

УДК 159.942:618.39-036.88

Т.О. Бут¹, І.О. Франкова², І.В. Лещук¹

Досвід прощання з дитиною та поховання після перинатальної втрати: психологічна адаптація жінок

¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, Україна;²ARQ National Psychotrauma Centrum, Oegstgeest, Netherlands

Ukrainian Journal Health of Woman. 2025. 6(181): 72-82; doi: 10.15574/HW.2025.6(181).7282

For citation: But TO, Frankova IO, Leshchuk IV. (2025). Farewell and burial experience following perinatal loss: psychological adaptation of women. Ukrainian Journal Health of Woman. 6(181): 72-82. doi: 10.15574/HW.2025.6(186).7282

Перинатальна втрата є значущим психотравмуючим досвідом, що асоціюється з підвищеним ризиком розладу тривалого горя (РТГ), пост-травматичного стресового розладу (ПТСР) та соматичного дистресу. Роль досвіду прощання з дитиною та поховання у процесі психологічної адаптації залишається недостатньо дослідженою. В умовах вимушеного переміщення населення в Україні доступ до повноцінного прощання та регулярного відвідування місця поховання може бути обмеженим, що потенційно впливає на інтеграцію втрати.

Мета – визначити зв'язок між компонентами досвіду прощання з дитиною та поховання і показниками психологічної адаптації жінок після перинатальної втрати.

Матеріали і методи. Проведено крос-секційне онлайн-дослідження за участю 67 жінок, які пережили перинатальну втрата. Оцінювали інтенсивність горювання, посттравматичні симптоми, тривожно-депресивний дистрес, соматичні симптоми, уникнення, негативні когніції, задоволеність стосунками та дієвість копінгу за допомогою валідованих психометричних інструментів. Застосовано непараметричні методи порівняння груп та кореляційний аналіз. Рівень статистичної значущості встановлено на рівні $p < 0,05$.

Результати. Можливість проведення поховального ритуалу в бажаному обсязі асоціювалася з вищою задоволеністю стосунками ($p = 0,003$) та кращою дієвістю копінгу ($p = 0,014$). Наявність місця поховання була пов'язана з вищою дієвістю копінгу ($p = 0,033$), тоді як для задоволеності стосунками простежувалася лише тенденція до відмінностей ($p = 0,063$). Наявність перепон для відвідування місця поховання корелювала з вищими показниками посттравматичного стресу ($p = 0,008$) та нижчою задоволеністю стосунками ($p = 0,001$). Фізичний контакт із тілом дитини не продемонстрував статистично значущих зв'язків із показниками психічного здоров'я.

Висновки. Повноцінність досвіду прощання та поховання після перинатальної втрати пов'язана з кращою психологічною адаптацією, зокрема з більшою дієвістю копінгу. Водночас для задоволеності партнерськими стосунками простежується тенденція до кращих показників за наявності можливості повноцінного прощання та місця поховання. Перепони для відвідування місця поховання є чинником, що пов'язаний із більш вираженим посттравматичним стресом і зниженням задоволеності міжособистісними стосунками.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: перинатальна втрата, горювання, досвід прощання та поховання, психологічна адаптація, посттравматичний стрес, дієвість копінгу, вимушене переміщення.

Farewell and burial experience following perinatal loss: psychological adaptation of women

T.O. But, I.O. Frankova, I.V. Leshchuk

Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

ARQ National Psychotrauma Centrum, Oegstgeest, Netherlands

Perinatal loss is a significant psychologically traumatic experience associated with an increased risk of prolonged grief disorder, post-traumatic stress disorder, and somatic distress. The role of farewell and burial experience in the process of psychological adaptation remains insufficiently studied. In the context of forced displacement in Ukraine, access to a complete farewell and regular visits to the burial site may be limited, potentially affecting the integration of loss.

Aim – to determine the relationship between components of farewell and burial experience and indicators of psychological adaptation in women following perinatal loss.

Materials and methods. A cross-sectional online study was conducted involving 67 women who had experienced perinatal loss. Grief intensity, post-traumatic symptoms, anxiety-depressive distress, somatic symptoms, avoidance, negative cognitions, relationship satisfaction, and coping efficacy were assessed using validated psychometric instruments. Non-parametric group comparison methods and correlation analysis were applied. The level of statistical significance was set at $p < 0,05$.

