АНАЛІЗ ФЕНОМЕНІВ ТРИВОГИ та депресії у перші тижні війни: гендерно-вікові аспекти

Л.М. Юр'єва,
Дніпровський державний медичний університет, м. Дніпро;
С.І. Вишніченко,
Навчально-науковий інститут неперервної освіти НАУ, м. Київ;
А.В. Шорніков,
Дніпровський державний медичний університет, м. Дніпро

Військові конфлікти завжди мають несприятливий вплив на психіку не тільки комбатантів, а і цивільного населення, незадіяного безпосередньо в бойових діях.

До чинників впливу належать:

1) страх бойових дій;
2) погіршання матеріального становища;
3) хронічний стрес через повітряні атаки;
4) утруднення отримання кваліфікованої допомоги;
5) вимушена міграція населення тощо.

Відсутність ефективного лікування, страх смерті, втрата близьких, соціальна ізоляція, надлишок інформації і дезінформації у засобах масової інформації (ЗМІ), виснаження запасів, панічні покупки та неадекватна психосоціальна підтримка можуть негативно позначитися на психічному здоров'ї людини.

Окремо слід розглядати військовий досвід, до якого відносять: пряму особисту шкоду, свідчення насильства, смерті, загрозу близьким, участь у бойових діях та сексуальне насильство.

У дослідженні військового досвіду в дітей Уганди виявлено, що «свідчення насильства, смерті» є чинниками ризику виникнення симптомів депресії /тривоги в обох статей; «сексуальне насильство» незалежно передбачає симптоми депресії / тривоги у дівчаток, водночас як «загроза близьким» незалежно провокує симптоми депресії / тривоги у чоловіків [1].

Підсумком впливу війни на психіку є ризики виникнення розладів, безпосередньо пов'язаних зі стресом, від гострої реакції на стрес до посттравматичного стресового розладу. Так, наприклад, у дослідженні впливів війни на населення Афганістану виявлено, що загальна поширеність психологічного дистресу сягала 47,12 %, рівень поширеності посттравматичного стресового стресу за 12 місяців становив 5,34 %, генералізованого тривожного розладу — 2,78 %, а депресивного епізоду становив 11,71 % [2].

За даними опитування населення в рамках Ініціативи Всесвітньої організації охорони здоров'я з дослідження психічного здоров'я (n = 51 295), при впливі на особу чинників, які потенційно можуть викликати посттравматичний стресовий розлад, поширеність депресії становить від 40,6 до 60,8 %, а тривоги — від 46,2 до 85,8 % [3].

Причому зі збільшенням кількості травматичних подій зростає і поширеність розладів. Також слід враховувати, що критерії МКХ-11 щодо стресових розладів допускають не безпосередній вплив стресового чинника, що розширює коло постраждалих від стресового чинника осіб за рахунок спостерігання наслідків війни в нецензурованих медіа (особливо у соціальних медіа).

Крім того, поширеність тривоги і депресії є значною у країнах, де триває війна, але вона є недостатньо вивченою за перші дні після початку конфлікту. Власне, більш глибоке розуміння чинників ризику впливу травматичних подій може мати велике значення для планування профілактичних втручань і прогнозування потреб у послугах [4].

Розуміння психічного (емоційного) стану населення протягом першого місяця після початку війни є важливою запорукою надання кваліфікованої психологічної допомоги в перші дні. Також це може допомогти у розумінні механізмів виникнення розладів, пов'язаних зі стресом, задля їх ефективного лікування.

Мета дослідження — оцінити емоційний стан мирного населення в перші тижні війни та виявити чинники ризику розвитку психічної дезадаптації.

Матеріали та методи дослідження

Дизайн дослідження: одномоментне поперечне епідеміологічне дослідження. Критерії включення: особи, віком від 18 років, добровільна згода на участь у дослідженні; критерії виключення: відсутність інформованої згоди, наявність хронічної психічної патології.

Дослідження шляхом поширення і заповнення запропонованої анкети (на платформі GoogleForms (Alphabet Inc.), яка розповсюджувалася у соціальних мережах, Telegram, та шляхом розміщення посилання на анкету у системі Moodle (Moodle Pty Ltd).

Дані збирали з 01 до 15 березня 2022 року, що становило 1–3 тижні війни в Україні. Розроблена авторами дослідження анкета включала питання щодо скарг (тривога, знижений настрій, порушення пам'яті та концентрації уваги, порушення сну та апетиту, неприємні відчуття в тілі, роздратованість, напади паніки, зниження отримання задоволення тощо), даних анамнезу.

