого статусу та беруть активну участь у різних громадських організаціях.

Інтелектуалізація продовжує характеризувати психічні процеси в підлітковому віці, з підвищеною увагою до теоретичного мислення, формулювання гіпотез та аналітичних навичок, таких як класифікація та узагальнення. Рефлексивне мислення стає більш вираженим, що сприяє самоаналізу та самостійному прийняттю рішень. Розвиваються процеси пам'яті, причому розвиток логічної пам'яті випереджає розвиток механічної. У підлітків також розвиваються сприйняття, увага, уява та творчі здібності. Пізнавальні інтереси підлітків виходять за межі класу, стимулюючи самоосвіту та участь у позакласних заходах. Ставлення до вчителів стає більш нюансованим, на сприйняття учнями предметів часто впливають їхні стосунки з педагогами.

Спілкування з однолітками переважає над взаємодією з дорослими, сприяючи набуттю соціальних навичок, дисципліні та емоційній підтримці. [4]0

Підлітки борються з суперечливими потребами в автономії та приналежності, коливаючись між бажанням усамітнення та групової приналежності. Дружба стає все більш значущою, а взаємодопомога та емоційне розуміння слугують визначальними атрибутами. Емансипація від батьківського контролю стає центральною темою, оскільки підлітки прагнуть незалежності і встановлюють свої моральні кодекси і системи цінностей. Моральний розвиток зазнає значних зрушень під впливом розвитку інтелектуальних здібностей та ціннісних орієнтацій підлітків. Цей період відзначається особистісною нестабільністю, що характеризується напругою між протилежними рисами та прагненнями, оскільки підлітки переживають складні процеси формування ідентичності та ідеалізації. [44 ; 54]

Дослідження демонструють, що у підлітковому віці, сприйняття навколишнього середовища та оточення, реагування на події людей зазнає значної еволюції, оскільки індивіди орієнтуються в складнощах формування ідентичності, соціальних відносин і когнітивного розвитку. У підлітків підвищується самосвідомість і самоаналіз, які формують їхню інтерпретацію подій і взаємодію з іншими людьми. Вони стають більш пристосованими до соціальної ієрархії, впливу однолітків і суспільних норм, часто шукаючи схвалення і прийняття з боку однолітків. Крім того, продовжують розвиватися когнітивні здібності, такі як абстрактне мислення та бачення перспективи, що дозволяє підліткам аналізувати події та стосунки більш тонко. Цей період характеризується підвищеною емоційною інтенсивністю, що призводить до підвищеної чутливості до соціальних сигналів та емоційних проявів. Підлітки також можуть проявляти більшу схильність до ризикованої поведінки, оскільки вони досліджують свою ідентичність і межі. Загалом, підлітковий вік характеризується динамічною взаємодією між когнітивними, емоційними та соціальними факторами, які формують сприйняття подій та людей на цьому трансформаційному етапі розвитку. [19]

Отже, аналіз психологічних особливостей дитячого сприйняття демонструє вирішальну роль, яку відіграють різні вікові періоди у формуванні когнітивного, соціального та емоційного розвитку. Важливо розуміти, що діти проходять різні фази когнітивного розвитку, кожна з яких характеризується унікальними психологічними процесами, що впливають на їхнє розуміння світу. Залежно від конкретного вікового періоду, усвідомлення психологічних особливостей дозволяє педагогам, вихователям і дослідникам відповідно адаптувати інтервенції та механізми підтримки. Дитинство, що триває від народження і до 18 років, охоплює різні стадії розвитку, кожна з яких має свій власний набір викликів та етапів. Розуміння цих етапів має вирішальне значення для надання відповідної допомоги та сприяння здоровому розвитку. Для прикладу період немовляти характеризується встановленням соціальних зв'язків і сенсорним розвитком, а раннє дитинство - появою самостійності та розвитком мови. Дошкільний вік відзначається творчою грою та соціалізацією, тоді як молодший шкільний вік акцентує увагу на навчанні та когнітивному розвитку. Підлітковий вік приносить глибокі зміни у формуванні ідентичності, соціальних стосунків та когнітивних здібностей. Розуміючи нюанси сприйняття дітей на цих етапах розвитку, вихователі та педагоги можуть краще підтримувати їхній розвиток і благополуччя.

## **1.2. Аналіз особливостей сприйняття хвороби та смерті під час війни**

Психологічний вплив війни поширюється далеко за межі поля бою, глибоко впливаючи на психічне здоров'я цивільного населення. Війна глибоко порушує психологічне благополуччя постраждалого населення, спричиняючи значне зростання кількості психічних розладів. Хоча прямі фізичні наслідки конфлікту, такі як загибель і поранення на полі бою, добре задокументовані, психологічному впливу, зокрема, сприйняттю хвороби і смерті, приділяється менше уваги. Розуміння цих психологічних особливостей має вирішальне значення для розробки комплексних стратегій громадського здоров'я, спрямованих на

подолання тягара психічного здоров'я постраждалого від війни населення. Війна викликає глибокий психологічний стрес, який впливає як на комбатантів, так і на цивільне населення. Досвід життя і смерті, а також досвід болю становлять серцевину філософії життя, особливо коли цей досвід уособлюють ті, хто оточує молоду людину. Хоча сенс життя є багатограним і широким поняттям з глибокими фундаментальними аспектами, якісні та кількісні аспекти того, що становить осмислене життя, змінюються на різних етапах життя людини.

На сприйняття хвороби і смерті під час війни впливають кілька факторів, зокрема раптовість і жорстокість подій, руйнування соціальних структур і постійна загроза особистій безпеці. Дослідження зарубіжних авторів постійно демонструють зростання захворюваності та поширеності психічних розладів серед цивільного населення, яке зазнало впливу війни. Найпоширенішими, за словами Д. Саммерфілда, є депресія, тривога, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) та психосоматичні проблеми, такі як безсоння і хронічний біль.[2]

За оцінками ВООЗ, на територіях, охоплених війною, 10% людей матимуть серйозні проблеми з психічним здоров'ям, а ще 10% зазнають значних змін у поведінці, що заважатимуть їхньому повсякденному функціонуванню. Жінки непропорційно сильно страждають від психологічних наслідків війни. Вони частіше страждають від депресії та посттравматичного стресового розладу через прямі та непрямі травми, в тому числі через гендерно зумовлене насильство. Вплив насильницького конфлікту часто призводить до посттравматичного стресового розладу, симптоми якого включають спогади, нічні кошмари, сильну тривогу та неконтрольовані думки про травматичні події.

Поширеність ПТСР особливо висока серед тих, хто пережив війну, і має довготривалий вплив на їхнє психічне здоров'я. Втрата членів сім'ї, друзів і членів громади під час конфлікту призводить до сильного горя, а процес скорботи часто ускладнюється обставинами війни, зокрема неможливістю виконати традиційні обряди поховання і постійною загрозою подальших втрат. Тривале перебування в умовах конфлікту призводить до хронічного стресу через постійну невизначеність, переміщення та боротьбу за базові потреби виживання, такі як

їжа, вода та житло. У деяких випадках у людей може розвинути реакція психологічного оніміння як механізм подолання, що робить їх нечутливими до насильства і смерті, що може вплинути на міжособистісні стосунки і згуртованість громади. [45] Ґрунтовним для аналізу є комплексне дослідження Р. Марті та Р. Лакшімінараяна, у якому надано характеристику досягненням зарубіжних науковців у вивченні досвіду численних країн, які переживали війни та конфлікти. Як зазначають дослідники, аналіз даних, зібраних в різних зонах конфліктів, включаючи Афганістан, Балкани, Камбоджу, Чечню, Ірак, Ізраїль, Ліван, Палестину, Руанду, Шрі-Ланку, Сомалі, Уганду та Уганду, постійно підкреслює згубний вплив війни на психічне здоров'я. Наприклад, в Афганістані значна частина населення мала симптоми депресії, тривоги і посттравматичного стресового розладу, причому жінки та інваліди демонстрували гірші результати психічного здоров'я. Аналогічно, дослідження на Балканах виявили високий рівень психічних розладів і стійкий психологічний дистрес серед тих, хто пережив війну. У Камбоджі серед біженців переважали довготривалі психіатричні симптоми, при цьому соціальне і трудове функціонування залишалося відносно збереженим, незважаючи на високий рівень травми. Чеченське населення повідомляло про поширені психічні розлади і використання таких стратегій подолання, як молитва і пошук підтримки сім'ї.

Дослідження в Іраку показали високий рівень ПТСР серед дітей та осіб, які здійснюють догляд за ними в зонах конфлікту. Ізраїльські дослідження виявили значні симптоми, пов'язані зі стресом, у людей, які зазнали впливу війни, тоді як ліванські дослідження виявили високий рівень поширеності депресії та ПТСР, причому материнський дистрес сильно впливає на психічне здоров'я дітей. Палестинські дослідження повідомляють про важкі симптоми ПТСР у дітей, особливо в таборах біженців, а також про високу частоту психосоціальних проблем, пов'язаних з конфліктом. У Руанді люди, які пережили геноцид, мали значні симптоми ПТСР, що вплинуло на їхнє ставлення до зусиль з національного примирення. Дослідження конфлікту в Шрі-Ланці висвітлює широкомасштабні психосоціальні наслідки, включаючи високий рівень ПТСР, депресії та



тривожних розладів. Сомалійські колишні комбатанти і діти демонструють високий рівень психіатричної захворюваності, посилений тривалим конфліктом. В Уганді серед суданських біженців спостерігався підвищений рівень ПТ]СР і депресії, а тривале вигнання сприяло посиленню психологічного дистресу. [18]

Відзначимо, що сприйняття хвороби на територіях, охоплених війною, тісно переплітається з психологічним дистресом. Руйнування систем охорони здоров'я, відсутність доступу до медичної допомоги та поширення інфекційних захворювань погіршують ситуацію. Страх перед хворобою, посилений дефіцитом медичних ресурсів і видимими стражданнями інших, сприяє підвищенню тривоги за здоров'я. Хвороби, особливо ті, що пов'язані з психічним здоров'ям, можуть нести стигму в постраждалих від війни громадах, що заважає людям звертатися за необхідною медичною та психологічною підтримкою. Надія на одужання часто зменшується через надзвичайні обставини війни, що впливає на готовність людей звертатися за лікуванням і дотримуватися медичних порад. Повсюдна присутність смерті в зонах конфлікту глибоко впливає на психологічне благополуччя. Часте зіткнення зі смертю може призвести до її нормалізації, впливаючи на те, як люди переживають горе, і змінюючи ставлення суспільства до смертності. Постійна загроза смерті породжує всепроникний страх, який може домінувати в повсякденному житті, призводячи до підвищеної пильності та тривоги. Війна часто спонукає до глибоких екзистенційних роздумів про сенс життя і смерті, що призводить до духовних криз або, навпаки, зміцнює духовні переконання як джерело розради. [17]

Особливий тиск на психічне здоров'я спостерігається у жінок на що додатково впливає їхня роль у догляді за дітьми та підтримці стабільності домогосподарств в умовах конфлікту. Окрім того, особливо вразливими до травматичних наслідків війни залишаються діти. Вони можуть проявляти симптоми травматичного горя, такі як нав'язливі спогади, поведінка уникнення та фізичні симптоми збудження. Насильство, смерть членів сім'ї та руйнування їхніх домівок можуть призвести до довготривалих психологічних проблем, таких як посттравматичний стресовий розлад та депресія. Люди похилого віку та люди

з інвалідністю також стикаються з підвищеними ризиками під час війни. Вони часто мають менше ресурсів і меншу мобільність, що робить їх більш вразливими до травм і обмежує доступ до психологічної підтримки. [16]

Сприйняття хвороби і смерті під час війни позначене всепроникним страхом, безпорадністю і відчуттям постійної загрози. Загальновідомо, що серед психічно і фізично здорових людей абсолютної безстрашності не існує, що робить сприйняття смерті як жахливої і неминучої цілком природним. Щоб примирити високоадаптивні, енергійні та мобілізуючі властивості страху смерті з його деморалізуючими та дезорганізуючими наслідками, експерти розрізняють «контрольований» та «неконтрольований» страх. Контрольований страх смерті може мотивувати людей до корисних дій у воєнний час, тоді як неконтрольований страх є деструктивним. Коли страх смерті занадто низький, люди можуть стати нерозсудливими, наражаючи себе та інших на невиправдані ризики та небезпеки. І навпаки, коли страх перевищує певні пороги, він може призвести до безглуздої паніки, ставлячи під загрозу життя як самої людини, так і тих, хто її оточує.

Основний підхід до управління страхом смерті у воєнний час полягає в регулюванні його інтенсивності. Цього можна досягти за допомогою рефлексії, яка передбачає надання ситуації сенсу і розвиток широких соціальних мотивів, таких як любов до сім'ї, віра в Бога, почуття справедливості, ненависть до ворога і почуття обов'язку. Осмислена діяльність може придушити страх смерті настільки, наскільки це необхідно для збереження відчуття мети під час війни. За словами Н. В. Гаркавенко та С. С. Доскач, зріле сприйняття смерті передбачає розуміння її універсальності, остаточності та незворотності. На противагу цьому, сприйняття смерті у молодих людей змінюється залежно від віку та стадії розвитку. Дуже важливо усвідомити, що смерть близької людини на війні є остаточною і незворотною. Обставини війни часто провокують складні реакції горя, такі як стійкі розлади горя, травматичне горе, патологічне горе, невизнане горе, хронічне горе та загострене горе. Ці реакції викликаються такими факторами, як раптовість втрати, невизначеність щодо втрати (брак інформації про людину), кількість смертей (перевантаження від факту множинних смертей),

минулий досвід втрати, додаткові стресові фактори, а також особистісні особливості молодих людей, які переживають горе. Психологи описують це як високу інтенсивність переживання горя та тривалу тривалість. [34]

Слід зазначити, що війна впливає не лише на окремих людей, але й руйнує соціальну та економічну структуру націй. Руйнування соціальних структур, переміщення населення і втрата людського капіталу перешкоджають постконфліктному відновленню. Психологічна травма війни призводить до циклу бідності, зниження продуктивності та постійного соціального протистояння. Розуміння психологічних особливостей хвороби та смерті під час війни має вирішальне значення для розробки ефективних заходів з охорони психічного здоров'я. Широкомасштабна психологічна травма, спричинена війною, підкреслює необхідність комплексної охорони психічного здоров'я як частини зусиль з надання допомоги та реабілітації. Майбутні дослідження, відтак, на нашу думку, повинні зосередитися на універсальності психологічних наслідків, відповідних визначеннях для випадків втручання та довгострокових траєкторіях симптомів, пов'язаних зі стресом. Лише завдяки такому розумінню можна розробити узгоджені стратегії подолання кризових явищ у сфері психічного здоров'я, спричинених війною.

Відзначимо, що стратегії подолання труднощів широко варіюються під впливом культурних і релігійних практик. У багатьох країнах, що розвиваються, люди значною мірою покладаються на духовну і громадську підтримку, щоб впоратися з психологічними проблемами війни. У таких регіонах, як Афганістан, Балкани і Палестина, релігійні практики відіграють вирішальну роль у подоланні травми війни. Молитва, громадські ритуали та родинна підтримка є поширеними механізмами пом'якшення психологічного стресу. Міцні соціальні мережі надають емоційну та практичну підтримку, допомагаючи людям впоратися зі своїм горем і тривогою. Дослідження підкреслюють важливість сім'ї та громади у підтримці психічного здоров'я під час і після конфлікту. Психологічний вплив війни зберігається ще довго після припинення бойових дій. Ті, хто вижив, часто мають стійкі проблеми з психічним здоров'ям, симптоми яких іноді

проявляються через роки. Наприклад, боснійські біженці продовжували демонструвати психічні розлади та інвалідність навіть через три роки після перших оцінок. [21]

На думку автора, для подолання психологічних наслідків війни, зокрема, сприйняття хвороби і смерті, необхідні кілька стратегій. Створення доступних служб психічного здоров'я в зонах конфлікту має вирішальне значення, включаючи консультування з питань травми, лікування ПТСР і підтримку при горюванні та втраті. Зміцнення громадських мереж може забезпечити необхідну соціальну підтримку, пропонуючи відчуття стабільності та солідарності. Психологічні втручання мають бути культурно чутливими, поважати місцеві традиції та вірування щодо хвороби і смерті. Навчання місцевих медичних працівників наданню першої психологічної допомоги та догляду з урахуванням травми може підвищити рівень підтримки, доступної постраждалому населенню. Необхідна довгострокова психологічна підтримка, оскільки наслідки війни можуть залишатися тривалий час після завершення конфлікту, що вимагає програм, спрямованих на забезпечення постійного догляду та підтримки.

Для кращої кількісної оцінки наслідків війни для психологічного здоров'я потрібні більш достовірні дані. Перспективним новим підходом є включення в обстеження психологічного здоров'я домогосподарств питань про смерть родичів та членів домогосподарства внаслідок війни. Подібні підходи, розроблені для кількісної оцінки материнської смертності, виявилися корисними. Вимірювання наслідків конфлікту для здоров'я може забезпечити вкрай необхідну доказову базу для оцінки ризиків. На даному етапі науковці досягли значних успіхів у прогнозуванні міжнародних і внутрішньодержавних конфліктів. Поєднання їхніх досліджень з даними громадського здоров'я могло б створити міцнішу основу для спроб запобігти конфліктам. Точна оцінка ризику виникнення конфлікту і масштабів можливих наслідків підвищила б можливість запобігання наслідків конфлікту для здоров'я людей. [8]

Підсумовуючи зазначимо, що психологічні особливості сприйняття хвороби і смерті під час війни є складними і багатограними. Вирішення цих

питань вимагає комплексного підходу, що поєднує послуги з охорони психічного здоров'я, підтримку громад, врахування культурних особливостей та довготривалу допомогу. Покращуючи наше розуміння і реагування на психологічний вплив війни, ми можемо краще підтримувати психічне здоров'я і благополуччя людей, які постраждали від війни.

### **1.3. Загальна характеристика психологічних особливостей дитячого сприймання хвороби та смерті під час війни**

Під час війни діти різною мірою стикаються з двома категоріями травматичних подій: раптовими, непередбачуваними подіями та тривалими несприятливими обставинами, які сприяють формуванню неефективних механізмів подолання. Як наслідок, порівняно з однолітками, які не мають досвіду війни, діти значно більше схильні до розвитку тривожних розладів, посттравматичного стресового розладу, депресії, дисоціативних розладів (характеризуються добровільним відходом від соціальних взаємодій, відчуттям відстороненості від себе або реальності, небажанням спілкуватися та кататонічними симптомами), поведінковими проблемами (включаючи агресію, антисоціальну поведінку, залучення до злочинної діяльності та схильність до насильства) та більш схильні до зловживання алкоголем та наркотиками. [16]

Фундаментальною працею з дитячої танатології, безсумнівно, є книга Е. Кюблер-Росс «Про дітей і смерть». Присвятивши більшу частину своєї кар'єри роботі з невиліковно хворими та вмираючими пацієнтами, Кюблер-Росс зосереджується на тому, як діти сприймають смерть, коли вона стає відчутною реальністю в їхньому житті. Будучи молодою дівчиною в процвітаючій Швейцарії, Е. Кюблер-Росс вперше зіткнулася з поняттям смерті під час госпіталізації, де вона стала свідком смерті восьмирічного сусіда. Досвід бачити, як дитина помирає на самоті в стерильному, холодному лікарняному середовищі, без родинного затишку, справив на неї незабутнє враження. На противагу цьому,

вона також пам'ятала смерть родича, який помер вдома, в оточенні сім'ї та сусідів, що не виглядало ні страшним, ні сумним.