Results. The ability to perform a burial ritual to the desired extent was associated with higher relationship satisfaction ($p = 0,003$) and greater coping efficacy ($p = 0,014$). The presence of a burial site was associated with higher coping efficacy ($p = 0,033$), while only a trend toward higher relationship satisfaction was observed ($p = 0,063$). Barriers to visiting the burial site were associated with higher post-traumatic stress symptoms ($p = 0,008$) and lower relationship satisfaction ($p = 0,001$). Physical contact with the infant's body did not demonstrate statistically significant relationships with mental health outcomes.

Conclusions. A more complete farewell and burial experience following perinatal loss is associated with better adaptive outcomes, particularly greater coping efficacy. A trend toward higher relationship satisfaction was also observed. In contrast, barriers to visiting the burial site are associated with more pronounced post-traumatic stress symptoms and lower interpersonal relationship satisfaction.

No conflict of interests was declared by the authors.

Keywords: perinatal loss, grief, farewell and burial experience, psychological adaptation, post-traumatic stress, coping efficacy, forced displacement.

Вступ

Щороку мільйони сімей у світі стикаються з перинатальною втратою, а саме з загибеллю дитини внаслідок самовільного викидня, антенатальної або інтранатальної смерті плода чи неонатальної смерті. Цей досвід належить до найбільш психологічно руйнівних подій у житті жінки та асоціюється з підвищеним ризиком розладу тривалого горя (РТГ), депресії, тривожних розладів та посттравматичного стресового розладу (ПТСР) [7,15,28]. На відміну від інших видів втрати, перинатальна втрата одночасно зачіпає кілька вимірів: жінка втрачає не лише дитину, а й батьківську ідентичність, переживає специфічний тілесний досвід пологів і часто стикається з ятрогенною травматизацією [1,4].

Перебіг горювання є варіативним і залежить від індивідуальних, соціальних та культурних чинників [15,28]. Одним із потенційно значущих чинників є досвід прощання та поховання дитини. Антропологічні та клінічні дослідження вказують, що поховальні практики виконують функції символічного визнання втрати, соціального підтвердження значущості померлого та структуризації процесу прощання [5,22]. Відсутність такої можливості може сприяти формуванню феномену «безправного горювання» – соціально невизнаного горя [6]. Перинатальна втрата історично часто не отримувала повноцінного соціального визнання, що посилює ризик ізоляції та ускладнює інтеграцію досвіду втрати в життєву історію жінки [1,4]. Дослідження свідчать, що можливість побачити або торкнутися тіла дитини, провести поховання та мати фізичне місце пам'яті може бути пов'язана з подальшою адаптацією, хоча результати залишаються неоднозначними [1,4]. Наявність місця поховання забезпечує можливість повторюваних символічних контактів із втратою, тоді як його недоступність може підтримувати відчуття незавершеності та підсилювати травматичні симптоми [11]. У сучасному українському контексті вимушене переміщення та окупація територій можуть додатково обмежувати доступ до місць поховання [16].

Задоволеність партнерськими стосунками та дієвість копінгу розглядаються як важливі ресурси адаптації після втрати [12,26]. Дієвість копінгу передбачає здатність зберігати цілеспрямовану активність, регулювати емоції та підтримувати значущі стосунки навіть в умовах дистресу [14,23,24]. Водночас перепони для повноцінного

прощання та відвідування місця поховання можуть опосередковано послаблювати ці ресурси через підвищення посттравматичного дистресу та порушення міжособистісного функціонування.

В українському науковому просторі кількісні дослідження, що аналізують зв'язок між досвідом прощання та поховання і показниками психологічної адаптації після перинатальної втрати, залишаються обмеженими [20]. Розуміння того, які саме компоненти цього досвіду асоціюються з кращими адаптаційними ресурсами, може сприяти розробці науково обґрунтованих підходів до психосоціальної підтримки після перинатальної втрати.

Мета дослідження: визначити зв'язок між особливостями досвіду прощання та поховання (фізичний контакт із тілом дитини, можливість проведення поховального ритуалу в бажаному обсязі, наявність і доступність місця поховання) та показниками психологічної адаптації жінок після перинатальної втрати, а саме: інтенсивністю горювання, посттравматичними симптомами, тривожно-депресивним дистресом, соматичними проявами, дієвістю копінгу та задоволеністю стосунками.