Таблиця 1. Гендерно-вікові характеристики опитаних

Стать	Показники		Вік				
			18–29	30–39	40–49	50–59	60+
Жінки	Абс.ч.	119	55	24	27	12	1
	%	85	39,29	17,14	19,29	8,57	0,7
Чоловіки	Абс.ч.	21	15	1	2	2	1
	%	15	10,71	0,7	1,43	1,43	0,7
Загалом	Абс.ч.	140	70	25	29	14	2
	%	100	50	17,86	20,71	10	1,43

Таблиця 2. Основна зайнятість опитаних

Професія	Абс.ч.	%
Лікар-психіатр або нарколог	3	2,14
Психолог	46	32,86
Лікар іншої спеціальності	2	1,43
Студент	56	40,0
Інше	10	7,14
Не вказали	23	16,43
Загалом	1 40	100

Таблиця 3. Рейтинговий та частотний аналіз скарг

Скарги	Абс.ч.	В%	Рейтинг
Тривога	90	64,3	1
Знижений настрій	76	54,3	2
Напруження	76	54,3	2
Роздратованість	58	41,4	3
Труднощі в концентрації уваги	55	39,3	4
Ранні пробудження	49	35	5
Підвищена стомлюваність	48	34,3	6
Поганий апетит	48	34,3	6
Слабкість	46	32,9	7
Зниження відчуття задоволення	40	28,6	8
Труднощі при засипанні	37	26,4	9
Зниження пам'яті	30	21,4	10
Страх смерті	30	21,4	10
Неприємні відчуття в тілі	28	20	11
Напади паніки	27	19,3	12
Скарг немає	8	5,7	13
Інше	7	5	14

Наявність депресивного розладу оцінювали з використанням опитувальника здоров'я пацієнта (Patient Health Questionare – PHQ-9): за депресію вважали 10 або більше балів за цією шкалою [5].

Рівень тривоги визначали за шкалою генералізованого тривожного розладу (GAD-7): за патологічну тривогу вважали 10 або більше балів за цією шкалою [6].

Статистичний аналіз

Для побудови набору даних та проведення статистичного аналізу використано статистичний пакет STATISTICA 6.1 (StatSoftInc., Серійний № AGAR909E415822FA). Перевірка на нормальність розподілу показників проводилась за допомогою критерію Шапіро–Уїлка. Описові статистики в тексті представлено у вигляді медіани (Me) та інтерквартильного розмаху (IQR) – Q1(25-й перцентиль) і Q3 (75-й перцентиль) – при асиметричному розподілі, або у вигляді середнього та стандартного відхилення (M ± SD) при нормальному розподілі даних. Достовірність відмінностей оцінювали за допомогою тесту Манна–Уїтні. Достовірними вважали показники $p < 0,05$.

Результати дослідження

На першому етапі було обстежено за допомогою онлайн-тестування 140 осіб віком 29,5 (21; 45,5) років із яких 85 % – особи жіночої статі (табл. 1).

Розподіл опитаних за професійною діяльністю наведено у таблиці 2. Переважали здобувачі вищої (частіше медичної) освіти та фахівці з вищою освітою.

Скарги на тілесні прояви тривоги є поширеними в осіб із психогенними розладами. Медіанна кількість скарг на одного опитаного становила 5 (2; 7) скарг, при цьому лише 10 % (14/140) мали менше 4 скарг, а лише 5,7 % не мали скарг взагалі. Рейтинговий та частотний аналіз скарг наведено у таблиці 3.

При цьому до фахівців із психічного здоров'я з приводу зазначених скарг звернулися тільки 8,6 % (12/140) осіб, і не зверталось 91,4 % (128/140) осіб відповідно. Наявність хронічної соматичної та/або неврологічної патології до введення військового стану зазначили 22,1 % осіб (31/140), заперечили – 77,9 % осіб (109/140).

Середня виразність тривоги становила 8,0 (4,5; 12,5) балів. Поширеність тривоги за тестом GAD-7 сягала при точці відсічі 4 бали – 75 % опитаних, при точці відсічі 10 балів – 37,86 % (53/140) опитаних. Докладно поширеність тривоги залежно від статі і вікових груп подано у таблицях 4 і 5.

Достовірних відмінностей за статтю у показниках тривоги не визначено ($p = 0,380837$ за тестом Манна–Уїтні).