Кюблер-Росс остаточно вирішила присвятити своє життя розумінню людської смерті після відвідин звільненого концтабору Майданек. Там вона побачила дитячі малюнки на стінах, залишені тими, хто прямував до газових камер. Намальовані ними метелики глибоко спантеличили її. «Стіни табору були вкриті метеликами, - згадує вона у своїй автобіографії. «Їх малювали діти. Я не могла цього зрозуміти. Тисячі дітей йшли до газових камер, і посланням, яке вони залишали після себе, був метелик». Пізніше ці метелики символізували для неї трансформацію, якої зазнає людська душа на порозі смерті. [12]

На жаль, праці Е. Кюблер-Росс нагадують, що в умовах воєнного стану актуальним стає і розуміння психологічних особливостей сприйняття дітьми власних ушкоджень та травм. У контексті цього, доречним для аналізу є згадати і положеннями ст. 2 Триєстської хартії, згідно з якою, незалежно від віку, діти відчують на собі всі аспекти хвороби і смерті. [51] Цей вплив посилюється під час війни, коли безпосередність і поширеність насильства наближають ці поняття до їхньої повсякденної реальності. Постійна загроза і свідчення травматичних подій, таких як поранення або втрата близьких, викликають у дітей глибоке почуття страху і безпорадності. Розуміння дітьми хвороби і смерті залежить від стадії їхнього розвитку, але в екстремальних умовах воєнного стану їхнє розуміння може розвиватися передчасно і в несприятливий спосіб.

У сучасному науковому дискурсі поширеною є концепція, згідно з якою дитячі уявлення про смерть зазвичай поділяються на чотири основні категорії: універсальність (все живе вмирає), незворотність (раз помер - назавжди помер), нефункціональність (припиняються всі функції організму) і причинність (що спричиняє смерть). Немовлята і діти раннього віку зазвичай не можуть відрізнити смерть від розлуки з тими, хто за ними доглядає. У віці від 5 до 7 років діти починають розуміти універсальність, незворотність і нефункціональність, але більш повне розуміння, включаючи причинність, зазвичай з'являється приблизно до 10 років. Перш ніж зрозуміти нефункціональність, діти можуть

ставити конкретні запитання, наприклад, як дихає померла людина під землею. Особиста смертність - це концепція, яку більшість дітей певною мірою розуміють у віці 6 років, а більш глибоке розуміння розвивається у віці від 8 до 11 років.

Розуміння причинності має цікаву закономірність: 5-6-річні діти часто називають неприродні причини (наприклад, насильство), 8-9-річні - природні (наприклад, хвороба), а 11-12-річні - духовні (наприклад, обмеженість часу життя). Цей зсув у бік духовних пояснень, хоч і менш біологічних, але більш близьких до сприйняття дорослих, може відображати більшу тривогу щодо смерті серед підлітків і дорослих, що підкреслює потенціал релігії у зменшенні цієї тривоги через зміну сприйняття незворотності смерті. [25]

Відзначимо, що сприйняття дітьми хвороби та смерті під час воєнного стану відзначається специфічними психологічними особливостями. Згідно з дослідженням Джеймса Гарбаріно про дітей, які стали свідками насильства в Сьєрра-Леоне, багато дітей виявляють страх перед ворогами, стати жертвами насильства і втратити близьких. Непередбачуваність і тяжкість досвіду воєнного часу порушують їхній нормальний когнітивний та емоційний розвиток, спричиняючи фіксацію на травматичних аспектах пережитого. Це може призвести до цілої низки поведінкових проблем - від замкнутості та втрати інтересу до діяльності, яка раніше приносила задоволення, до агресії та регресивної поведінки. Стрес від пережитого може також проявлятися фізично, призводячи до хронічних проблем зі здоров'ям та ослаблення імунної системи через постійний високий рівень стресу. Такий вплив жорстокого насильства значно підвищує ризик виникнення психологічних проблем у цих дітей. [7]

Серед науковців все частіше критиці піддається західний підхід, який переважно розглядає психічне здоров'я дітей у зонах конфлікту через призму ПТСР, який вважається етноцентричним за своєю суттю, ігноруючи системи вірувань місцевого населення або активність і стійкість самих дітей. Дітей не слід сприймати виключно як пасивних жертв насильства, позбавлених свободи волі. Вони є активними членами суспільства, які розробляють власні стратегії

виживання та подолання труднощів і мають можливість самостійно вирішувати, чи чинити опір, чи брати участь у збройному конфлікті. [11]

Останні психологічні дослідження підкреслюють, що, незважаючи на жахливі умови, діти мають значну життєстійкість, що дозволяє їм дозрівати і ставати повноцінними особистостями, незважаючи на психологічну травму, яку вони переживають. На думку Й. де Йонг, цьому сприяють кілька захисних механізмів, серед яких стратегії подолання труднощів, система позитивних переконань та здорові сімейні стосунки та дружба. Вирішення таких проблем, як бідність, неналежні житлові умови, домашнє насильство, дискримінація та соціальна ізоляція у повоєнний період, має вирішальне значення для пом'якшення наслідків травматичних подій та формування стійкості. [5]

Дещо іншу точку зору відстоюють вітчизняні дослідники М. І. Томчук та М. В. Яцюк, які зазначають, що діти вразливі до непередбачуваних травматичних подій у житті, тоді як дорослі, керуючись страхом пошкодити дитячу психіку, часто захищають їх від повноцінного переживання горя і скорботи через втрату близьких, тим самим спотворюючи цей досвід. деструктивну стратегію табування смерті в суспільстві, тоді як конструктивний підхід передбачає прийняття реальності смерті. Відкидання смерті посилює глибоко вкорінені страхи. Коли дитина стикається з проблемою, яка виходить за межі її розвитку, вона стикається з емоційними викликами та різноманітними загрозами (особистими, соціальними тощо). Смерть або хвороба одного з батьків в умовах війни стає справжньою катастрофою в житті дитини, яка може мати як конструктивний вплив на духовний розвиток, так і спричинити деструктивні розлади. Конструктивний аспект полягає в усвідомленні дитиною цінності життя, людської гідності та спадкоємності поколінь, що сприяє швидкому зростанню. І навпаки, деструктивний аспект проявляється у психічних розладах, порушеннях адаптації, покірності життєвим розчаруванням. Ще одним негативним фактором у розвитку дитини є відчуття самотності, що виникає внаслідок раптового розриву зв'язків прив'язаності.



Оцінити глибину горя дитини через втрату або хворобу близької людини дуже складно. Горе - це глибоке емоційне страждання і глибокий сум за померлою людиною, до якої дитина була прив'язана. Воно є унікальним, оскільки включає в себе осмислення втрати і супроводжується інтенсивним стресом і невпевненістю в завтрашньому дні. Щоб повернутися до нормального життя, людина має пройти «роботу над горем», яка передбачає поступове звільнення від переживання втрати близької людини відповідно до реальності. Слід зазначити, що робота над горем передбачає вихід із крайньої залежності від померлого, адаптацію до нової реальності, формування нових стосунків і, зрештою, зцілення. [49] У багато чому симптоми травматичного горя у дітей характеризуються сприйняттям причини смерті як жахливої, незалежно від того, була вона раптовою чи природною. Цей тип горя порушує здатність дитини орієнтуватися в типовому процесі горювання. Навіть позитивні спогади викликають дистрес, оскільки вони нагадують дітям про травматичні обставини, пов'язані зі смертю. Нав'язливі спогади, нічні кошмари, почуття провини та самозвинувачення є поширеним явищем. Діти також можуть проявляти поведінку уникнення, заціпеніння, фізичне або емоційне збудження, наприклад, дратівливість і проблеми зі сном. Ці симптоми можуть проявлятися по-різному залежно від стадії розвитку дитини. [33]

Сприйняття смерті, що проявляється у вигляді страху, має глибокий вплив на свідомість дітей, часто негативно впливаючи на їхню поведінку. Історично склалося так, що і теоретики, і практики розглядали страх як негативну за своєю суттю емоцію. Відповідно, психологи традиційно прагнули «побороти», «перемогти», «подолати» і «зупинити» страх смерті. Сучасна психологія, однак, не прагне усунути страх смерті. Натомість вона прагне забезпечити молодих людей практичними стратегіями та інструментами для ефективного функціонування в небезпечних умовах, тим самим перетворюючи страх смерті на цінний психологічний ресурс. Такий підхід передбачає розуміння страху смерті (шляхом аналізу його причин), прийняття його (шляхом визнання його природною реакцією в екстремальних ситуаціях) та використання енергії, яку він

генерує. Дослідження природи смерті і страху в умовах воєнного часу свідчать, що страх смерті серед молоді є нормальною, неминучою і корисною реакцією на небезпеку, яка слугує важливою системою оповіщення при виявленні потенційних загроз у своєму оточенні. [46]

Хоча не у всіх дітей, які пережили травматичну втрату, розвивається дитяче травматичне горе, багато хто демонструє нормальну реакцію горя. Реакція дітей на те, що вони стали свідками насильства або смерті близької людини, залежить від віку. Дошкільнята можуть намагатися зрозуміти концепцію смерті, але можуть відтворювати травматичні події в грі. Діти шкільного віку можуть неправильно інтерпретувати причину смерті і звинувачувати себе, особливо якщо втраті передували конфлікти. Втрата почуття безпеки і здатності справлятися з труднощами ще більше загострює почуття провини і травматичний стрес. Довіра у стосунках руйнується, а уявлення дітей про себе, близьких і світ глибоко змінюється. Ця травма суттєво впливає на різні аспекти життя дітей.

Як зазначають американські дослідники Й. Грісон, Е. Бріггс та Дж. Фейрбенк, симптоми травматичного горя у дітей можуть проявлятися не у всіх дітей, які пережили травматичну смерть. Однак деякі з них можуть намагатися впоратися з втратою, і ознаки труднощів можуть з'явитися протягом перших двох місяців або навіть років потому. Ці симптоми включають:

- **Нав'язливі спогади.** У дітей можуть виникати повторювані думки або тривожні спогади про смерть, що призводять до почуття жаху, провини або самозвинувачення щодо обставин смерті.

- **Уникнення та заціпеніння.** Діти можуть демонструвати таку поведінку, як замкнутість, вдавати, що нічого не сталося, або активно уникати нагадувань про померлу людину чи події, пов'язані з її смертю.

- **Фізичне або емоційне збудження.** Підвищена дратівливість, гнів, труднощі зі сном, зниження концентрації уваги, погіршення успішності, скарги на біль у шлунку або головний біль, підвищена пильність і страх за свою безпеку або безпеку інших людей можуть свідчити про підвищене збудження у дітей. [30]

Після значного шоку від реальної події батьки можуть спостерігати байдужість дитини до неї, що призводить до хибного уявлення про те, що діти забувають про трагічну подію. Однак це не так, оскільки діти часто починають говорити і малювати про подію, намагаючись пережити емоції, які вона викликала. Так само травматичний досвід у дітей проявляється в рольових іграх, де вони відтворюють подію в більш безособовій формі, активно інтерпретуючи її. Гра слугує життєво важливим виходом для психічного стресу. Тим не менш, патологічні аспекти гри можуть проявлятися в нав'язливих, повторюваних сюжетних лініях. Іграшки відіграють ключову роль у процесі дитячого горя. Втрата близької людини спонукає дітей перенести прив'язаність на перехідний об'єкт, такий як іграшка або предмет, подарований померлою людиною. Про успішне розставання свідчить формування нових прив'язаностей, які відображають поточні стосунки дитини. Діти стають особливо вразливими і вразливими, коли переживають втрату, часто сильно ідентифікуючи себе з живими батьками і віддзеркалюючи їхні емоції і ставлення. Незвичайна поведінка в цей період слугує засобом вираження їхнього внутрішнього сум'яття. Ознаками страждань дитини, на думку, М. Томчука та М. Яцюк, є зміни в поведінці та набуті симптоми:

- регресивна поведінка, повернення до інфантильних моделей;
- енурез, нічне нетримання сечі;
- звернення до тілесного самозаспокоєння, наприклад, смоктання пальців, розгойдування або мастурбація;
- поведінка прилипання, що відображає регресію прив'язаності до матері, з якою глибоко асоціюється комфорт;
- агресія, захисний механізм і вираження горя, що вказує на підвищену вразливість дитини;
- спалахи гніву, що відображають почуття безпорадності дитини;

- позірна втрата інтересу до світу, що відображає відстороненість від нових стосунків, самотність і тугу. [49]

Сприйняття дітьми хвороби і смерті під час війни перебуває під сильним впливом раптового і несподіваного характеру цих подій. Ускладнене горе часто виникає через раптову хворобу або втрату близьких, оскільки вона підкреслює непередбачуваність і неконтрольованість людської смертності. Спочатку люди можуть відчувати почуття безпорадності і нездатності запобігти події, що може призвести до симптомів травматичного стресу. Насильницька смерть, особливо в контексті війни або катастроф, посилює горе, часто призводить до почуття провини і бажання помститися, особливо серед дітей, у яких можуть розвинутися нав'язливі думки. Обставини, пов'язані з раптовою смертю, миттєвою чи тривалою, ще більше ускладнюють процес горювання. У випадках, коли спроби інтенсивної терапії та реанімації є невдалими, провини може бути спрямована на медичних працівників. Крім того, під час війни або катастроф суспільні настрої можуть героїзувати загиблих, що ускладнює процес скорботи для їхніх близьких. Масові жертви катастроф можуть деперсоналізувати окремі смерті, тоді як стигматизовані смерті можуть сприйматися як покарання вищих сил.

Раптова смерть часто позбавляє дітей можливості бачити страждання померлого, мінімізуючи видимі ознаки дистресу, але ускладнюючи прийняття остаточності смерті. Крім того, смерть далеко від дому або в незнайомому оточенні ще більше травмує процес горювання. Раптова смерть може загострити вже існуючі негативні аспекти стосунків, ускладнюючи переживання тяжкої втрати. На наслідки раптової смерті для психічного здоров'я та її сприйняття впливають різні фактори ризику. Особистісні фактори, такі як стать і наявні психіатричні проблеми, міжособистісні фактори, такі як соціальна підтримка, і ситуативні фактори, пов'язані з обставинами втрати, відіграють важливу роль. Вина, масштаб втрати, самозвинувачення, загроза життю, свідчення смерті, очікування підтвердження смерті та переживання множинних втрат є одними з ключових факторів ризику, які були виявлені. Ці фактори можуть суттєво

впливати на процес горювання і сприяти затяжній реакції горя, ПТСР, депресії та іншим проблемам психічного здоров'я серед тих, хто пережив трагедію. [37]

Враховуючи особливості дитячого сприйняття хвороби та війни під час війни батькам дуже важливо пам'ятати про важливість надання підтримки своїм дітям у стресові моменти. Діти повинні відчувати, що батьки знають, як їх захистити. Без цієї впевненості травматичні події, свідками яких вони стали під час війни, можуть глибоко закарбуватися в пам'яті дитини, змушуючи її знову і знову переживати найстрашніші моменти, наприклад, бачити поранених людей або переживати напад. Психологічно травмовані діти часто замикаються в собі, втрачають інтерес до занять, які їм раніше подобалися, і відсторонюються від соціальної взаємодії. Це може зупинити їхній особистісний розвиток. Хронічний стрес під час війни може призвести до психічних і психологічних розладів, хронічних захворювань травної, серцево-судинної та опорно-рухової систем, зниження імунної відповіді через психосоматичні реакції.

Щоб допомогти дитині, не поглиблюючи її травму власним стресом, батькам життєво важливо підтримувати стабільний психологічний стан. Це передбачає забезпечення повноцінного сну, оскільки недосипання може призвести до нервового зриву. Якщо сон утруднений, батькам слід вимкнути телефон, вимкнути інтернет, лягти, закрити очі і зосередитися на диханні або на спогадах про приємні події минулого. Дотримуватися збалансованого харчування та пити достатньо води, оскільки вода допомагає виводити гормони стресу з організму. Заняття рутинними справами, які не вимагають великої концентрації, але займають розум, також можуть бути корисними. Батьки повинні донести до дітей, що всі події, в тому числі й негативні, мають початок і кінець. Важливо виявляти розуміння і підтримку переживань дитини, а також ділитися історіями інших людей, які впоралися зі схожими ситуаціями. Важливо створити безпечне середовище, часто обіймаючи дитину та обговорюючи її почуття і страхи відповідно до її віку. Визнання того, що почуття страху і гніву є нормальними під час війни, також може допомогти. Перегляд фотографій і відео

зі щасливіших часів і спільне планування мирного майбутнього можуть дати дитині комфорт і надію. [47]

Отже, здійснений автором аналіз сучасних концепцій дає підстави стверджувати, що сприйняття дітьми хвороби та смерті під час війни відзначається виразними психологічними особливостями. Під час війни діти переживають дві категорії травматичних подій: раптові, непередбачувані події та тривалі несприятливі обставини, що призводять до неефективних механізмів подолання. Цей досвід підвищує ймовірність розвитку тривожних розладів, ПТСР, депресії, дисоціативних розладів, поведінкових проблем і зловживання психоактивними речовинами порівняно з однолітками, які не мають досвіду війни. Розуміння психологічних особливостей сприйняття дітьми хвороби та смерті в умовах воєнного стану виявляє актуальність надання емоційної підтримки та стабільності. Здатність батьків підтримувати своє психологічне благополуччя та створювати відчуття безпеки для своїх дітей має вирішальне значення для того, щоб допомогти їм пережити травму, пов'язану з війною, та оволодіти нею.