Матеріали і методи досліджень

Дослідження мало кількісний поперечний (cross-sectional) дизайн із використанням стандартизованих психометричних інструментів. Розрахунок мінімально необхідного обсягу вибірки проводився за допомогою програми G*Power 3.1 [8]; для кореляційного аналізу при середньому розмірі ефекту ($r=0,30$), рівні значущості $\alpha=0,05$ та потужності тесту 0,80 мінімально необхідний обсяг становить 64–67 учасників.

Критерії включення: наявність досвіду перинатальної втрати (самовільний викидень, мертвородження, неонатальна смерть); вік 18 років і старше; володіння українською мовою на рівні, достатньому для заповнення опитувальників; надання добровільної інформованої згоди на участь у дослідженні.

У дослідженні взяли участь 67 жінок. Залучення учасниць здійснювали методом «снігової кулі» через соціальні мережі (Facebook, Instagram, Telegram), громадські організації підтримки батьків після перинатальної втрати (зокрема «Опіка Янгола»), професійні мережі, заклади охорони здоров'я, а також у межах клінічної практики. Опитування проводилося онлайн на платформі

Таблиця 1

Демографічні характеристики

Демографічний показник	Кількісна статистика	
	абс.	%
Вік, роки:		
середнє ± стандартне відхилення	33,74±5,86	
медіана (25 та 75 перцентилі)	34 (30–38)	
Освіта:		
повна вища освіта	53	79,10
неповна вища освіта	9	13,43
професійно-технічна освіта	2	2,99
загальна середня освіта	2	2,99
інше	1	1,49
Участь у бойових діях:		
ні	65	97,01
так	2	2,99
Сімейний статус:		
одружений(а) / у стосунках, проживаємо разом	60	89,55
розлучений(-а)	4	5,97
одружений(а) / у стосунках, проживаємо окремо	3	4,48
Зміна місця проживання:		
ні	52	77,61
так, я покинув(ла) свій дім і тепер живу в іншій країні	9	13,43
так, я покинув(ла) свій дім і живу в іншому місці в Україні	6	8,96

Таблиця 2

Клінічні особливості перинатальної втрати

Клінічна особливість	Абс.	%
Термін вагітності, коли відбулась втрата:		
- 22–42 тижні	26	38,81
- до 12 тижнів	18	26,87
- перші 28 днів після пологів	15	22,39
- 12–22 тижні	6	8,96
- під час пологів	2	2,99
Як саме відбулось переривання вагітності? (якщо на 12–22 тижні, n=6):		
- за медичними показаннями	3	50,0*
- самовільно	3	50,0*
Скільки часу пройшло від моменту повідомлення про смерть дитини і до моменту, коли відбулися пологи:		
- більше ніж 24 години	33	49,25
- до 12 годин	29	43,28
- 12–24 години	5	7,46
Чи отримали психологічну допомогу після втрати:		
- ні	48	71,64
- так	19	28,36
Яку саме психологічну допомогу отримали:		
- була консультація з психологом лікувального закладу	8	42,11
- необхідно було шукати самостійно психологічну допомогу	11	57,89
Чи був медичний персонал чутливий до емоційного стану і запитань:		
- ні	38	56,72
- так	29	43,68
Чи була загроза життю чи здоров'ю матері під час пологів:		
- ні	44	64,71
- так	24	35,29

Примітка: * – відсоток розраховано від кількості жінок, в яких втрата відбулася на терміні 12–22 тижні (n=6).

Qualtrics у період з серпня 2023 року по жовтень 2025 року. Перед початком участі всі респондентки отримували інформацію про дослідження та надавали добровільну цифрову інформовану згоду.