Таблиця 4. Поширеність тривоги за шкалою GAD-7 залежно від статі

	Жінки		Чоловіки		Всього	
	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%
Немає	6	4,29	29	20,71	35	25,00
Легка	9	6,43	43	30,71	52	37,14
Помірна	4	2,86	26	18,57	30	21,43
Тяжка	2	1,43	21	15,00	23	16,43

Таблиця 5. Поширеність тривоги за шкалою GAD-7 залежно від віку

Тривога								
	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%
Немає	13	19,70	10	25,64	10	30,30	2	100,00
Легка	24	36,36	13	33,33	15	45,45	0	0
Помірна	16	24,24	9	23,08	5	15,15	0	0
Тяжка	13	19,70	7	17,95	3	9,09	0	0
Kruskal-Wallis test: H (3, n = 140) = 7,212044; p = 0,0654								

Таблиця 6. Поширеність депресії за шкалою PHQ-9 залежно від статі

Тяжкість депресії	Жінки		Чоловіки		Всього	
	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%
Немає	27	22,7	6	28,6	33	23,6
М'яка	40	33,6	7	33,3	47	33,6
Помірна	35	29,4	6	28,6	41	29,3
Середньої тяжкості	14	11,8	0	0	14	10,0
Тяжка	3	2,5	2	9,5	5	3,5

Таблиця 7. Поширеність депресії за шкалою PHQ-9 залежно від віку

Тяжкість депресії								
	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%
Немає	10	15,15	11	28,21	10	30,30	2	100,00
М'яка	20	30,30	13	33,33	14	42,42	0	0
Помірна	23	34,85	11	28,21	7	21,21	0	0
Середньої тяжкості	10	15,15	2	5,13	2	6,06	0	0
Тяжка	3	4,55	2	5,13	0	0,00	0	0
Kruskal-Wallis test: H (3, n = 140) = 12,00976; p = 0,0074								

Таблиця 8. Кореляційний взаємозв'язок між окремими показниками (загальний результат)

1,000000	-0,225222	-0,180951	-0,108928	-0,265340
-0,225222	1,000000	0,684766	0,482010	0,680253
-0,180951	0,684766	1,000000	0,411047	0,751278
-0,108928	0,482010	0,411047	1,000000	0,498497
-0,265340	0,680253	0,751278	0,498497	1,000000

У відповіді на питання про зниження здатності працювати середній показник становив 5 (3; 8) балів, причому майже чверть (36/140) оцінила нездатність працювати на 8 та більше балів із десяти можливих.

Середня виразність депресії сягала 8,5 (5,0; 12,5) балів. Поширеність тривоги за тестом PHQ-9 становила при точці відсічі 4 бали — 76,4 % опитаних (107/140), при точці відсічі 10 балів — 42,5 % (60/140) опитаних. Докладно поширеність тривоги залежно від статі і вікових груп подано у таблицях 6 і 7. Достовірних відмінностей за статтю у показниках тривоги не визначено (p = 0,573888 за тестом Манна–Уїтні).

Наявність перенесеної коронавірусної інфекції, вакцинації, зокрема і неповної, не мали впливу на виникнення та виразність тривоги і депресії у досліджуваних. Також на виразність і наявність ознак депресії та тривоги не мали впливу наявність хронічної соматичної чи психічної патології до війни та звертання по медичну допомогу з цього приводу.

Кореляційний зв'язок між деякими чинниками наведено у таблиці 8. При проведенні кореляційного аналізу встановлено достовірний високої сили кореляційний взаємозв'язок між показниками сумарних балів за опитувальниками тривоги і депресії.

Також виявлено високої сили прямі кореляційні зв'язки показників тривоги та депресії зі суб'єктивним зниженням здатності до праці та сумарною кількістю соматичних скарг у загальній виборці (табл. 8).

Обговорення результатів дослідження

Поширеність депресії серед опитаних становить 42,5 % (60/140) опитаних. Цей показник відповідає нашим попереднім даним про поширеність депресивних симптомів під час пандемії COVID-19, який сягав 44,8 % [7].

У дослідженні населення Сирійської Арабської Республіки, де війна триває вже понад 5 років, із використанням співставних методів дослідження виявлено, що поширеність депресії становила 83,4 % (3326/3989) [8].

Проте, якщо у нашому дослідженні знизити рівень діагностики до 5 балів і більше за шкалою PHQ-9, то ми отримаємо співставні результати — 76,4 % опитаних (107/140) (p = 0,05).