## **Висновки до розділу I**

Отже, дитинство - це критична фаза когнітивного розвитку, на яку впливають біологічні та екологічні фактори. Кожен віковий період, від немовляти до підліткового віку, включає в себе окремі віхи розвитку. Немовлята формують довіру та базові сенсорні навички; діти раннього віку набувають автономії та мови; дошкільнята беруть участь у рольових іграх та соціальному навчанні; діти молодшого шкільного віку зосереджуються на структурованому мисленні та академічних навичках; а підлітки розвивають ідентичність, рефлексивне мислення та незалежність. Війна порушує ці етапи, вносячи стресові фактори, які спотворюють безпеку, соціальну взаємодію, когнітивні процеси та емоційні реакції. Діти в зонах бойових дій часто стикаються з підвищеною тривогою, страхом і травмами, що впливає на їхнє сприйняття хвороб і смерті. Постійний

вплив насильства може погіршити навчання та пам'ять, а зруйновані сімейні структури призводять до емоційних проблем. Війна глибоко впливає на психологічне благополуччя постраждалого населення, збільшуючи кількість психічних розладів, таких як депресія, тривога і ПТСР. Такі фактори, як раптова жорстокість, руйнування соціальних структур і постійні загрози, формують сприйняття хвороби і смерті. Жінки, діти та люди похилого віку зазнають непропорційно сильного впливу, стикаючись з підвищеним ризиком травм і психологічного дистресу. Дослідження, проведені в різних зонах конфлікту, підтверджують широке розповсюдження проблем психічного здоров'я, симптоми яких зберігаються ще довго після завершення конфлікту.

Психологічний вплив війни на сприйняття дітьми хвороби та смерті є глибоким і характеризується впливом раптових травматичних подій та тривалих несприятливих обставин. Цей досвід часто призводить до розвитку різних психологічних розладів. Під час війни діти можуть передчасно дозріти у своєму розумінні смерті, відчуваючи глибокий страх і безпорадність через постійну загрозу насильства і втрат. Розуміння дітьми смерті зазвичай змінюється з віком під впливом культурних і соціальних факторів. Однак в умовах війни їхнє сприйняття може формуватися під впливом травми і насильства, що призводить до складного горя і психологічного дистресу. Незважаючи на виклики, діти демонструють стійкість, якій допомагають стратегії подолання, позитивні переконання та підтримуючі стосунки. Підтримка з боку батьків та опікунів має важливе значення для того, щоб допомогти дітям подолати психологічні наслідки війни. Створення стабільного та сприятливого середовища, визнання почуттів дітей та надання пояснень відповідно до їхнього віку є важливими кроками у сприянні емоційному благополуччю. Крім того, підтримка психологічного благополуччя батьків є життєво важливою для ефективної підтримки дітей, які пережили травму, пов'язану з війною. Отже, розуміння психологічних особливостей сприйняття дітьми хвороби і смерті під час війни має важливе значення для надання належної підтримки та втручань, які допоможуть їм впоратися з травмою і розвинути життєстійкість.

## РОЗДІЛ II. ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ДИТЯЧОГО СПРИЙМАННЯ ХВОРОБИ ТА СМЕРТІ ПІД ЧАС ВІЙНИ

### 2.1. Загальні засади емпіричного дослідження

Емпіричне дослідження визначається як дослідження, в якому висновки робляться строго на основі надійних емпіричних даних, що робить ці висновки перевіреними. Цей тип дослідження може включати як кількісні, так і якісні методи дослідження ринку для збору цих доказів. Наприклад, якщо дослідники хочуть з'ясувати, чи прослуховування веселої музики на роботі підвищує творчий потенціал, вони можуть провести експеримент за допомогою опитування музичного веб-сайту. Учасники будуть поділені на групи, де одні слухають веселу музику, а інші ні, і їх творчий доробок буде спостерігатися і аналізуватися. Концепція емпіричного дослідження сягає своїм корінням глибоко в античний емпіризм, символом якого є прислів'я: «Я не повірю, якщо не побачу». Цей підхід відіграв вирішальну роль в епоху Відродження, внісши значний внесок у розвиток сучасної науки. Термін «емпіричний» означає збір даних за допомогою спостережень або досвіду, або за допомогою науково каліброваних інструментів. Емпіричні дослідження можуть використовувати різні методології, включаючи кількісні методи, такі як опитування та експерименти, які збирають числові дані для кількісної оцінки поведінки чи думок, або якісні методи, такі як інтерв'ю та фокус-групи, які збирають нечислові дані для вивчення значень людської поведінки. Процес проведення емпіричного дослідження включає в себе кілька найважливіших етапів: визначення питання дослідження, огляд відповідної літератури для формулювання гіпотез, вибір відповідних методів дослідження, збір даних, а потім аналіз цих даних для отримання висновків. Цей цикл має важливе значення для забезпечення того, щоб дослідження відповідало на заплановані питання та надавало ідеї, які ґрунтуються на спостережуваній реальності. Емпіричні дослідження пропонують значні переваги, такі як перевірка гіпотез і теорій конкретними даними, тим самим підвищуючи



надійність висновків. Однак він також має свої проблеми, включаючи потенційні високі витрати та складність управління різноманітними джерелами даних і великими наборами даних. По суті, емпіричні дослідження є фундаментальними в тих областях, де перевірка теорій за допомогою прямого спостереження або експерименту має вирішальне значення. Він залишається динамічною та важливою частиною просування знань у різних наукових дисциплінах, допомагаючи вдосконалювати існуючі теорії та розробляти нові розуміння, засновані на надійних доказах. [6]

Наше емпіричне дослідження спрямоване на вивчення психологічних особливостей сприйняття дітьми хвороби та смерті в умовах війни. У цьому контексті, ми застосовуємо емпіричні методи, які дозволяють глибше зрозуміти як діти реагують на ці трагічні аспекти життя, які стали частиною їхнього повсякденного досвіду. Для збору даних ми використовуємо кілька підходів.

По-перше, проводимо індивідуальні інтерв'ю з дітьми, щоб дізнатися про їхні особисті враження та емоційні реакції на хворобу та смерть близьких. По-друге, організуємо фокус-групи з дітьми різного віку для обговорення цих тем в груповому форматі, що дозволяє спостерігати за взаємодією та підтримкою між дітьми. Також ми застосовуємо проєктивні техніки, такі як малюнки та розповіді, щоб діти могли виразити свої думки та почуття в більш вільній та неструктурованій формі. Ці методи допомагають нам зібрати глибокі та необтяжені відповіді, які часто залишаються прихованими під час більш формальних інтерв'ю. Наше дослідження має на меті не тільки документування існуючого стану, а й розробку рекомендацій для психологів, вчителів, та батьків щодо підтримки дітей, які зіткнулися з цими складними питаннями.

Результати нашої роботи будуть важливим внеском у розуміння того, як війна впливає на психічне здоров'я дітей та які стратегії можуть бути ефективними для їхньої підтримки в такий складний час. У нашому дослідженні ми плануємо вивчити психологічний вплив війни на дітей, які постраждали в результаті конфлікту. Наша вибірка обмежується 10 дітьми, що включає 2 групи – група 1, у якій діти після переживання хвороби чи смерті під час війни

отримали психологічну допомогу, та група 2 – діти, які не отримали такої допомоги. Це дозволить нам здійснити глибокий аналіз їхніх досвіду і почуттів. Участь кваліфікованих психологів є критично важливою для нашого проекту, адже вони забезпечать не тільки методологічну підтримку при розробці дослідження, але й нададуть необхідну психологічну допомогу дітям під час зустрічей. Ми ставимо на перше місце етичні міркування та чутливість у спілкуванні, щоб забезпечити конфіденційність та комфорт учасників. Це включає отримання інформованої згоди від батьків і згоди від самих дітей, яким буде зрозуміло пояснено цілі дослідження та його процедури. Наше дослідження має на меті визначити, як військові дії вплинули на психологічний стан дітей, а **гіпотеза полягає** в тому, що діти, які отримали психологічну підтримку, краще адаптуються до наслідків травм. Ми будемо використовувати якісні методи дослідження, зокрема напівструктуровані інтерв'ю та нарративні запити, щоб зібрати глибокі дані про особисті переживання дітей. Збір даних відбуватиметься в безпечному та приватному середовищі, що сприяє відкритому спілкуванню без додаткового стресу для дітей. Результати дослідження будуть аналізуватися для виявлення загальних тенденцій та індивідуальних відмінностей у способах справляння дітей із військовими травмами. Нарешті, ми підготуємо звіт з результатами дослідження, який підтримує наші теоретичні підходи та рекомендації для подальших досліджень та інтервенцій. Це досмистиме значення для подальшого розуміння та підтримки дітей, які пережили війну. Наша робота зосереджена на створенні надійної основи для подальших досліджень та розвитку політик, спрямованих на поліпшення умов життя постраждалих дітей.

У нашому дослідженні ми прагнемо ретельно зрозуміти психологічний вплив війни на дітей з Острозької громади. Враховуючи чутливість цієї теми, особливу увагу слід приділити етичним аспектам та ризикам, які можуть виникнути під час дослідження. Перш за все, ризики для учасників включають можливість психологічної травми від повторного переживання військових досвідів під час інтерв'ю. Для мінімізації цього ризику ми забезпечимо наявність кваліфікованих психологів під час всіх зустрічей, гарантуємо негайну підтримку

та застосуємо техніки, які знижують стрес. З огляду на чутливість зібраної інформації, існує також ризик порушення конфіденційності. Ми забезпечимо анонімність учасників шляхом використання псевдонімів у всіх публікаціях і звітах, а всі дані будуть зберігатися в зашифрованому вигляді. Інший потенційний ризик полягає в можливості спотворення результатів через суб'єктивність сприйняття та відповідей учасників. Для зменшення цього ризику ми використовуватимемо триангуляцію даних – збір інформації через різні методи та джерела для валідації отриманих результатів. Мета дослідження полягає в аналізі того, як діти адаптуються до життя після пережитої травми, а гіпотеза передбачає, що наявність психологічної підтримки значно покращує їхню адаптацію. Визнання та ретельне управління можливими ризиками дозволить нам провести це дослідження ефективно та етично відповідально.

Це дослідження має велике значення, адже воно зосереджується на психологічних наслідках війни для дітей з Острозької громади. Основна мета полягає у вивченні, яким чином військові дії вплинули на емоційний стан дітей, які пережили конфлікт, та які стратегії вони застосовують для адаптації до змінених умов життя. Важливість дослідження не обмежується лише академічним внеском; воно має потенціал зміцнити методи підтримки та відновлення для постраждалих дітей, а також може вплинути на розробку політик, які покращать соціальні та психологічні умови для молоді у постконфліктних регіонах. Дослідження сприятиме підвищенню свідомості про довгострокові наслідки війни на дітей, підкреслюючи необхідність більшої уваги та ресурсів для їхнього психологічного відновлення. Ці знання допоможуть міжнародній спільноті краще розуміти, як відповідати на потреби дітей у кризових ситуаціях, що, в свою чергу, може сприяти розробці ефективніших інтервенцій та стратегій відновлення в усьому світі. Наше дослідження спрямоване на отримання глибокого розуміння травм і механізмів їх подолання, що несе в собі важливі імплікації для подальшого вивчення і практичного застосування у сфері психологічної підтримки дітей, постраждалих від війни.

## 2.2. Порівняльний аналіз та характеристика методики дослідження

Наша робота з дослідження психологічних особливостей сприйняття дітьми хвороби та смерті під час війни може вигодувати з застосування таких методів, як нарративна експозиційна терапія (NET), яка була адаптована для роботи з дітьми (KIDNET) та показала успіх у лікуванні ПТСР у дітей, які пережили військові конфлікти або інші форми насильства. Ця методика дозволяє дітям створити нарратив свого травматичного досвіду, що сприяє психологічному відновленню. Також важливою є соціально-екологічна орієнтація втручань, яка включає залучення сім'ї та громади у процес відновлення, що може значно підвищити ефективність психосоціальної підтримки (International Review of the Red Cross) [13]. Інший корисний підхід використовує Бронфенбреннерів біоекологічний модель для аналізу впливу різних факторів (як-от сім'я, школа, культурне оточення) на розуміння дітьми смерті та процесу жалоби. Цей підхід допомагає виявити, як різні аспекти оточення впливають на дитяче сприйняття цих складних понять (Frontiers). [3] Дажливим є застосування квалітативних методів, які включають глибокі інтерв'ю та фокус-групи, дозволяючи дітям висловлювати свої думки та почуття в більш вільній формі. Це забезпечує глибше розуміння їхніх переживань і допомагає розробити більш цілісні та ефективні психологічні втручання (BMJ Mental Health). Для докладнішого ознайомлення з методиками та підходами до дослідження психологічних особливостей дітей, які переживають втрату або хворобу під час війни, ви можете звернутися до різноманітних джерел і публікацій, які надають вичерпні описи цих методів. [23]

Child Impact of War Scale (CIWS) є інструментом, розробленим для оцінки впливу війни на дітей з точки зору їх емоційного стану, поведінки та соціальних стосунків. CIWS дозволяє вченим і клініцистам оцінити, як військові конфлікти та їх наслідки впливають на психологічне благополуччя дітей, включаючи симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР), депресію, а також внутрішні і зовнішні поведінкові проблеми. Методика оцінює, як війна впливає на дітей через різні аспекти їх життя, зокрема на їх емоційний стан, поведінку і

соціальні взаємодії. Це може включати аналіз змін у шкільній успішності, сімейних відносинах та загальному життєвому задоволенні. CIWS використовує соціо-екологічний підхід для аналізу впливу війни, враховуючи не тільки безпосередні наслідки для дитини, а й вплив сімейного та громадського оточення. Інструмент допомагає визначити ризики, пов'язані з війною, а також фактори, що захищають дитину від негативних наслідків, такі як підтримка з боку сім'ї або спільноти, яка може сприяти їх стійкості. Дослідження, використовуючи CIWS, також досліджують, як різні стресори (наприклад, сімейне насильство, бідність, руйнування освітньої системи) взаємодіють між собою і підвищують ризик психологічних проблем у дітей. CIWS може бути корисним інструментом у клінічній практиці та наукових дослідженнях для оцінки та планування інтервенцій, спрямованих на допомогу дітям, які пережили війну. Це особливо важливо в контекстах, де діти зазнають численних стресорів, що вимагає комплексного підходу до їхнього лікування та підтримки. Інструмент "Child Impact of War Scale" (CIWS) є цінним для досліджень впливу війни на дітей, аналізуючи їхній емоційний стан, поведінку, і соціальні стосунки. Розроблений для оцінювання широкого спектру психологічних наслідків війни, CIWS використовує соціо-екологічний підхід, який включає різні рівні екологічного впливу, від особистісних до ширших громадських та культурних факторів. Ця шкала допомагає визначити як прямі, так і опосередковані ефекти війни, зокрема через сімейні стосунки та суспільне оточення дитини. Шкала CIWS забезпечує інструментарій для вимірювання рівня стресу, який діти переживають внаслідок війни, та їх адаптації до складних умов життя. [2]

PTSD Checklist – Civilian Version (PCL-C) є інструментом самооцінки, який використовується для оцінювання симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Ця шкала знайдена широке застосування у клінічній практиці та дослідженнях для вимірювання ступеня вираженості симптомів ПТСР у людей, які пережили стресові події. Вона особливо цінна, тому що її можна застосовувати без прямої участі клініциста, що робить її доступною для масових скринінгів і індивідуальних оцінок. Шкала PCL-C включає 17 пунктів, кожен з

яких відповідає ключовим симптомам ПТСР згідно DSM-IV. Кожен пункт у списку описує симптом, і респондентам пропонується оцінити ступінь, до якого вони відчували цей симптом протягом останнього місяця, використовуючи шкалу від "Зовсім не" до "Дуже сильно". Шкала охоплює симптоми такі як вторгнення думок, уникнення нагадувань про травму, негативні зміни в думках і настрої, а також зміни у збудженні та реактивності. Сума балів за кожним пунктом може бути використана для визначення загального балу, який допомагає у визначенні важкості симптомів ПТСР. Вищий загальний бал вказує на більш виражену симптоматику. Шкала застосовується у різних популяціях, не тільки серед військовослужбовців або ветеранів, що робить її корисною для використання у цивільних контекстах. Цей інструмент не тільки корисний для клінічної діагностики, але й для моніторингу змін симптомів з часом, що робить його важливим у терапевтичних налаштуваннях та дослідженнях. Дійсність та надійність PCL-C підтверджені численними дослідженнями, які показали високу відповідність і сильну діагностичну точність. Цей інструмент можна використовувати у різних ситуаціях, де швидка та надійна оцінка ПТСР є необхідною, наприклад, після військових конфліктів, природних катастроф, або у інших ситуаціях, де люди можуть зіткнутися з травматичними подіями. Цей інструмент особливо корисний у контекстах, де діти зазнають численних стресорів, що вимагає комплексного підходу до їх лікування та підтримки. Детальніше про PTSD Checklist – Civilian Version та інструкції щодо її використання можна знайти у відкритому доступі за посиланням, яке веде до офіційного документа: PTSD Checklist and Scoring (PCL-C). [20]

Дослідження, авторами якого є Анна Лунд та інші, зосереджене на використанні Шкали загальної оцінки дітей (CGAS) в умовах натуралістичної клінічної практики, зокрема в службах психічного здоров'я дітей та підлітків. CGAS – це інструмент, призначений для оцінки загального рівня функціонування дітей. Незважаючи на те, що для користування цією шкалою потрібно спеціальне навчання оцінювачів, виявилось, що часто її використовують медичні працівники без попередньої підготовки. Основні висновки дослідження показали, що коли

CGAS використовується ненавченими оцінювачами, надійність між оцінювачами є лише помірною. Це було визначено за допомогою коефіцієнта внутрішньокласової кореляції, який становив 0.73. Також встановлено, що медичні працівники, які представляли 33 шведські служби SAMHS і склали 703 особи, оцінили вігнетки, які описували функціонування дітей, значно вище, ніж експертні оцінювачі, що свідчить про краще загальне функціонування. Крім того, дослідження показало, що ні клінічний досвід, ні попередній досвід використання CGAS не вплинули на згоду з експертними оцінками. Ці результати підкреслюють важливість належного навчання при впровадженні нових шкал оцінювання, щоб забезпечити точні та надійні оцінки функціонування дітей у клінічних умовах. Розбіжності в оцінках між навченими експертами та ненавченими оцінювачами підкреслюють потенційні виклики в процесі клінічного оцінювання, коли не проводиться стандартизоване навчання. [4]

У статті «Скринінг на травму в педіатричній первинній медичній допомозі» Брукса Кішина та його колег, опублікованій у *Current Psychiatry Reports* у 2020 році, обговорюється критична важливість та методи скринінгу на травму в педіатричних закладах первинної медичної допомоги. Ця публікація наголошує на високій поширеності травматологічного впливу серед дітей та пов'язаних з цим ризиках як короткострокової, так і довгострокової захворюваності, виступаючи за стандартизований підхід до скринінгу травм, який може покращити результати для здоров'я. Автори стверджують, що хоча багато дітей переживають потенційно травматичні події, реакція на ці події може значно відрізнятись. Як наслідок, універсального підходу до скринінгу часто не вистачає. Вони рекомендують більш індивідуальний процес скринінгу, який оцінює не лише вплив травми, але й конкретні симптоми травматичного стресу та їх функціональний вплив. Такий підхід допомагає виявити дітей, яким може бути корисно спеціалізоване лікування травми. Необхідність скринінгу травми для визнання широкого та різноманітного впливу травми на дітей, який може впливати на всі сфери функціонування, включаючи когнітивні функції та емоційну регуляцію. Важливість впровадження стандартизованого процесу

скринінгу, який оцінює вплив травми, симптоми травматичного стресу, функціональний вплив і потенційну суїцидальність. У статті висвітлено ефективність цілеспрямованих втручань та підтримано використання доказових методів лікування травми, які, як було показано, полегшують симптоми травматичного стресу та покращують загальне функціонування. Дослідження підкреслює корисність коротких інструментів скринінгу, які підходять для середовища первинної медичної допомоги, дозволяючи своєчасно реагувати на основі тяжкості та потреб виявлених симптомів травматичного стресу. [25]

Для вивчення психологічних особливостей сприйняття дітьми хвороби та смерті під час війни в Україні у Острозькій громаді можна розробити комплексну методiku, яка інтегрує кілька підходів з використанням адаптованих інструментів, таких як PTSD Checklist – Civilian Version (PCL-C). Методика включатиме залучення кваліфікованих психологів та соціальних працівників з досвідом роботи у кризових умовах для проведення оцінки впливу війни на дітей. На етапі підготовки слід зосередитися на навчанні методам етичного спілкування з дітьми. Збір даних включатиме застосування CIWS для аналізу впливу війни на дітей, доповненого шкалою PCL-C для визначення симптомів ПТСР, а також квалітативні методи, такі як глибинні інтерв'ю та фокус-групи, для збору інформації про особистісні переживання дітей. Аналіз даних здійснюватиметься через статистичний та тематичний аналіз для ідентифікації загальних тенденцій та індивідуальних особливостей у сприйнятті хвороби та смерті. Дитяча шкала впливу подій (CRIES-8) є адаптованою версією оригінальної шкали впливу подій, спеціально розробленою для оцінки симптомів ПТСР у дітей віком від 8 років, які уміють читати. Ця шкала включає 8 пунктів, розділених на дві субшкали: Інтрузія (вторгнення) та Уникнення. Інтрузія відображає частоту інвазивних думок про травматичну подію, які можуть включати раптові спогади або образи події, які нав'язуються дитині навіть без її бажання про це думати. Уникнення оцінює ступінь, до якого дитина намагається уникати думок, розмов або зовнішніх стимулів, які можуть нагадувати про травматичну подію. Кожен пункт оцінюється за шкалою від "Ні" (0 балів) до "Часто" (5 балів), дозволяючи



отримати кількісне уявлення про ступінь впливу травматичного досвіду на дитину. Ця інформація буде корисною для визначення необхідності подальшого втручання або лікування. Для глибшого вивчення шкали та її застосування варто звернутися до організацій, які пропонують цю шкалу, або до наукових публікацій, що аналізують її психометричні характеристики. [24]

На основі отриманих даних будуть розроблені рекомендації для освітніх та медичних установ щодо підтримки дітей, а також тренінги для батьків і вчителів з підходів до роботи з травмованими дітьми. Етичні міркування включатимуть забезпечення конфіденційності, анонімності та отримання інформованої згоди від батьків або опікунів. Ця методика дозволить не тільки визначити рівень впливу війни на психічний стан дітей, але й розробити ефективні стратегії для їх підтримки та відновлення, що стане важливим кроком у формуванні стійкого і здорового майбутнього для дітей, які пережили війну.

### 2.3. Аналіз даних та загальні результати емпіричного дослідження

У нашому емпіричному дослідженні брали участь 10 респондентів віком від 13 до 17 років. Наша вибірка обмежується 10 дітьми, що включає 2 групи – група 1, у якій діти після переживання хвороби чи смерті під час війни отримали психологічну допомогу, та група 2 – діти, які не отримали такої допомоги. Кожна з груп містила по 5 осіб. Розподіл респондентів за віком був рівномірним, у кожній віковій категорії (13, 14, 15, 16, 17 років) було по 2 респонденти. Статевий розподіл респондентів показав, що у вікових групах 13, 14, 15 та 17 років чоловіки склали 40%, а жінки – 60%. Вікова група 16 років показала відмінний розподіл, де 2% (один респондент) були чоловічої статі. Загальна кількість чоловіків у вибірці склала 2 респонденти, тоді як жінок було 3 респонденти.

**Таблиця 2.1. Зведений показник розподілу за віком та статтю респондентів**

Вік	Кількість респондентів		Стать	Кількість
	Чоловічі	Жіночі		
13	2	20%	Чоловіча	2
14	2	20%		
15	2	20%		
16	2	2%	Жіноча	3
17	2	20%		

Результати методики дитячої шкали впливу подій (CRIES-8) для групи 1, що включає дітей, які отримали психологічну допомогу після переживання хвороби чи смерті під час війни, показують цікаві тенденції. За питанням про те, чи думають діти про подію навіть тоді, коли не хочуть про неї думати, 60% респондентів відповіли "Ні", 20% - "Дуже рідко" та 20% - "Інколи", середнє значення становить 0,8. Це вказує на те, що більшість дітей змогли контролювати свої думки про подію, що може бути результатом психологічної допомоги.

Питання щодо намагань прибрати подію зі своєї пам'яті показало, що 40% дітей відповіли "Ні", 20% - "Дуже рідко" та 40% - "Інколи", середнє значення тут становить 1,4. Це свідчить про те, що деяка частина дітей все ще намагається витіснити спогади про подію, що може свідчити про неповне опрацювання травматичного досвіду. Коли дітей запитали про напливи сильних почуттів щодо події, 60% відповіли "Ні", 20% - "Дуже рідко" та 20% - "Інколи", середнє значення 0,8. Це свідчить про те, що більшість дітей не мають сильних емоційних реакцій на подію, що є позитивним результатом психологічної роботи. Питання про уникання місць чи ситуацій, що нагадують про подію, показало, що 40% дітей відповіли "Ні", 40% - "Дуже рідко" та 20% - "Інколи", середнє значення 1,8. Це означає, що значна частина дітей все ще уникає тригерних ситуацій, що може бути ознакою залишкових симптомів посттравматичного стресу.

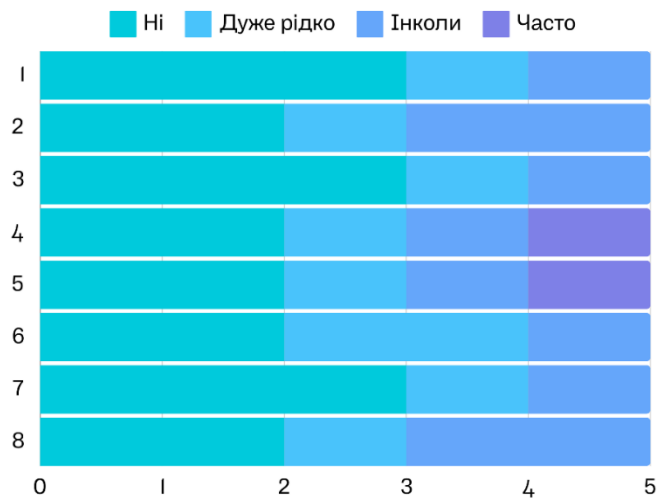
**Таблиця 2.2. Результати методики: дитяча шкала впливу подій (CRIES-8) для Група 1: діти, які отримали психологічну допомогу**

№	Питання	Ні	Дуже рідко	Інколи	Часто	Середнє значення
1	Чи буває так, що ти думаєш про цю подію навіть тоді, коли не хочеш про неї думати?	60% (3)	20% (1)	20% (1)	0% (0)	0,8
2	Чи ти намагаєшся «прибрати» цю подію зі своєї пам'яті?	40% (2)	20% (1)	40% (2)	0% (0)	1,4
3	Чи ти маєш напливи сильних почуттів щодо цієї події?	60% (3)	20% (1)	20% (1)	0% (0)	0,8
4	Чи ти тримаєшся подалі від того, що нагадує про цю подію? (певних місць, ситуацій тощо)	40% (2)	40% (2)	20% (1)	20% (1)	1,8
5	Чи ти намагаєшся не говорити про цю подію?	40% (2)	40% (2)	20% (1)	20% (1)	1,8

## Продовження табл. 2.2

6	Чи картини цієї події раптово з'являються у тебе в голові?	40% (2)	40% (2)	20% (1)	0% (0)	1,0
7	Щось наче змушує тебе думати про цю подію?	60% (3)	20% (1)	20% (1)	0% (0)	0,8
8	Чи ти намагаєшся не думати про цю подію?	40% (2)	20% (1)	40% (2)	0% (0)	1,4

Аналогічні результати були отримані на питання щодо намагань не говорити про подію: 40% дітей відповіли "Ні", 40% - "Дуже рідко" та 20% - "Інколи", середнє значення 1,8. Це свідчить про те, що багато дітей все ще мають труднощі з обговоренням своїх переживань, що може вказувати на потребу у подальшій терапевтичній роботі. Питання про раптову появу картин події в голові показало, що 40% дітей відповіли "Ні", 40% - "Дуже рідко" та 20% - "Інколи", середнє значення 1,0. Це означає, що більшість дітей рідко стикаються з такими спогадами, що є позитивним показником.



**Рис 2.1. Результати методики: дитяча шкала впливу подій (CRIES-8) для Група 1: діти, які отримали психологічну допомогу. Співвідношення відповідей група 1**

Коли дітей запитали, чи змушує щось їх думати про подію, 60% відповіли "Ні", 20% - "Дуже рідко" та 20% - "Інколи", середнє значення 0,8. Це свідчить про те, що більшість дітей не відчують примусу до обдумування події. Останнє питання щодо намагань не думати про подію показало, що 40% дітей відповіли "Ні", 20% - "Дуже рідко" та 40% - "Інколи", середнє значення 1,4. Це вказує на те, що деяка частина дітей все ще намагається уникати думок про подію. Результати показують, що діти, які отримали психологічну допомогу, мають менше виражені

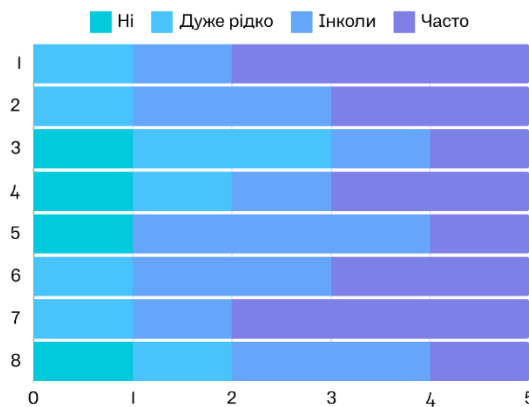
симптоми посттравматичного стресу порівняно з дітьми, які не отримали такої допомоги. Проте деякі аспекти, такі як уникання та намагання не говорити про подію, все ще потребують уваги та подальшої терапевтичної роботи.

Результати методики дитячої шкали впливу подій (CRIES-8) для групи 2, яка включає дітей, які не отримали психологічної допомоги після переживання хвороби чи смерті під час війни, демонструють значно вираженіші симптоми посттравматичного стресу порівняно з групою, яка отримала допомогу. Перше питання, що стосується частоти думок про подію навіть тоді, коли діти не хочуть про неї думати, показало, що 60% дітей відповіли "Часто", 20% – "Дуже рідко" та 20% – "Інколи". Жоден респондент не відповів "Ні". Середнє значення становить 3.4, що вказує на високу частоту нав'язливих думок. Це свідчить про значний рівень інтрузивних спогадів серед дітей, які не отримали психологічної підтримки. Друге питання, яке стосується намагань прибрати подію зі своєї пам'яті, показало, що 40% дітей відповіли "Інколи" і ще 40% – "Часто", тоді як 20% відповіли "Дуже рідко". Середнє значення становить 3.2, що вказує на часті спроби витіснити спогади. Це може свідчити про значний рівень психологічного дискомфорту та прагнення уникнути травматичних спогадів.

**Таблиця 2.2. Результати методики: дитяча шкала впливу подій (CRIES-8) для Груп 2: діти, які не отримали психологічної допомог**

№	Питання	Ні	Дуже рідко	Інколи	Часто	Середнє значення
1	Чи буває так, що ти думаєш про цю подію навіть тоді, коли не хочеш про неї думати?	0% (0)	20% (1)	20% (1)	60% (3)	3.4
2	Чи ти намагаєшся «прибрати» цю подію зі своєї пам'яті?	0% (0)	20% (1)	40% (2)	40% (2)	3.2
3	Чи ти маєш напливи сильних почуттів щодо цієї події?	20% (1)	40% (2)	20% (1)	20% (1)	2.6
4	Чи ти тримаєшся подалі від того, що нагадує про цю подію? (певних місць, ситуацій тощо)	20% (1)	20% (1)	20% (1)	40% (2)	3.0
5	Чи ти намагаєшся не говорити про цю подію?	20% (1)	0% (0)	60% (3)	20% (1)	2.6
6	Чи картини цієї події раптово з'являються у тебе в голові?	0% (0)	20% (1)	40% (2)	40% (2)	3.2
7	Щось наче змушує тебе думати про цю подію?	0% (0)	20% (1)	20% (1)	60% (3)	3.4
8	Чи ти намагаєшся не думати про цю подію?	20% (1)	20% (1)	40% (2)	20% (1)	2.8

Третє питання про напливи сильних почуттів щодо події показало, що 20% дітей відповіли "Ні", 40% – "Дуже рідко", 20% – "Інколи" і ще 20% – "Часто". Середнє значення тут становить 2.6, що свідчить про дещо менший, але все ж таки значний рівень емоційних реакцій на подію. Питання про уникання місць чи ситуацій, що нагадують про подію, показало, що 40% дітей відповіли "Часто", 20% – "Дуже рідко", 20% – "Інколи" і ще 20% – "Ні". Середнє значення 3.0 свідчить про те, що багато дітей уникають тригерів, які нагадують про травматичну подію, що може бути ознакою залишкових симптомів посттравматичного стресу. Питання щодо намагань не говорити про подію показало, що 60% дітей відповіли "Інколи", 20% – "Часто" і ще 20% – "Ні". Жоден респондент не відповів "Дуже рідко". Середнє значення 2.6 свідчить про те, що діти мають труднощі з обговоренням своїх переживань. Шосте питання про раптову появу картин події в голові показало, що 40% дітей відповіли "Часто", 40% – "Інколи" і ще 20% – "Дуже рідко". Середнє значення 3.2 свідчить про часту появу нав'язливих спогадів серед дітей, які не отримали допомогу.



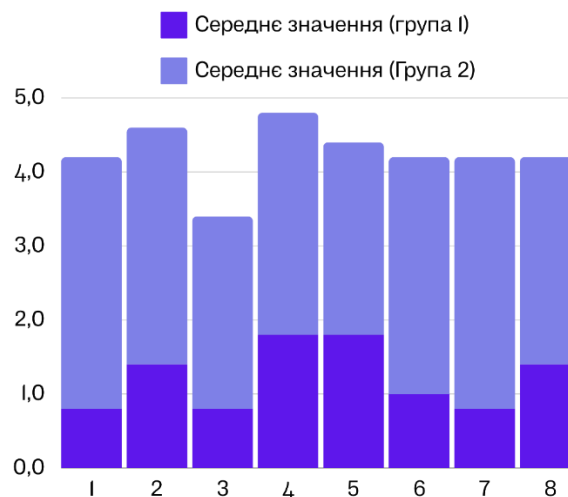
**Рис 2.2. Результати методики: дитяча шкала впливу подій (CRIES-8) для Група 1: діти, які отримали психологічну допомогу. Співвідношення відповідей група 2**

Питання про те, чи щось змушує дітей думати про подію, показало, що 60% дітей відповіли "Часто", 20% – "Дуже рідко" і ще 20% – "Інколи". Жоден респондент не відповів "Ні". Середнє значення 3.4 вказує на високий рівень примусу до обдумування події. Останнє питання про намагання не думати про подію показало, що 40% дітей відповіли "Інколи", 20% – "Дуже рідко", 20% – "Часто" і ще 20% – "Ні". Середнє значення 2.8 свідчить про те, що багато дітей намагаються уникати думок про подію, що може бути ознакою значного психологічного стресу. Загалом

результати показують, що діти, які не отримали психологічну допомогу, мають високий рівень інтрузивних думок, емоційних реакцій та уникання, що вказує на потребу в наданні їм психологічної підтримки та терапевтичної роботи для полегшення симптомів посттравматичного стресу

Аналіз середніх показників результатів методики дитячої шкали впливу подій (CRIES-8) для груп дітей, які отримали та не отримали психологічну допомогу після переживання хвороби чи смерті під час війни, виявив значні відмінності у рівнях посттравматичних симптомів. Для групи 1, яка отримала психологічну допомогу, середні значення за всіма питаннями значно нижчі порівняно з групою 2, яка не отримала допомоги. Наприклад, середнє значення для питання "Чи буває так, що ти думаєш про цю подію навіть тоді, коли не хочеш про неї думати?" у групі 1 становить 0,8, тоді як у групі 2 це значення становить 3,4. Це свідчить про те, що діти з групи 1 рідше стикаються з нав'язливими думками про травматичну подію. Аналогічно, питання "Чи ти намагаєшся «прибрати» цю подію зі своєї пам'яті?" показало середнє значення 1,4 для групи 1 і 3,2 для групи 2. Це вказує на те, що діти, які отримали психологічну допомогу, менш часто намагаються витіснити спогади про подію. Питання про напливи сильних почуттів щодо події має середнє значення 0,8 для групи 1 і 2,6 для групи 2. Це свідчить про значно менший рівень емоційних реакцій на подію серед дітей, які отримали допомогу. Питання щодо уникання місць чи ситуацій, що нагадують про подію, показало середнє значення 1,8 для групи 1 і 3,0 для групи 2. Це вказує на те, що діти з групи 1 менш схильні уникати тригерних ситуацій, що свідчить про успішність терапевтичних втручань. Для питання "Чи ти намагаєшся не говорити про цю подію?" середнє значення для групи 1 становить 1,8, тоді як для групи 2 – 2,6. Це показує, що діти з групи 1 більш відкриті до обговорення своїх переживань. Питання про раптову появу картин події в голові показало середнє значення 1,0 для групи 1 і 3,2 для групи 2. Це свідчить про рідкісніші випадки нав'язливих спогадів серед дітей, які отримали допомогу. Питання "Щось наче змушує тебе думати про цю подію?" показало середнє значення 0,8 для групи 1 і 3,4 для групи 2. Це вказує на те, що діти з групи 1 менше стикаються з примусом до обдумування події. Останнє питання "Чи ти намагаєшся не думати про цю подію?" показало середнє значення 1,4 для групи 1 і 2,8 для групи 2. Це

свідчить про менший рівень уникання думок про подію серед дітей, які отримали допомогу. Загальний аналіз показує, що психологічна допомога суттєво знижує рівень посттравматичних симптомів у дітей. Діти, які отримали допомогу, рідше стикаються з нав'язливими думками, емоційними реакціями та униканням ситуацій, що нагадують про травматичну подію. Це вказує на важливість надання психологічної підтримки дітям, які пережили травматичні події, для зниження негативного впливу стресу та покращення їхнього психічного здоров'я.