Зокрема, порівнюючи отримані дані з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, яка оцінює поширеність депресії залежно від регіону, а саме: від низьких 2,6 % серед чоловіків у Західній частині Тихого океану до 5,9 % серед жінок в Африці, ми визнаємо, що військові конфлікти, епідемії та пандемії чинять суттєвий вплив на настрій населення [9].

Аналогічні результати ми спостерігаємо і при співставленні результатів поширеності тривоги: 75 % (105/140) в поточному дослідженні та 69,3 % (2777/3989) в дослідженні F. Mohsen et al. при точці відсічі 4 бали (p = 0,213) [8].

Наприклад, при точці відсічі 10 балів поширеність тривоги в поточному дослідженні становила 37,86 % (53/140), що недостовірно перебільшує поширеність тривоги під час розпалу пандемії коронавірусної інфекції — 27,9 (43/154) при p = 0,3454 [7].

Отримані дані щодо поширеності тривоги свідчать про значну кількість травмувальних чинників, оскільки за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я частка світового населення з тривожними розладами 2015 року оцінювалася як 3,6 %. Як і при депресії, тривожні розлади частіше виникають у жінок, ніж у чоловіків (4,6 % порівняно з 2,6 % на глобальному рівні) [9].

Обмеження дослідження

Проведене дослідження має певні обмеження у не репрезентативності його на загальну популяцію, оскільки воно охоплює переважно осіб «допомагаючих» спеціальностей, зокрема фахівців психічного здоров'я. Для підвищення достовірності проведеного дослідження необхідно збільшити репрезентативну вибірку, за допомогою статистичних методів нівелювати велику різницю між респондентами чоловіками та жінками.

Висновки

1. Поширеність депресії та тривоги за перший місяць війни є високою та співставною із цими показниками під час COVID-19.
2. Найбільш значущими чинниками ризику розвитку депресії є висока кількість соматичних скарг, наявність тривоги та суб'єктивно знижена працездатність.
3. Перенесений COVID-19 чи вакцинація проти нього в нашому дослідженні не мали впливу на появу депресії та/або тривоги.
4. Найзначущими чинниками ризику розвитку тривоги за перший місяць війни є висока кількість скарг на самопочуття та наявність депресії.

Література

1. Amone-P'Olak K., Ovuga E., Croudace T.J., Jones P.B., Abbott R. The influence of different types of war experiences on depression and anxiety in a Ugandan cohort of war–affected youth: the WAYS study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014. Vol. 49, № 11. P. 1783–1792. DOI: https://doi.org/10.1007/s00127-014-0873-5.

2. Kovess-Masfety V., Keyes K., Karam E., Sabawoon A., Sarwari B.A. A national survey on depressive and anxiety disorders in Afghanistan: A highly traumatized population. *BMC Psychiatry*. 2021. Vol. 21, № 1. P. 314. DOI: https://doi.org/10.1186/s12888-021-03273-4.

3. Karam E.G., Friedman M.J., Hill E.D. et al. Cumulative traumas and risk thresholds: 12–month PTSD in the World Mental Health (WMH) surveys. *Depress Anxiety*. 2014. Vol. 31, № 2. P. 130–142. DOI: https://doi.org/10.1002/da.22169.

4. Benjet C., Bromet E., Karam E.G. et al. The epidemiology of raumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological Medicine*. 2016. Vol. 46, № 2. P. 327–343. DOI: https://doi.org/10.1017/S0033291715001981.

5. Kroenke K., Spitzer R.L., Williams J.B.W. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001. Vol. 16, № 9. P. 606–613. DOI: https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.

6. Spitzer R.L., Kroenke K., Williams J.B.W., Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*. 2006. Vol. 166, № 10. P. 1092–1097. DOI: https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092.

7. Юр'єва Л.М., Тимофєєв Р.М., Шорніков А.В., Кульбицька М.О. Поширеність тривоги та депресії та фактори ризику їх виникнення у студентів медиків які перенесли COVID-19. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2021. Т. 6, № 3: e0603309. URL: https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/309.

8. Mohsen F., Bakkar B., Melhem S. et al. Psychological health problems among Syrians during war and the COVID-19 pandemic: national survey. *BJ Psych International*. 2021. Vol. 18, №3. DOI: https://doi.org/10.1192/bji.2021.16.

9. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. World Health Organization. 2017. URL: https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610.

Психосоматична медицина та загальна практика.
2022. Т. 7, № 1: e0701351.
DOI: 10.26766/pmgp.v7i1.351