**Рис 2.3. Результати методики: дитяча шкала впливу подій (CRIES-8) для Група 1: діти, які отримали психологічну допомогу. Співвідношення показників між групами**

Кореляційна матриця показала значення  $-0.986$ , що свідчить про сильну негативну кореляцію між середніми значеннями групи 1 та групи 2. Результати дослідження показали, що діти, які отримали психологічну допомогу (група 1), мають значно менші показники посттравматичних симптомів порівняно з дітьми, які не отримали допомогу (група 2). Це підтверджується середніми значеннями за всіма питаннями: у групі 1 середні значення коливаються між 0.8 та 1.8, тоді як у групі 2 – між 2.6 та 3.4. Сильна негативна кореляція ( $-0.986$ ) свідчить про те, що психологічна допомога суттєво знижує рівень посттравматичних симптомів.

**Таблиця 2.4. Результати кореляції Пірсона для методики: дитяча шкала впливу подій (CRIES-8) для Груп 1 та 2**

	Група 1	Група 2
Група 1	1.000	-0.986
Група 2	-0.986	1.000

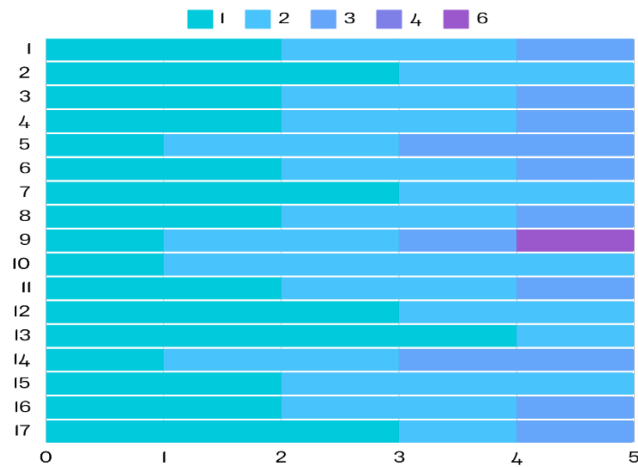
Зокрема, діти, які отримали допомогу, рідше стикаються з нав'язливими думками, емоційними реакціями та униканням ситуацій, що нагадують про травматичну подію. Гіпотеза, що діти, які отримали психологічну підтримку, краще адаптуються до наслідків травм, підтверджена. Ми використовували кількісні методи дослідження для збору даних, зокрема шкалу CRIES-8 для оцінки посттравматичних симптомів. Збір даних відбувався в безпечному середовищі, що сприяло відкритому спілкуванню без додаткового стресу для дітей. Результати були проаналізовані для виявлення загальних тенденцій та індивідуальних відмінностей у способах справляння дітей із військовими травмами. Результати підтверджують важливість надання психологічної підтримки дітям, пережили травматичні події, для зниження негативного впливу стресу та покращення психічного здоров'я. Результати підтримують наші теоретичні підходи та рекомендації для подальших досліджень та інтервенцій, що мають значення для покращення умов життя постраждалих дітей.

Наступна методика, яку ми застосували – методика: перевірка PTSD – версія для цивільних (PCL-C). 5 респондентів відповідали на 17 питань анкети, що оцінюють наявність і ступінь симптомів посттравматичного стресового розладу (PTSD). Оцінка проводилась за шкалою від 1 до 5, де 1 – "Взагалі не турбувало", а 5 – "Надзвичайно сильно турбувало". Загалом результати показують, що діти, які отримали психологічну допомогу, мають низький рівень стресових симптомів. Середні значення варіюються від 1.2 до 2.6, що свідчить про відсутність виражених симптомів PTSD у більшості респондентів.

Для питання "Чи бувають у вас повторювані, тривожні спогади, думки або образи стресового досвіду з минулого?" середній бал склав 1.8, що вказує на невеликий рівень турботи щодо цих симптомів. Аналогічні результати були отримані для питань про повторювані тривожні сни та відчуття, що стресовий досвід знову відбувається, із середніми значеннями 1.4 та 1.8 відповідно. Це свідчить про те, що більшість респондентів не мають частих повторюваних снів та епізодів повторного переживання травматичних подій. Щодо фізичних реакцій, таких як серцебиття, труднощі з диханням або потовиділення, середне



значення було дещо вищим – 2.2, що вказує на те, що у деяких дітей все ж виникають певні фізичні реакції на нагадування про стресовий досвід.



**Рис 2.4. Результати методики: перевірка PTSD – версія для цивільних (PCL-C.) для Група 1: діти, які отримали психологічну допомогу.**

Уникаючи думок та розмов про стресовий досвід, респонденти показали середнє значення 1.8, що підтверджує загальну тенденцію до незначного уникання думок про травматичні події. Цікавим є питання про втрату інтересу до речей, які раніше подобались дітям, де середнє значення склало 2.6. Це найвищий показник серед усіх питань, що може свідчити про те, що деякі діти все ж втратили інтерес до колишніх захоплень. Інші питання, такі як відчуття відстороненості від інших людей та емоційна нечутливість, також мали середні значення 1.8, що вказує на мінімальний вплив цих симптомів на респондентів.

**Таблиця 2.5. Результати методики: перевірка PTSD – версія для цивільних (PCL-C.) для Група 1: діти, які отримали психологічну допомогу.**

№	Питання	1	2	3	4	5	Середнє значення
1	Чи бувають у вас повторювані, тривожні спогади, думки або образи стресового досвіду з минулого?	2	2	1	0	0	1,8
2	Чи бувають у вас повторювані, тривожні сни про стресовий досвід з минулого?	3	2	0	0	0	1,4
3	Чи трапляється, що ви раптово дієте або відчуваєте, наче стресовий досвід знову відбувається (якщо ви знову переживаєте його)?	2	2	1	0	0	1,8
4	Чи відчуваєте ви дуже сильне занепокоєння, коли щось нагадує вам про стресовий досвід з минулого?	2	2	1	0	0	1,8
5	Чи маєте ви фізичні реакції (наприклад, серцебиття, труднощі з диханням або потовиділення), коли щось нагадує вам про стресовий досвід з минулого?	1	2	2	0	0	2,2
6	Чи уникаєте ви думок або розмов про стресовий досвід з минулого або уникання почуттів, пов'язаних з ним?	2	2	1	0	0	1,8
7	Чи уникаєте ви діяльності або ситуацій, які нагадують вам про стресовий досвід з минулого?	3	2	0	0	0	1,4

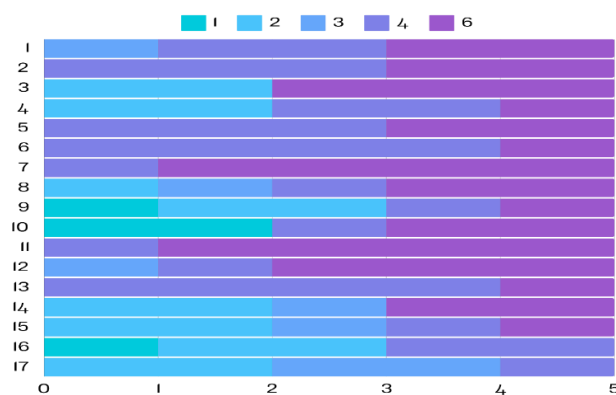
## Продовження табл. 2.5

8	Чи маєте ви труднощі з запам'ятовуванням важливих частин стресового досвіду з минулого?	2	2	1	0	0	1,8
9	Чи втратили ви інтерес до речей, які раніше вам подобалися?	1	2	1	0	1	2,6
10	Чи відчуваєте ви себе відстороненим або відрізнаним від інших людей?	1	4	0	0	0	1,8
11	Чи відчуваєте ви емоційну нечутливість або не здатні мати люблячі почуття до тих, хто поруч з вами?	2	2	1	0	0	1,8
12	Чи відчуваєте ви, наче ваше майбутнє якимось чином буде скорочене?	3	2	0	0	0	1,4
13	Чи маєте ви труднощі з засинанням або підтримкою сну?	4	1	0	0	0	1,2
14	Чи відчуваєте ви дратівливість або маєте спалахи гніву?	1	2	2	0	0	2,2
15	Чи маєте ви труднощі з концентрацією уваги?	2	3	0	0	0	1,6
16	Чи є ви "надмірно пильним" або постійно настороженим?	2	2	1	0	0	1,8
17	Чи відчуваєте ви нервовість або легке перелякання?	3	1	1	0	0	1,6

Питання про майбутнє, яке здається скороченим, мало середнє значення 1.4, що свідчить про відсутність значущих страхів щодо майбутнього у більшості респондентів. Труднощі з засинанням або підтримкою сну отримали найнижчий середній бал – 1.2, що свідчить про те, що ці проблеми мало турбують дітей у цій групі. Натомість дратівливість та спалахи гніву мали середнє значення 2.2, що показує дещо вищий рівень цих симптомів, але вони все ще залишаються в межах низького рівня. Труднощі з концентрацією уваги та постійна настороженість отримали середні значення 1.6 та 1.8 відповідно, що вказує на те, що ці симптоми не є сильно вираженими у більшості дітей. Питання про нервовість або легке перелякання мало середнє значення 1.6, що підтверджує загальний низький рівень стресових симптомів у цієї групи. Таким чином, результати показують, що діти, які отримали психологічну допомогу, демонструють низький рівень симптомів PTSD. Це підкреслює важливість надання своєчасної психологічної підтримки дітям, які пережили травматичні події, що допомагає значно знизити рівень стресу та сприяти їхньому емоційному одужанню.

Загальні результати показують, що діти, які не отримали психологічної допомоги, демонструють високий рівень стресових симптомів. Середні значення варіюються від 2.6 до 4.8, що свідчить про значущу присутність симптомів PTSD у більшості респондентів. Для питання "Чи бувають у вас повторювані, тривожні спогади, думки або образи стресового досвіду з минулого?" середній бал склав 4.2, що вказує на високий рівень тривожних спогадів серед респондентів.

Питання про повторювані тривожні сни також отримало високий середній бал – 4.4, що свідчить про значну частоту тривожних снів у більшості дітей цієї групи. Відчуття, що стресовий досвід знову відбувається, мало середнє значення 3.8, що вказує на те, що деякі діти часто переживають такі епізоди. Питання про дуже сильне занепокоєння при нагадуванні про стресовий досвід отримало середній бал 3.4, що свідчить про помірний рівень занепокоєння серед респондентів. Фізичні реакції, такі як серцебиття, труднощі з диханням або потовиділення, мали середнє значення 4.4, що вказує на високий рівень цих симптомів у дітей. Це підтверджує, що фізичні реакції є значущими симптомами у цієї групи.



**Рис 2.5. Результати методики: перевірка PTSD – версія для цивільних (PCL-C.) для Група 2: діти, які не отримали психологічну допомогу.**

Респонденти також показали високі середні значення для питань про уникнення думок та розмов про стресовий досвід (4.2), а також уникнення діяльності або ситуацій, що нагадують про стресовий досвід (4.8). Це вказує на те, що уникнення є важливим механізмом для цих дітей. Труднощі з запам'ятовуванням важливих частин стресового досвіду мали середній бал 3.8, що вказує на помірний рівень цього симптому. Втрати інтересу до речей, які раніше подобались дітям, показали середнє значення 2.8, що свідчить про помірний рівень втрати інтересу. Відчуття відстороненості від інших людей отримало середній бал 3.2, що вказує на помірний рівень цього симптому. Емоційна нечутливість або нездатність мати люблячі почуття до оточуючих мали середнє значення 4.8, що свідчить про високу частоту цього симптому у респондентів. Питання про відчуття, що майбутнє буде скорочене, отримало середній бал 4.4, що вказує на значний рівень страхів щодо майбутнього.

Труднощі з засинанням або підтримкою сну мали середнє значення 4.2, що вказує на високу частоту цих проблем. Дратівливість та спалахи гніву отримали середній бал 3.4, що свідчить про помірний рівень цього симптому.

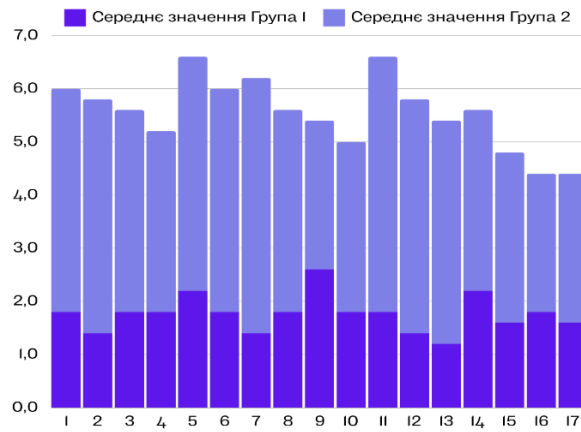
**Таблиця 2.6. Результати методики: перевірка PTSD – версія для цивільних (PCL-C.)  
для Група 2: діти, які не отримали психологічну допомогу**

№	Питання	1	2	3	4	5	Середнє значення
1	Чи бувають у вас повторювані, тривожні спогади, думки або образи стресового досвіду з минулого?	0	0	1	2	2	4,2
2	Чи бувають у вас повторювані, тривожні сни про стресовий досвід з минулого?	0	0	0	3	2	4,4
3	Чи трапляється, що ви раптово дієте або відчуваєте, наче стресовий досвід знову відбувається (якщо ви знову переживаєте його)?	0	2	0	0	3	3,8
4	Чи відчуваєте ви дуже сильне занепокоєння, коли щось нагадує вам про стресовий досвід з минулого?	0	2	0	2	1	3,4
5	Чи маєте ви фізичні реакції (наприклад, серцебиття, труднощі з диханням або потовиділення), коли щось нагадує вам про стресовий досвід з минулого?	0	0	0	3	2	4,4
6	Чи уникаєте ви думок або розмов про стресовий досвід з минулого або уникання почуттів, пов'язаних з ним?	0	0	0	4	1	4,2
7	Чи уникаєте ви діяльності або ситуацій, які нагадують вам про стресовий досвід з минулого?	0	0	0	1	4	4,8
8	Чи маєте ви труднощі з запам'ятовуванням важливих частин стресового досвіду з минулого?	0	1	1	1	2	3,8
9	Чи втратили ви інтерес до речей, які раніше вам подобалися?	1	2	0	1	1	2,8
10	Чи відчуваєте ви себе відстороненим або відрізнаним від інших людей?	2	0	0	1	2	3,2
11	Чи відчуваєте ви емоційну нечутливість або не здатні мати люблячі почуття до тих, хто поруч з вами?	0	0	0	1	4	4,8
12	Чи відчуваєте ви, наче ваше майбутнє якимось чином буде скорочене?	0	0	1	1	3	4,4
13	Чи маєте ви труднощі з засинанням або підтримкою сну?	0	0	0	4	1	4,2
14	Чи відчуваєте ви дратівливість або маєте спалахи гніву?	0	2	1	0	2	3,4
15	Чи маєте ви труднощі з концентрацією уваги?	0	2	1	1	1	3,2
16	Чи є ви "надмірно пильним" або постійно настороженим?	1	2	0	2	0	2,6
17	Чи відчуваєте ви нервовість або легке перелякання?	0	2	2	1	0	2,8

Труднощі з концентрацією уваги отримали середнє значення 3.2, що вказує на помірний рівень цього симптому. Питання про "надмірну пильність" або постійну настороженість мало середній бал 2.6, що свідчить про помірний рівень цього симптому. Нервовість або легке перелякання мали середній бал 2.8, що вказує на помірний рівень цього симптому. Таким чином, результати показують, що діти, які не отримали психологічну допомогу, демонструють високий рівень симптомів PTSD. Це підкреслює важливість надання психологічної підтримки

дітям, які пережили травматичні події, для зниження рівня симптомів PTSD та покращення їхнього емоційного стану.

Загальний огляд результатів показує значні відмінності між двома групами. Діти, які отримали психологічну допомогу, демонструють значно нижчі середні значення симптомів PTSD у порівнянні з дітьми, які не отримали такої допомоги. У групі 1 середні значення варіюються від 1.2 до 2.6, тоді як у групі 2 – від 2.6 до 4.8. Для першого питання ("Чи бувають у вас повторювані, тривожні спогади, думки або образи стресового досвіду з минулого?") середнє значення у групі 1 склало 1.8, тоді як у групі 2 – 4.2. Це свідчить про те, що діти, які не отримали психологічної допомоги, значно частіше мають тривожні спогади. Друге питання ("Чи бувають у вас повторювані, тривожні сни про стресовий досвід з минулого?") показало ще більшу різницю: 1.4 у групі 1 і 4.4 у групі 2. Це вказує на те, що тривожні сни значно частіше турбують дітей, які не отримали допомоги. Для питання "Чи трапляється, що ви раптово дієте або відчуваєте, наче стресовий досвід знову відбувається?" середнє значення у групі 1 було 1.8, а у групі 2 – 3.8. Це свідчить про вищу частоту таких епізодів у групі 2. Питання про дуже сильне занепокоєння при нагадуванні про стресовий досвід показало середнє значення 1.8 у групі 1 і 3.4 у групі 2, що знову ж таки вказує на вищий рівень занепокоєння у групі 2. Фізичні реакції, такі як серцебиття або потовиділення, також були більш виражені у групі 2 з середнім значенням 4.4 порівняно з 2.2 у групі 1. Уникання думок і розмов про стресовий досвід було більш частим у групі 2 (середнє значення 4.2) порівняно з групою 1 (1.8). Аналогічно, уникання діяльності або ситуацій, що нагадують про стресовий досвід, було значно частішим у групі 2 (4.8) порівняно з групою 1 (1.4). Труднощі з запам'ятовуванням важливих частин стресового досвіду мали середнє значення 3.8 у групі 2 і 1.8 у групі 1, що вказує на більшу вираженість цього симптому у дітей, які не отримали психологічної допомоги.



**Рис 2.4. Результати методики: перевірка PTSD – версія для цивільних (PCL-C.)  
зведені дані середніх показників групи 1 та 2**

Втрати інтересу до речей, які раніше подобались дітям, показали середнє значення 2.8 у групі 2 і 2.6 у групі 1, що свідчить про дещо більший рівень втрати інтересу у дітей без допомоги. Відчуття відстороненості від інших людей було більш вираженим у групі 2 (3.2) порівняно з групою 1 (1.8). Емоційна нечутливість або нездатність мати люблячі почуття до оточуючих мали середнє значення 4.8 у групі 2 і 1.8 у групі 1, що свідчить про високу частоту цього симптому у групі 2. Питання про відчуття, що майбутнє буде скорочене, отримало середнє значення 4.4 у групі 2 і 1.4 у групі 1, що вказує на значні страхи щодо майбутнього у дітей без допомоги. Труднощі з засинанням або підтримкою сну мали середнє значення 4.2 у групі 2 і 1.2 у групі 1, що вказує на високу частоту цих проблем у дітей без допомоги. Дратівливість та спалахи гніву отримали середній бал 3.4 у групі 2 і 2.2 у групі 1, що свідчить про більший рівень цього симптому у групі 2. Труднощі з концентрацією уваги отримали середнє значення 3.2 у групі 2 і 1.6 у групі 1, що вказує на більшу вираженість цього симптому у дітей без допомоги. Питання про "надмірну пильність" або постійну настороженість мало середнє значення 2.6 у групі 2 і 1.8 у групі 1, що свідчить про більшу частоту цього симптому у групі 2. Нервовість або легке перелякання мали середнє значення 2.8 у групі 2 і 1.6 у групі 1, що також вказує на більший рівень цього симптому у дітей без допомоги.

Для оцінки кореляції між середніми значеннями симптомів PTSD у двох групах (група 1 та група 2) використано коефіцієнт кореляції Пірсона. Кореляція

Пірсона дозволяє оцінити, наскільки сильним є лінійний зв'язок між двома змінними. Наша гіпотеза полягала в тому, що діти, які не отримали психологічну допомогу, матимуть вищий рівень симптомів PTSD порівняно з дітьми, які отримали таку допомогу. Кореляційний аналіз на основі коефіцієнта Пірсона підтвердив цю гіпотезу. Негативне значення коефіцієнта кореляції  $-0.395$  свідчить про помірно негативний зв'язок між середніми значеннями симптомів PTSD у двох групах. Це означає, що в групі, де діти отримали психологічну допомогу, симптоми PTSD знижені, тоді як у групі, де діти не отримали допомогу, симптоми підвищені. Негативна кореляція свідчить про те, що зменшення рівня симптомів PTSD у групі 1 (діти, які отримали допомогу) пов'язане зі збільшенням рівня симптомів PTSD у групі 2 (діти, які не отримали допомогу). Це вказує на те, що психологічна допомога має значний позитивний вплив на зниження симптомів PTSD у дітей. Таким чином, наша гіпотеза підтверджується, оскільки результати показують, що діти, які отримали психологічну допомогу, демонструють значно нижчий рівень симптомів PTSD порівняно з тими, хто не отримав такої допомоги. Значення кореляції підкреслює важливість надання психологічної підтримки дітям, які пережили травматичні події, для покращення емоційного стану та зниження рівня стресових симптомів. Це підтверджує, що психологічна допомога є ефективним засобом для зменшення симптомів PTSD та сприяння емоційному відновленню дітей, які перебували у стресових умовах.

## **Висновки до розділу II**

У розділі дослідження були застосовані дві методик для оцінки психологічного стану дітей, які пережили травматичні події під час війни: методика "Перевірка PTSD – версія для цивільних (PCL-C)" та "Дитяча шкала впливу подій (CRIES-8)". Метою було порівняння рівня посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед дітей, які отримали психологічну допомогу, та тих, які не отримали такої допомоги. Аналіз даних показав значні відмінності між двома групами. Діти, які отримали психологічну допомогу (Група 1), мали значно нижчі середні

показники за всіма симптомами ПТСР порівняно з дітьми, які не отримали допомогу (Група 2). Середні значення за питаннями у Групі 1 варіювалися від 1,2 до 2,6, тоді як у Групі 2 ці значення були значно вищими, варіюючись від 2,6 до 4,8. Кореляційний аналіз за методикою Пірсона між середніми значеннями симптомів ПТСР у двох групах дав значення  $-0.395-0.395-0.395$ . Це свідчить про помірно негативний зв'язок між рівнями симптомів ПТСР у двох групах, що підтверджує гіпотезу про позитивний вплив психологічної допомоги на зниження рівня ПТСР у дітей. Застосування методики PCL-C показало, що діти, які отримали психологічну допомогу, мають значно нижчий рівень симптомів ПТСР. Наприклад, середнє значення за питанням про повторювані тривожні спогади було 1,8 у Групі 1 і 4,2 у Групі 2. Питання про фізичні реакції на нагадування про стресовий досвід мали середнє значення 2,2 у Групі 1 і 4,4 у Групі 2, що свідчить про значно вищий рівень стресових симптомів у дітей, які не отримали допомоги. Методика CRIES-8 також показала значні відмінності між двома групами. Діти, які отримали психологічну допомогу, рідше стикаються з інтрузивними думками та униканням ситуацій, що нагадують про травматичні події. Наприклад, середнє значення за питанням про намагання прибрати подію зі своєї пам'яті було 1,4 у Групі 1 і 3,2 у Групі 2. Це вказує на те, що діти, які не отримали допомоги, частіше намагаються витіснити травматичні спогади. Отримані результати підтверджують гіпотезу про те, що діти, які не отримали психологічної допомоги, мають вищий рівень симптомів ПТСР порівняно з дітьми, які отримали таку допомогу. Негативне значення коефіцієнта кореляції  $-0.395-0.395-0.395$  свідчить про те, що зменшення рівня симптомів ПТСР у Групі 1 пов'язане зі збільшенням рівня симптомів ПТСР у Групі 2. Це підтверджує важливість та ефективність психологічної підтримки для зниження симптомів ПТСР та покращення психологічного благополуччя дітей. Емпіричне дослідження підтвердило, що надання психологічної допомоги є ефективним засобом для зменшення симптомів ПТСР у дітей, які пережили травматичні події під час війни. Це підкреслює необхідність забезпечення доступу до психологічної підтримки та розробки програм для дітей, що зазнали впливу воєнних дій, для покращення їхнього психічного здоров'я та адаптації.



## **РОЗДІЛ III. РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ ПОКРАЩЕННЯ РІВНЯ ДИТЯЧОГО СПРИЙМАННЯ ХВОРОБИ ТА СМЕРТІ ПІД ЧАС ВІЙНИ**

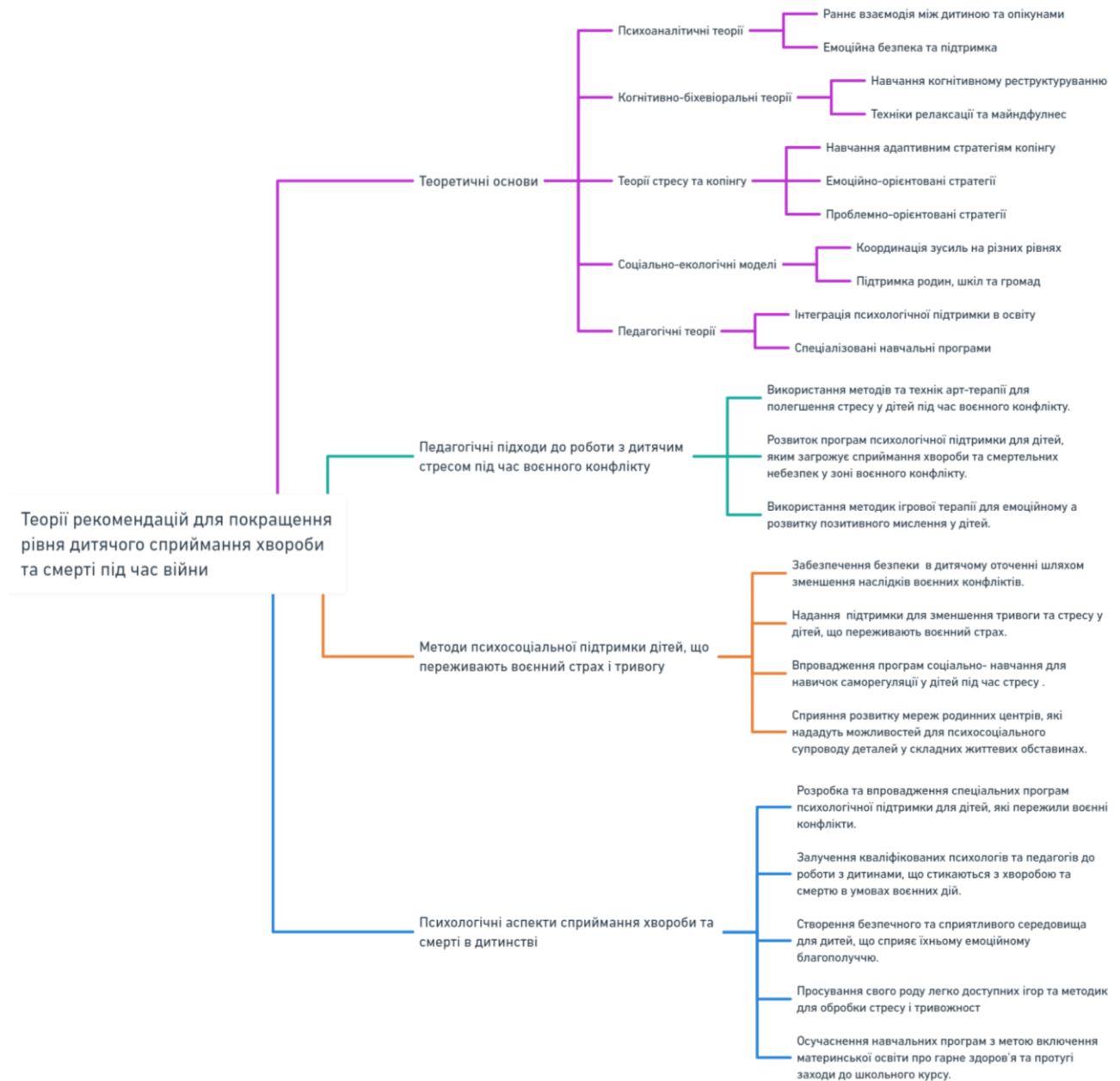
### **3.1. Теоретична основа формування рекомендацій для покращення рівня дитячого сприймання хвороби та смерті під час війни**

Формування рекомендацій для покращення рівня дитячого сприймання хвороби та смерті під час війни ґрунтується на кількох теоретичних основах, які охоплюють психологічні, соціальні та педагогічні аспекти. Нижче наведено основні теоретичні положення, які формують основу для розробки ефективних рекомендацій. Психоаналітичні теорії, такі як теорія об'єктних відносин Мелані Кляйн та теорія прив'язаності Джона Боулбі, підкреслюють важливість ранніх взаємодій між дитиною та опікунами. Ці теорії стверджують, що діти розвивають свою здатність до емоційного регулювання та подолання стресу через надійні та стабільні стосунки з дорослими. У контексті війни, підтримка цих відносин є критично важливою для зниження тривоги та страху у дітей. Когнітивно-біхевіоральні теорії, розроблені такими вченими як Аарон Бек та Альберт Елліс, фокусуються на тому, як мислення впливає на емоції та поведінку. Застосування цих теорій у роботі з дітьми під час війни передбачає навчання їх навичкам когнітивного реструктурування, що дозволяє змінювати негативні думки на більш позитивні та конструктивні. Це сприяє зниженню рівня тривожності та депресії у дітей, які стикаються з хворобою та смертю близьких. Теорії стресу та копіngu, запропоновані Річардом Лазарусом та Сьюзан Фолкман, досліджують, як люди оцінюють стресові події та які стратегії використовують для подолання стресу. У контексті війни, діти потребують адаптивних стратегій копіngu, які допоможуть їм справлятися з хворобою та втратою. Це можуть бути як емоційно-орієнтовані стратегії, так і проблемно-орієнтовані стратегії, що сприяють активному вирішенню проблеми. Соціально-екологічні моделі, такі як модель Урі Бронфенбреннера, підкреслюють важливість різних рівнів впливу на розвиток дитини, включаючи мікросистему (сім'я, школа), мезосистему

(взаємодія між різними середовищами дитини), екзосистему (ширші соціальні контексти) та макросистему (культурні та соціальні норми). У контексті війни ці моделі акцентують на необхідності координації зусиль на різних рівнях для забезпечення підтримки дітей. Педагогічні теорії, зокрема ті, що стосуються кризової освіти, підкреслюють важливість створення безпечного та підтримуючого освітнього середовища для дітей. Вони також наголошують на значенні інтеграції психологічної підтримки в навчальний процес та розробки спеціалізованих програм, які допоможуть дітям розуміти та переживати свої емоції під час війни. Застосування теоретичних підходів забезпечує комплексний підхід до розробки рекомендацій, спрямованих на покращення рівня дитячого сприймання хвороби та смерті під час війни. Вони дозволяють створювати індивідуалізовані та контекстуально стратегії втручання, що враховують психологічні, соціальні та освітні потреби дітей у кризових ситуаціях. [53]

Інтеграція психоаналітичних теорій у практичні рекомендації передбачає створення стабільних і надійних взаємин між дітьми та їхніми опікунами. Важливим аспектом є забезпечення емоційної безпеки та підтримки через постійну присутність дорослих, які можуть допомогти дітям виразити свої емоції та почуття. Такі взаємини дозволяють дітям розвивати довіру та впевненість у світі навколо них, що сприяє їхньому психічному здоров'ю навіть у складних умовах війни. Застосування когнітивно-біхевіоральних технік включає навчання дітей навичкам саморегуляції та управління стресом. Наприклад, діти можуть навчитися виявляти та змінювати негативні автоматичні думки, замінюючи їх на більш адаптивні та конструктивні. Це може включати методи когнітивного реструктурування, а також техніки релаксації та майндфулнесу, які допомагають знижувати рівень тривожності та стресу. Практичне застосування цих технік може здійснюватися як у рамках індивідуальних сеансів з психологом, так і в групових заняттях. Використання теорій стресу та копінгу у практичних рекомендаціях передбачає навчання дітей адаптивним стратегіям подолання стресу. Це можуть бути як емоційно-орієнтовані стратегії, такі як розмови про

свої почуття з близькими або заняття творчістю, так і проблемно-орієнтовані стратегії, що включають активні дії для вирішення проблемних ситуацій.



**Рис. 3.1. Теоретична основа формування рекомендацій для покращення рівня дитячого сприймання хвороби та смерті під час війни**

Важливим є також навчання дітей технікам релаксації, таким як глибоке дихання або прогресивна м'язова релаксація, що допомагають знижувати фізичні прояви стресу. Соціально-екологічні моделі підкреслюють необхідність координації зусиль на різних рівнях для підтримки дітей під час війни. Це включає роботу не лише з дітьми, але й з їхніми роинами, школами та громадами. Наприклад, розробка та впровадження програм підтримки на рівні

шкіл, створення безпечних просторів для дітей у громадах, а також забезпечення доступу до ресурсів і підтримки на макрорівні. Важливою складовою є також взаємодія між різними інституціями та організаціями для створення комплексної системи підтримки. Педагогічні теорії вказують на важливість інтеграції психологічної підтримки в освітній процес. Це може включати створення спеціалізованих навчальних програм, які допоможуть дітям розуміти та управляти своїми емоціями. Наприклад, проведення занять з емоційного інтелекту, де діти вчаться розпізнавати та виражати свої емоції, а також розуміти емоції інших людей. Важливо також забезпечити навчання для вчителів, щоб вони могли ефективно підтримувати своїх учнів та надавати їм необхідну психологічну допомогу. Інтеграція цих теоретичних підходів у практичні рекомендації дозволяє створити ефективну систему підтримки для дітей, які пережили травматичні події під час війни. Вона включає як індивідуальні втручання, спрямовані на безпосередню роботу з дитиною, так і ширші системні заходи, що охоплюють родини, школи та громади. Такий підхід дозволяє врахувати всі аспекти психічного здоров'я дітей та забезпечити їм необхідну підтримку для подолання стресу та адаптації до складних життєвих умов.

Формування рекомендацій для покращення рівня дитячого сприймання хвороби та смерті під час війни ґрунтується на кількох теоретичних основах, які охоплюють психологічні, соціальні та педагогічні аспекти. Основні положення включають педагогічні підходи, методи психосоціальної підтримки та психологічні аспекти сприймання хвороби та смерті. Використання педагогічних підходів є ключовим для роботи з дитячим стресом під час воєнного конфлікту. Використання методів та технік арт-терапії допомагає полегшити стрес у дітей, забезпечуючи їм можливість виразити свої почуття через творчість. Розвиток програм психологічної підтримки спрямований на дітей, яким загрожує сприймання хвороби та смертельних небезпек у зоні воєнного конфлікту, що дозволяє їм отримати необхідну допомогу та підтримку. Ігрова терапія є ефективним засобом для емоційного розвитку та розвитку позитивного мислення

у дітей, допомагаючи їм справлятися з травматичними подіями. Інтеграція цих підходів у спеціалізовані навчальні програми забезпечує комплексну підтримку дітей, які постраждали від війни. Методи психосоціальної підтримки дітей, які переживають воєнний страх і тривогу, включають кілька важливих аспектів. Забезпечення безпеки в дитячому оточенні є першочерговим завданням, що допомагає зменшити наслідки воєнних конфліктів та створити сприятливі умови для дітей. Надання підтримки для зменшення тривоги та стресу у дітей, які переживають воєнний страх, включає як емоційну підтримку, так і навчання навичкам саморегуляції. Впровадження програм соціально-навчання допомагає дітям розвивати навички саморегуляції та справлятися з важкими життєвими ситуаціями. Розвиток мереж родинних центрів, які надають психосоціальну підтримку, забезпечує дітям доступ до необхідних ресурсів та підтримки. Ці центри сприяють створенню стабільного середовища для дітей, де вони можуть отримувати підтримку та допомогу від кваліфікованих спеціалістів.

Психологічні аспекти сприймання хвороби та смерті в дитинстві є важливим компонентом формування рекомендацій. Розробка та впровадження спеціальних програм психологічної підтримки для дітей, які пережили воєнні конфлікти, допомагає їм справлятися з травматичними подіями. Залучення кваліфікованих психологів та педагогів до роботи з дітьми, що стикаються з хворобою та смертю в умовах воєнних дій, є критично важливим для їхнього емоційного благополуччя. Створення безпечного та сприятливого середовища для дітей сприяє їхньому емоційному відновленню та забезпечує підтримку у складних ситуаціях. Використання легко доступних ігор та методик для обробки стресу і тривожності допомагає дітям краще справлятися з емоційними викликами. Осучаснення навчальних програм з метою включення материнської освіти про гігієну здоров'я та протикризові заходи до шкільного курсу сприяє покращенню загального благополуччя дітей. Інтеграція цих теоретичних

підходів у практичні рекомендації дозволяє створити ефективну систему підтримки для дітей, які пережили травматичні події під час війни.

### **3.2. Практичні рекомендації для покращення рівня сприймання хвороби та смерті під час війни у дитячому віці**

Для покращення рівня сприймання хвороби та смерті під час війни у дітей важливо створити безпечне та підтримуюче середовище. Це включає забезпечення фізичної безпеки, організацію безпечних просторів, де діти можуть почуватися захищеними від небезпеки, а також емоційну підтримку через постійну присутність і доступність дорослих, які можуть вислухати та підтримати дітей. Стабільність і передбачуваність у повсякденному житті також відіграють важливу роль, допомагаючи дітям відчувати контроль і впевненість у завтрашньому дні. Арт-терапія є ефективним методом для роботи з дітьми, які переживають травматичні події. Вона дозволяє дітям виражати свої емоції через творчість, що сприяє емоційному звільненню та зниженню рівня тривожності. Практичні рекомендації щодо арт-терапії включають індивідуальні та групові заняття, що сприяють соціалізації та взаємній підтримці дітей. Використання різноманітних художніх матеріалів та технік, таких як малювання, ліплення, аплікація, допомагає дітям виражати свої почуття і думки. Арт-терапевтичні заняття мають бути регулярними та проходити у безпечному середовищі.

Психокорекційні програми є ще одним важливим інструментом для підтримки дітей під час війни. Вони включають індивідуальні та групові сеанси з психологами, які спеціалізуються на роботі з дітьми, що пережили травматичні події. Основні компоненти таких програм:

- Когнітивно-біхевіоральна терапія (КБТ): навчання дітей навичкам когнітивного реструктурування, що допомагає змінювати негативні думки на більш позитивні та конструктивні.

- Техніки релаксації та майндфулнес: використання дихальних вправ, прогресивної м'язової релаксації та технік майндфулнес для зниження фізичних і емоційних проявів стресу.
- Емоційно-орієнтовані стратегії: навчання дітей способам виявлення та вираження емоцій, що сприяє зниженню рівня тривожності та депресії.
- Проблемно-орієнтовані стратегії: розвиток навичок вирішення проблем та адаптивних стратегій подолання стресу, що допомагає дітям більш конструктивно справлятися з життєвими труднощами.

Активна підтримка з боку родини та громади є важливим фактором у зниженні стресу у дітей. Батьки та опікуни повинні бути поінформовані про ефективні стратегії підтримки своїх дітей, включаючи техніки емоційної регуляції та комунікації. Розвиток мереж родинних центрів, які надають психосоціальну підтримку, забезпечує дітям доступ до необхідних ресурсів та допомоги. Такі центри можуть організовувати групові заняття для дітей та їхніх сімей, спрямовані на зміцнення сімейних зв'язків і розвиток навичок підтримки одне одного. Інтеграція психологічної підтримки в освітній процес є важливим аспектом роботи з дітьми під час війни. Вчителі та шкільні психологи повинні мати необхідні знання та навички для підтримки дітей у навчальному середовищі. Спеціалізовані навчальні програми можуть включати заняття з емоційного інтелекту, де діти вчаться розпізнавати та виражати свої емоції, а також розуміти емоції інших людей. Такі програми сприяють створенню безпечного та підтримуючого середовища, де діти можуть отримувати необхідну допомогу та підтримку для подолання стресу та адаптації до складних життєвих умов. Інтеграція цих підходів дозволяє створити комплексну систему підтримки, яка охоплює всі аспекти психічного здоров'я дітей, що пережили травматичні події під час війни. Це забезпечує їм необхідну підтримку для емоційного та соціального відновлення, сприяє їхньому психічному благополуччю та допомагає адаптуватися до нових умов життя.

Для покращення рівня сприймання хвороби та смерті під час війни у дітей необхідно реалізувати комплексні практичні заходи, що включають створення підтримуючого середовища, використання спеціалізованих психокорекційних програм та інтервенцій, інтеграцію психологічної підтримки в освітній процес, а також залучення сімей та громад до процесу підтримки.



**Рис. 3.2. Практичні рекомендації для покращення рівня дитячого сприймання хвороби та смерті під час війни**

1. Створення підтримуючого середовища. Одним з основних заходів є створення підтримуючого та безпечного середовища для дітей, які переживають травматичні події. Це передбачає:
  - Організацію безпечних зон: створення безпечних зон у школах, дитячих центрах та громадах, де діти можуть перебувати в атмосфері безпеки та стабільності.



- Емоційну підтримку: забезпечення постійної емоційної підтримки через кваліфікованих психологів та соціальних працівників, які можуть допомогти дітям виразити свої емоції та почуття.
  - Стабільність та передбачуваність: введення стабільних розпорядків дня та ритуалів, що допомагають дітям почуватися захищеними і впевненими у своєму оточенні.
2. Використання психокорекційних програм. психокорекційні програми є ефективним інструментом для допомоги дітям у подоланні травматичних подій. Конкретні заходи включають:
- Когнітивно-біхевіоральна терапія (КБТ): використання КБТ для навчання дітей навичкам зміни негативних мислительних патернів на позитивні. Ці заняття можуть проводитися індивідуально або в групах.
  - Техніки релаксації та майндфулнес: введення технік релаксації, таких як дихальні вправи та прогресивна м'язова релаксація, що допомагають знижувати рівень стресу. Практики майндфулнесу сприяють розвитку навичок емоційного регулювання.
  - Терапевтичні групи: організація групових терапевтичних занять, де діти можуть ділитися своїми переживаннями та отримувати підтримку від однолітків та фахівців.
3. Інтеграція психологічної підтримки в освіту. інтеграція психологічної підтримки в освітній процес є важливим компонентом для забезпечення психологічного благополуччя дітей. Основні заходи включають:
- Навчання вчителів та шкільних психологів: проведення тренінгів для вчителів та шкільних психологів з метою підвищення їх компетентності у наданні психологічної підтримки учням.
  - Спеціалізовані освітні програми: розробка та впровадження освітніх програм, що включають заняття з емоційного інтелекту, навичок управління стресом та розвитку соціально-емоційних компетенцій.

- Шкільні психологічні служби: створення та підтримка психологічних служб у школах, які можуть проводити індивідуальні та групові консультації для дітей, допомагаючи справлятися з емоційними викликами.
4. Залучення сімей та громад. активна участь сімей та громад у підтримці дітей є ключовим аспектом для забезпечення ефективної психологічної допомоги. Основні заходи включають:
- Освітні програми для батьків: проведення тренінгів та семінарів для батьків з метою навчання їх навичкам підтримки та ефективної комунікації з дітьми, які пережили травматичні події.
  - Родинні центри: створення центрів підтримки для сімей, де батьки можуть отримувати консультації та підтримку від фахівців, а також брати участь у групових заняттях разом з дітьми.
  - Громадські ініціативи: запровадження програм та заходів на рівні громад, які сприяють взаємодії та підтримці між сім'ями.
5. Моніторинг та оцінка ефективності заходів. Регулярний моніторинг та оцінка ефективності впроваджених заходів є важливими для забезпечення їх результативності. Основні заходи включають:
- Регулярне оцінювання стану дітей: проведення регулярних оцінок психічного стану дітей з метою визначення ефективності програм та внесення необхідних коректив.
  - Зворотний зв'язок: організація зворотного зв'язку з батьками, вчителями та дітьми для постійного вдосконалення програм підтримки.
  - Адаптація програм: модифікація та адаптація програм на основі отриманих даних та зворотного зв'язку для підвищення їхньої ефективності.

Реалізація зазначених практичних заходів дозволяє створити комплексну систему підтримки для дітей, які переживають хворобу та смерть під час війни. Це забезпечує їм необхідну підтримку для емоційного та соціального відновлення, сприяє їхньому психічному благополуччю та допомагає адаптуватися до нових умов життя. Інтеграція арт-терапії, психокорекційних

програм, активна підтримка з боку родини та громади, а також психологічна підтримка в освітньому процесі є ключовими компонентами цієї системи.

### **Висновки до розділу III**

Третій розділ дослідження зосереджений на формуванні рекомендацій, які мають на меті покращити рівень сприймання хвороби та смерті серед дітей в умовах війни. Аналіз теоретичних основ, що включають психоаналітичні теорії, когнітивно-біхевіоральні підходи, теорії стресу та копіngu, а також соціально-екологічні моделі, дозволив нам сформулювати комплексний підхід до надання психологічної допомоги дітям. У цьому розділі також розглянуто значення педагогічних підходів та залучення сімей і громад до процесу підтримки. Створення підтримуючого середовища: Важливо забезпечити дітям стабільне і безпечне середовище, де вони можуть почуватися захищеними. Це включає організацію безпечних зон у школах та громадах, надання емоційної підтримки кваліфікованими психологами та соціальними працівниками, а також впровадження стабільних розпорядків дня та ритуалів, які допоможуть дітям відновити почуття стабільності та безпеки. зниженню рівня стресу та розвитку навичок емоційного регулювання. Інтеграція психологічної підтримки в освітній процес: Проведення тренінгів для вчителів та шкільних психологів, розробка спеціалізованих освітніх програм, створення та підтримка шкільних психологічних служб є важливими складовими для забезпечення психологічного благополуччя дітей. Інтеграція психологічної підтримки в освітній процес сприяє розвитку соціально-емоційних компетенцій у дітей. Залучення сімей та громад: Активна участь сімей та громад у підтримці дітей є ключовим аспектом для забезпечення ефективної психологічної допомоги. Проведення освітніх програм для батьків, створення родинних центрів підтримки, запровадження громадських ініціатив сприяють створенню стійкої підтримуючої мережі. Моніторинг та оцінка ефективності заходів: Регулярний моніторинг та оцінка ефективності впроваджених заходів є важливими для забезпечення їх результативності. Це

включає проведення регулярних оцінок психічного стану дітей, організацію зворотного зв'язку з батьками, вчителями та дітьми, а також модифікацію програм на основі отриманих даних для підвищення їхньої ефективності. Загалом, реалізація цих практичних заходів дозволяє створити комплексну систему підтримки для дітей, які переживають хворобу та смерть під час війни. Інтеграція арт-терапії, психокорекційних програм, активна підтримка з боку родини та громади, а також психологічна підтримка в освітньому процесі є ключовими компонентами цієї системи, які забезпечують необхідну підтримку для емоційного та соціального відновлення дітей, сприяють їхньому психічному благополуччю та допомагають адаптуватися до нових умов життя.

## ВИСНОВКИ

Дослідження психологічних особливостей дитячого сприймання хвороби та смерті під час війни виявило суттєвий вплив військових подій на психічне здоров'я дітей. Виявлено, що діти, які переживають хворобу та смерть близьких у контексті війни, демонструють високий рівень симптомів посттравматичного стресового розладу (PTSD). Результати дослідження свідчать про критичну важливість надання психологічної допомоги для зниження рівня посттравматичного стресу та підтримки емоційного відновлення дітей. Діти, які пережили травматичні події під час війни, виявляють високий рівень психологічних проблем, включаючи підвищену тривожність, депресію та симптоми PTSD. Аналіз літератури та емпіричні дані показали, що хвороба та смерть близьких під час війни значно підвищують ризик розвитку цих психологічних проблем. Порівняльний аналіз груп дітей, які отримали психологічну допомогу, та тих, хто її не отримав, показав значні відмінності в рівні симптомів PTSD. Діти, які отримали допомогу, мали значно нижчі показники симптомів PTSD, що свідчить про ефективність надання психологічної підтримки. Психологічна допомога допомагає знизити рівень стресу, покращити емоційний стан дітей та сприяє їхньому адаптивному функціонуванню. Кореляційний аналіз підтвердив негативний зв'язок між наявністю психологічної підтримки та рівнем симптомів PTSD. Це свідчить про те, що своєчасна та адекватна психологічна допомога є ключовим фактором у зниженні симптомів посттравматичного стресу у дітей, які пережили травматичні події під час війни. Розроблені на основі теоретичних підходів та результатів емпіричного дослідження рекомендації включають:

Створення підтримуючого середовища: організація безпечних зон у школах, дитячих центрах та громадах, забезпечення емоційної підтримки через кваліфікованих психологів та соціальних працівників, введення стабільних розпорядків дня та ритуалів для підтримання стабільності та передбачуваності в житті дітей. Використання психокорекційних програм: впровадження

когнітивно-біхевіоральної терапії (КБТ) для навчання дітей навичкам зміни негативних мислительних патернів, використання технік релаксації та майндфулнес для зниження рівня стресу, організація групових терапевтичних занять для підтримки емоційного здоров'я. Інтеграція психологічної підтримки в освітній процес: проведення тренінгів для вчителів та шкільних психологів, розробка спеціалізованих освітніх програм, створення та підтримка шкільних психологічних служб, що забезпечують індивідуальні та групові консультації для дітей. Залучення сімей та громад: проведення освітніх програм для батьків, створення родинних центрів підтримки, запровадження громадських ініціатив для взаємодії та підтримки між сім'ями, що допомагає створити стійку мережу підтримки для дітей. Моніторинг та оцінка ефективності заходів: регулярне оцінювання психічного стану дітей, організація зворотного зв'язку з батьками, вчителями та дітьми, модифікація програм на основі отриманих даних для підвищення їхньої ефективності.

Перший розділ дослідження присвячений теоретичним та методологічним аспектам аналізу психологічних особливостей дитячого сприймання хвороби та смерті в умовах війни. Проведено аналіз наявної літератури, що стосується психологічного впливу війни на дітей, їх емоційні та поведінкові реакції. Визначено ключові теоретичні підходи, які включають психоаналітичні теорії, когнітивно-біхевіоральні моделі, теорії стресу та копінгу, а також соціально-екологічні моделі розвитку. Цей розділ закладає фундамент для подальшого емпіричного дослідження, забезпечуючи розуміння основних механізмів, через які війна впливає на дітей. Другий розділ зосереджений на емпіричному дослідженні психологічного стану дітей, які пережили травматичні події під час війни. Використані дві основні методики: "Перевірка PTSD – версія для цивільних (PCL-C)" та "Дитяча шкала впливу подій (CRIES-8)". Аналіз даних показав значні відмінності між двома групами дітей: ті, що отримали психологічну допомогу, мали значно нижчі середні показники симптомів PTSD порівняно з дітьми, які не отримали допомогу. Кореляційний аналіз підтвердив негативний зв'язок між наявністю психологічної підтримки та рівнем симптомів

PTSD, що свідчить про ефективність надання психологічної допомоги для зниження симптомів посттравматичного стресу. Третій розділ пропонує практичні рекомендації для покращення рівня сприймання хвороби та смерті у дітей під час війни. Визначені основні напрями роботи включають створення підтримуючого середовища, використання спеціалізованих психокорекційних програм та інтеграцію психологічної підтримки в освітній процес. Залучення сімей та громад також відіграє ключову роль у підтримці дітей. Практичні заходи включають організацію безпечних зон, емоційну підтримку, навчання технік релаксації та майндфулнесу, проведення групових терапевтичних занять та тренінгів для вчителів і батьків. Регулярний моніторинг та оцінка ефективності впроваджених заходів забезпечують їхню результативність.

Дослідження показало, що діти, які отримали психологічну допомогу після переживання хвороби чи смерті під час війни, демонструють значно нижчі показники симптомів PTSD порівняно з дітьми, які не отримали такої допомоги. Психологічна підтримка є важливою для зниження рівня посттравматичного стресу та сприяння емоційному відновленню дітей. Розроблені практичні рекомендації включають комплексні заходи, що охоплюють психологічні, соціальні та педагогічні аспекти підтримки. Реалізація цих заходів дозволить створити ефективну систему підтримки для дітей, які пережили травматичні події, забезпечуючи їм необхідну допомогу для адаптації та покращення психічного здоров'я. Дослідження показало, що війна значно впливає на психічне здоров'я дітей, підвищуючи ризик розвитку симптомів PTSD, тривожності та депресії. Виявлено, що діти, які отримали психологічну допомогу, мають нижчі показники симптомів PTSD, що свідчить про важливість своєчасного надання підтримки. Розроблені Рекомендації включають комплексні заходи, спрямовані на, використання психокорекційних програм, інтеграцію психологічної підтримки в освітній процес та залучення сімей і громад. Реалізація цих рекомендацій сприятиме покращенню психічного здоров'я дітей, які пережили хворобу та смерть під час війни, допоможе їм адаптуватися до нових умов життя.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ТА ЛІТЕРАТУРИ**

1. Budzyna D., Buckley D. Cognitive Development in School Age. Remixing Open Textbooks through an Equity Lens (ROTEL). URL: <https://rotel.pressbooks.pub/whole-child/chapter/cognitive-development-in-school-age/> (дата звернення: 14.03.2024).
2. Catani C. Mental health of children living in war zones: a risk and protection perspective. *World Psychiatry*. 2018. Т. 17, № 1. С. 104–105. URL: <https://doi.org/10.1002/wps.20496> (дата звернення: 04.05.2024).
3. Chachar A. S., Younus S., Ali W. Developmental Understanding of Death and Grief Among Children During COVID-19 Pandemic: Application of Bronfenbrenner's Bioecological Model. *Frontiers in Psychiatry*. 2021. Т. 12. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.654584> (дата звернення: 04.05.2024).
4. Children's Global Assessment Scale (CGAS) in a naturalistic clinical setting: Inter-rater reliability and comparison with expert ratings / A. Lundh та ін. *Psychiatry Research*. 2010. Т. 177, № 1-2. С. 206–210. URL: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.02.006> (дата звернення: 04.05.2024).
5. de Jong J. Trauma, war, and violence : public mental health in socio-cultural context. New York : Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2002. 454 p. URL: <https://archive.org/details/traumawarviolenc0000unse>.
6. Empirical Research: Definition, Methods, Types and Examples. QuestionPro. URL: <https://www.questionpro.com/blog/empirical-research/> (дата звернення: 04.05.2024).
7. Garbarino J. Lost boys: Why our sons turn violent and how we can save them. New York : Free Press, 1999. 274 p. URL: <https://archive.org/details/lostboyswhyourso0000garb> (date of access: 04.05.2024).
8. Hazer L., Gredebäck G. The effects of war, displacement, and trauma on child development. *Humanities and Social Sciences Communications*. 2023. Vol. 10,



- no. 1. URL: <https://doi.org/10.1057/s41599-023-02438-8> (date of access: 02.05.2024).
9. Institute of Medicine, National Research Council. Child Development and Early Learning. Transforming the Workforce for Children Birth Through Age 8 / ред.: A. LaRue, K. Bridget B. Washington, 2015. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK310550/> (дата звернення: 14.03.2024).
  10. Ji C., Pan Y. Infant Vocal Tract Development Analysis and Diagnosis by Cry Signals with CNN Age Classification. 2021 International Conference on Speech Technology and Human-Computer Dialogue (SpED), м. Bucharest, Romania, 13–15 жовт. 2021 р. 2021. URL: <https://doi.org/10.1109/sped53181.2021.9587391> (дата звернення: 13.03.2024).
  11. Kendra E D. War and children : a reference handbook. Santa Barbara, Calif : Praeger Security International, 2010. 204 p. URL: <https://archive.org/details/warchildrenrefer0000dupu> (date of access: 04.05.2024).
  12. Kubler-Ross E. The wheel of life: A memoir of living and dying. London : Bantam Books, 1998. 287 p. URL: <https://archive.org/details/wheeloflifememoui0000kubl> (date of access: 04.05.2024).
  13. Living through war: Mental health of children and youth in conflict-affected areas. International Review of the Red Cross. URL: [https://international-review.icrc.org/articles/living-through-war-mental-health-children-and-youth-conflict-affected-areas#footnote3\\_ezulsw8](https://international-review.icrc.org/articles/living-through-war-mental-health-children-and-youth-conflict-affected-areas#footnote3_ezulsw8) (дата звернення: 04.05.2024).
  14. Lockman J. J., Tamis-LeMonda C. S. Young Children's Interactions with Objects: Play as Practice and Practice as Play. Annual Review of Developmental Psychology. 2021. Т. 3, № 1. URL: <https://doi.org/10.1146/annurev-devpsych-050720-102538> (дата звернення: 13.03.2024).
  15. M. Ardoin N., W. Bowers A. Early childhood environmental education: A systematic review of the research literature. Educational Research Review. 2020. № 31. С. 1–16. URL:

- <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1747938X19305561> (дата звернення: 14.03.2024).
16. Machel G. *The Impact of War on Children*. London : Hurst, 2001. 230 p. URL: [https://archive.org/details/impactofwaronchi0000mach\\_h2j5](https://archive.org/details/impactofwaronchi0000mach_h2j5) (date of access: 04.05.2024).
  17. Murray C. J. L. Armed conflict as a public health problem. *BMJ*. 2002. Vol. 324, no. 7333. P. 346–349. URL: <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7333.346> (date of access: 02.05.2024).
  18. Murthy R. S., Lakshminarayana R. Mental health consequences of war: a brief review of research findings. *World Psychiatry*. 2006. No. 5(1). P. 25–30. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1472271/> (date of access: 03.05.2024).
  19. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. *The Promise of Adolescence: Realizing Opportunity for All Youth*. Washington, D.C. : The National Academies Press, 2019. 492 с. URL: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK545481/pdf/Bookshelf\\_NBK545481.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK545481/pdf/Bookshelf_NBK545481.pdf) (дата звернення: 15.03.2024).
  20. Post-traumatic Stress Disorder Checklist (PCL). URL: [https://www.mirecc.va.gov/docs/visn6/3\\_ptsd\\_checklist\\_and\\_scoring.pdf](https://www.mirecc.va.gov/docs/visn6/3_ptsd_checklist_and_scoring.pdf) (дата звернення: 04.05.2024).
  21. Psychological Consequences of War Trauma and Postwar Social Stressors in Women in Bosnia and Herzegovina / M. Klarić et al. *Croat Med Journal*. 2007. No. 48(2). P. 167–176. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2080525/> (date of access: 02.05.2024).
  22. *Psychosocial Theory | Lifespan Development*. Lumen Learning – Simple Book Production. URL: <https://courses.lumenlearning.com/wm-lifespandevelopment/chapter/erikson-and-psychosocial-theory/> (дата звернення: 12.03.2024).

23. Qualitative Research Methods in Mental Health. *BMJ Mental Health*. URL: <https://mentalhealth.bmj.com/content/13/2/35> (дата звернення: 04.05.2024).
24. Revised Child Impact of Events Scale (CRIES-8). URL: [https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/cries8\\_ukr\\_1.pdf](https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/cries8_ukr_1.pdf) (дата звернення: 04.05.2024).
25. Screening for Trauma in Pediatric Primary Care / В. Keeshin та ін. *Current Psychiatry Reports*. 2020. Т. 22, № 11. URL: <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01183-y> (дата звернення: 04.05.2024).
26. Speece M. W. Children's Concepts of Death. *Michigan Family Review*. 1995. Vol. 01, no. 1. P. 57. URL: <https://doi.org/10.3998/mfr.4919087.0001.107> (date of access: 04.05.2024).
27. Structural Learning. Cognitive Development in Infancy. *Structural Learning | Advancing Metacognitive Classroom Practice*. URL: <https://www.structural-learning.com/post/cognitive-development-in-infancy> (дата звернення: 13.03.2024).
28. Summerfield D. The Impact of War and Atrocity on Civilian Populations: Basic Principles for NGO Interventions and a Critique of Psychosocial Trauma Projects. London : Overseas Development Institute, 1996. 51 p. URL: <https://www.files.ethz.ch/isn/97846/networkpaper014.pdf> (date of access: 02.05.2024).
29. The Mental Health Effects of War: Backed by Science. University of Utah Health | University of Utah Health. URL: <https://healthcare.utah.edu/hmhi/news/2022/03/mental-health-effects-of-war-backed-science> (date of access: 02.05.2024).
30. Traumatic Childhood Experiences in the 21st Century / J. K. P. Greeson et al. *Journal of Interpersonal Violence*. 2013. Vol. 29, no. 3. P. 536–556. URL: <https://doi.org/10.1177/0886260513505217> (date of access: 16.05.2024).
31. UNICEF. Ранній розвиток дитини. Як розвивається малюк від народження до трьох років : посібник. Київ : Благод. фонд «Ін-т ран. втручання», 2015. 80 с. URL: <https://www.unicef.org/ukraine/media/13461/file/Early%20child%20development.pdf> (дата звернення: 14.03.2024).

32. Видра О. Г. Вікова та педагогічна психологія : навч. посіб. Київ : Центр учб. літ., 2011. 112 с. URL: [https://libzv1960.ucoz.com/vidra-vikova\\_ta\\_ped-psikh..pdf](https://libzv1960.ucoz.com/vidra-vikova_ta_ped-psikh..pdf) (дата звернення: 14.03.2024).
33. Вплив війни на психічне здоров'я дітей. War Childhood Museum Ukraine. URL: <https://warchildhood.org/ua/impact-of-war-on-childrens-mental-health/> (дата звернення: 04.05.2024).
34. Гаркавенко Н., Доскач С. Психологічні особливості ставлення молоді до смерті в період війни. Молодий вчений. 2023. № 2 (114). С. 47–50. URL: <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2023-2-114-9> (дата звернення: 03.05.2024).
35. Гуменюк Г. Криза першого року життя. НАПН України. URL: <https://naps.gov.ua/ua/press/method/1650/> (дата звернення: 13.03.2024).
36. Гуцало Е. Гуцало ВП 6.1. Загальна характеристика розвитку молодшого школяра. Анатомо-фізіологічні особливості дітей молодшого шкільного віку. – Вікі ЦДУ. Вікі ЦДУ. URL: <http://surl.li/rrnoi> (дата звернення: 14.03.2024).
37. Діти і війна : монографія / В. Зливков та ін. Київ.-Ніжин : ПП Лисенко М.М., 2023. 221 с. URL: [https://opac.kpi.ua/estorage/i/Dity\\_i\\_viina\\_2022\\_VL\\_Zlyvkov.pdf](https://opac.kpi.ua/estorage/i/Dity_i_viina_2022_VL_Zlyvkov.pdf) (дата звернення: 04.05.2024).
38. Дуткевич Т. В. Дитяча психологія : навч. посіб. Київ : Центр учб. літ., 2012. 424 с. URL: [https://shron1.chtyvo.org.ua/Dutkevych\\_Tetiana/Dytiacha\\_psykholohiia.pdf](https://shron1.chtyvo.org.ua/Dutkevych_Tetiana/Dytiacha_psykholohiia.pdf) (дата звернення: 14.03.2024).
39. Захарова Н. Адаптація дітей дошкільного віку до сучасного соціального простору : монографія. Донецьк : Ноулідж, 2010. 218 с. URL: <http://dnz430.edu.kh.ua/Files/downloads/Zakharova%20N.M.%20Adaptatsiya%20ditey%20doshkil'noho%20viku%20do%20suchasnoho%20sotsial'noho%20prostoru.pdf> (дата звернення: 14.03.2024).
40. Кодацька С. М. Морфофункціональні й психофізіологічні особливості підліткового віку. Здоровий спосіб життя – здорова нація – здорове суспільство : зб. тез доп. I Всеукр. наук.-практ. конф., м. Кіровоград, 8–9 квіт. 2010 р. Кіровоград, 2010. С. 61–62. URL:

- <https://dspace.kntu.kr.ua/server/api/core/bitstreams/981d7056-bc47-40fa-ae5a-02671193d8b6/content> (дата звернення: 15.03.2024).
41. Конвенція про права дитини : Конвенція Орг. Об'єдн. Націй від 20.11.1989 р. : станом на 16 листоп. 2023 р. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_021#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_021#Text) (дата звернення: 12.03.2024).
  42. Корсіні Р., Ауербах А. Перцептивні здібності немовляти (здібності сприйняття немовлят). Психологічна енциклопедія. URL: [http://psih.pp.ua/14208\\_перцептивні\\_здібності\\_немовлят\\_infant\\_perceptual\\_abilities.html](http://psih.pp.ua/14208_перцептивні_здібності_немовлят_infant_perceptual_abilities.html) (дата звернення: 13.03.2024).
  43. Кутішенко В. П. Вікова та педагогічна психологія (курс лекцій) : навч. посіб. Київ : Центр учб. літ., 2010. 128 с. URL: [https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/5696/1/V\\_Kutishenko\\_VPP%20\(KL\).pdf](https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/5696/1/V_Kutishenko_VPP%20(KL).pdf) (дата звернення: 14.03.2024).
  44. Лекція «Особливості психічного розвитку в різні вікові періоди». URL: <https://psychology.karazin.ua/dist2020/materialy/Guliaeva/8.pdf> (дата звернення: 15.03.2024).
  45. Лотоцька Л., Лотоцька-Дудик У., Брейдак Ю. Психічне здоров'я молоді в умовах військових конфліктів. *Viae Educationis*. 2022. Т. 1, № 3. С. 54–61. URL: <https://czasopisma.marszalek.com.pl/images/pliki/ve/3/ve305.pdf> (дата звернення: 03.05.2024).
  46. Мирончак К. В. Дослідження страху смерті: труднощі та перспективи. *Психологічні науки: проблеми і здобутки* : зб. наук. статей. 2015. С. 161–175. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/10939/1/Мирончак%20К.В.-стаття-Дослідження%20страху%20смерті.pdf> (дата звернення: 03.05.2024).
  47. Підчасов Є. В., Чепелева Н. І. Стресові стани дитини під час війни. *Особистість, суспільство, війна* : Тези доп. учасників міжнар. психол. форуму, м. Харків, 15 квіт. 2022 р. Харків, 2022. С. 93–95. URL: <https://dspace.univd.edu.ua/server/api/core/bitstreams/7bdfb52e-2b59-4fe5-a698-d68202761fd8/content> (дата звернення: 04.05.2024).

48. Про охорону дитинства : Закон України від 26.04.2001 р. № 2402-III : станом на 5 жовт. 2023 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2402-14#Text> (дата звернення: 18.03.2024).
49. Томчук М., Яцюк М. Соціально-психологічна підтримка дітей, які переживають батьківську втрату : навч.-метод. посіб. Вінниця : КВНЗ «Вінн. акад. неперерв. освіти», 2016. 58 с. URL: <https://dnmcps.com.ua/sites/default/files/2020-01/28/1-6/Соціально-психологічна%20підтримка%20дітей,%20які%20переживають%20батьківську%20втрату.pdf> (дата звернення: 04.05.2024).
50. Федорова М. Дошкільна лінгводидактика : навч. посіб. Житомир : ФОП Левковець, 2022. 313 с. URL: <http://eprints.zu.edu.ua/34074/1/Посібник%20Дошк%20лінгводидактикаСАЙТ.pdf> (дата звернення: 14.03.2024).
51. Хартія прав дитини, яка помирає. Триєстська хартія. Фундація Маруцци Лефевр Д'Овідіо. URL: [https://fondazionemaruzza.org/wp-content/uploads/2021/06/CARTA\\_TRIESTE\\_UKR\\_30\\_GIU\\_2017\\_01.pdf](https://fondazionemaruzza.org/wp-content/uploads/2021/06/CARTA_TRIESTE_UKR_30_GIU_2017_01.pdf) (дата звернення: 04.05.2024).
52. Чапюк Ю. С. Молодший шкільний вік як сензитивний період щодо розвитку творчого мислення: теоретичні аспекти. Innovative solutions in modern science. 2016. Т. 1, № 1. С. 1–15. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/145611713.pdf> (дата звернення: 14.03.2024).
53. Чепурко, О. Клименко О., Привалов Ф., Трофименко О. Поведінкові стратегії населення в умовах поширення соціально небезпечних хвороб. ГКиїв: Інститут соціології НАН України. 2023. 223 с.
54. Яблонська Т. Вікові та індивідуально-психологічні особливості як чинник самовдосконалення особистості. Проблеми гуманітарних наук : збірник наукових праць Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка. Серія „Психологія”. 2015. № 37. С. 28–39. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/10969/1/Стаття%20Яблонська2.pdf> (дата звернення: 15.03.2024).

## ДОДАТКИ

Додаток А

### МЕТОДИКА: ДИТЯЧА ШКАЛА ВПЛИВУ ПОДІЙ (CRIES-8)

Нижче наведено перелік коментарів, зроблених людьми після стресових подій. Будь ласка, відмітьте у кожному коментарі, наскільки часто він стосувався Вас протягом останніх семи днів. Якщо те, про що написано у коментарі, не стосувалося Вас – позначте комірку «Ні».

Ім'я: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_ Стать: \_\_\_\_\_

№	Питання	Ні	Дуже рідко	Інколи	Часто
1	Чи буває так, що ти думаєш про цю подію навіть тоді, коли не хочеш про неї думати?				
2	Чи ти намагаєшся «прибрати» цю подію зі своєї пам'яті?				
3	Чи ти маєш напливи сильних почуттів щодо цієї події?				
4	Чи ти тримаєшся подалі від того, що нагадує про цю подію? (певних місць, ситуацій тощо)				
5	Чи ти намагаєшся не говорити про цю подію?				
6	Чи картини цієї події раптово з'являються у тебе в голові?				
7	Щось наче змушує тебе думати про цю подію?				
8	Чи ти намагаєшся не думати про цю подію?				

**Адміністрування:** шкалу діти можуть заповнювати самостійно, і тому її можна використовувати у групах. **Обчислення:** Відповіді оцінюються за такою шкалою: Ні = 0; Дуже рідко = 1; Інколи = 3; Часто = 5.

**Субшкали: інтрузія:** сума пунктів 1, 3, 6, 7. **Уникнення:** сума пунктів 2, 4, 5, 8

**Загальний результат:** сума балів за всіма 8 пунктами.

**Пояснення:** **інтрузія** оцінює частоту інтрузивних думок та спогадів про стресову подію. **Уникнення** оцінює рівень уникання думок, місць та ситуацій, що нагадують про подію. Ця методика допомагає оцінити рівень психологічного впливу стресових подій на дітей і визначити, які аспекти потребують додаткової уваги та втручання для полегшення посттравматичних симптомів.

**МЕТОДИКА: ПЕРЕВІРКА PTSD – ВЕРСІЯ ДЛЯ ЦИВІЛЬНИХ (PCL-C)****Перевірка PTSD – Версія для цивільних (PCL-C)**

**Ім'я:** \_\_\_\_\_ **Дата:** \_\_\_\_\_ **Стать:** \_\_\_\_\_

Інструкція : Нижче наведено перелік проблем і скарг, які виникають у людей у відповідь на стресові події. Прочитайте кожен пункт уважно та позначте "X" у клітинці, щоб вказати, наскільки ця проблема турбувала вас за останній місяць. Оцінка за шкалою Взагалі не турбувало (1), Трохи турбувало (2), Помірно турбувало (3), Досить сильно турбувало (4), Надзвичайно сильно турбувало (5)

№	Питання	1	2	3	4	5
1	Чи бувають у вас повторювані, тривожні спогади, думки або образи стресового досвіду з минулого?					
2	Чи бувають у вас повторювані, тривожні сни про стресовий досвід з минулого?					
3	Чи трапляється, що ви раптово дієте або відчуваєте, наче стресовий досвід знову відбувається (якщо ви знову переживаєте його)?					
4	Чи відчуваєте ви дуже сильне занепокоєння, коли щось нагадує вам про стресовий досвід з минулого?					
5	Чи маєте ви фізичні реакції (наприклад, серцебиття, труднощі з диханням або потовиділення), коли щось нагадує вам про стресовий досвід з минулого?					
6	Чи уникаєте ви думок або розмов про стресовий досвід з минулого або уникання почуттів, пов'язаних з ним?					
7	Чи уникаєте ви діяльності або ситуацій, які нагадують вам про стресовий досвід з минулого?					
8	Чи маєте ви труднощі з запам'ятовуванням важливих частин стресового досвіду з минулого?					
9	Чи втратили ви інтерес до речей, які раніше вам подобалися?					
10	Чи відчуваєте ви себе відстороненим або відрізаним від інших людей?					
11	Чи відчуваєте ви емоційну нечутливість або не здатні мати люблячі почуття до тих, хто поруч з вами?					



12	Чи відчуваєте ви, наче ваше майбутнє якимось чином буде скорочене?						
13	Чи маєте ви труднощі з засинанням або підтримкою сну?						
14	Чи відчуваєте ви дратівливість або маєте спалахи гніву?						
15	Чи маєте ви труднощі з концентрацією уваги?						
16	Чи є ви "надмірно пильним" або постійно настороженим?						
17	Чи відчуваєте ви нервовість або легке перелякання?						

### Інструкція:

Перевірка PTSD – Версія для цивільних (PCL-C) є стандартизованою шкалою самооцінки PTSD, яка включає 17 пунктів, що відповідають ключовим симптомам PTSD. Є дві версії PCL: PCL-M для PTSD, спричиненого військовими подіями, та PCL-C для загального застосування при будь-якій травматичній події. PCL можна легко модифікувати для конкретних часових рамок або подій. Наприклад, замість питання про "останній місяць" можна запитати про "останній тиждень" або сфокусуватися на подіях, пов'язаних з певним розгортанням подій.

### Як заповнювати PCL?

PCL заповнюється самостійно. Респонденти вказують, наскільки їх турбував симптом протягом останнього місяця, використовуючи 5-бальну шкалу (1-5), відмічаючи свої відповіді. Відповіді варіюються від 1 - "Взагалі не турбувало" до 5 - "Надзвичайно сильно турбувало".

### Як оцінювати PCL?

Додати всі пункти для отримання загальної оцінки важкості. Або розглядати відповіді категорії 3-5 (Помірно або вище) як симптоматичні, а відповіді 1-2 (нижче Помірно) як несистематичні, потім використовувати наступні критерії DSM для діагнозу. Симптоматична відповідь на принаймні 1 пункт "B" (Питання 1-5). Симптоматична відповідь на принаймні 3 пункти "C" (Питання 6-12). Симптоматична відповідь на принаймні 2 пункти "D" (Питання 13-17).