Оцінювання психологічних показників проводили за допомогою валідованих психометричних інструментів. Інтенсивність симптомів РТГ визначали за допомогою «Самоопитувальника з травматичного горя плюс» (Traumatic Grief Inventory – Self Report Plus, (TGI-SR+)) у версії Міжнародної класифікації хвороб 11-го перегля-

ду (МКХ-11) [19]. Симптоми ПТСР оцінювали за допомогою «Переліку симптомів ПТСР» для «Діагностичного і статистичного посібника з психічних розладів» 5-го видання (PTSD Checklist for DSM-5; PCL-5) [2,27]. Тривожно-депресивний дистрес вимірювали за допомогою «Опитувальника здоров'я пацієнта-4» (Patient Health Questionnaire-4, PHQ-4) [18]. Уникнення як копінгову стратегію оцінювали за допомогою «Опитувальника тривожно-депресивного уникнення при тривалому горюванні» (Dual Axis Avoidance

in Prolonged Grief Questionnaire, DAAPGQ), а негативні когніції за допомогою «Опитувальника когніцій горювання» (Grief Cognitions Questionnaire, GCQ) [3,21]. Соматичні симптоми визначали за допомогою «Шкали соматичних симптомів-8» (Somatic Symptom Scale-8, SSS-8) [10]. Інтенсивність перинатального горювання оцінювали за допомогою «Шкали перинатального горя» (Perinatal Grief Scale, PGS) [25]. Задоволеність партнерськими стосунками визначали за допомогою «Індексу задоволеності пар» (Couples Satisfaction Index, CSI-32) [9]. Дієвість копінгу оцінювали за допомогою модифікованої «Шкали дієвості копінгу Шалева плюс» (Shalev's Coping Efficacy Scale Plus, SCES+) [23].

Додатково збирали соціально-демографічні дані (вік, рівень освіти, сімейний статус, факт вимушеного переміщення), а також інформацію щодо досвіду прощання та поховання: наявність фізичного контакту з тілом дитини, можливість проведення поховального ритуалу в бажаному обсязі, наявність місця поховання та наявність перепон для його відвідування.

Статистичний аналіз проводили з використанням програмного забезпечення Python та EZR (версія 1.54). Нормальність розподілу перевіряли за допомогою тесту Шапіро–Вілка. Описову статистику подавали у вигляді середніх значень і стандартних відхилень ($M \pm SD$) або медіани та міжквартильного розмаху ($Q1-Q3$). Категоріальні змінні описували у вигляді абсолютних значень та відсотків.

Для порівняння двох незалежних груп застосовували тест Велча з аналізом чутливості за допомогою критерію Манна–Уїтні. Для порівняння трьох і більше груп використовували дисперсійний аналіз Велча з подальшим аналізом за критерієм Краскела–Волліса. У випадках, коли кількість спостережень у підгрупах становила менше п'яти, формальні статистичні тести не застосовувалися. Кореляційні зв'язки оцінювали за коефіцієнтом рангової кореляції Спірмена. Рівень статистичної значущості встановлено на рівні $p < 0,05$.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. На проведення дослідження отримано інформовану згоду учасниць.

Результати досліджень та їх обговорення

Середній вік учасниць становив $33,74 \pm 5,86$ року; медіана – 34 роки (25 та 75 перцентил: 30–38), віковий діапазон – від 20 до 44 роки. Більшість рес-

Таблиця 3

Особливості втрати

Особливість втрати	Абс.	%
Чи торкалися тіла померлого:		
- ні	36	53,73
- так	31	46,27
Чи була можливість провести поховальний ритуал у бажаному обсязі:		
- так	26	38,81
- поховальний ритуал був проведений, але тіла померлого не бачив(ла)	21	31,34
- ні	20	29,85
Чи існує місце поховання:		
- так	36	53,73
- ні	30	44,78
- могила без тіла	1	1,49
Чи існує перепона для відвідування:		
- ні	28	77,78
- так	8	22,22

понденток мали повну вищу освіту – 79,1% ($n=53$), перебували у шлюбі або стабільних партнерських стосунках зі спільним проживанням – 89,5% ($n=60$). Не змінювали місце проживання після втрати 77,6% жінок ($n=52$). Частка тих, хто виїхав за кордон, становила 13,4% ($n=9$), а 9,0% ($n=6$) учасниць переїхали до інших регіонів України. Детальні демографічні характеристики наведено в таблиці 1.

Психологічної допомоги після втрати не отримували 71,6% ($n=48$) жінок. Серед тих, хто її отримав (28,4%; $n=19$), більшість – 57,9% ($n=11$) – шукали фахівця самостійно. Нечутливість медичного персоналу до свого емоційного стану відзначили 56,7% ($n=38$) учасниць дослідження (таблиця 2).

Щодо особливостей досвіду прощання та поховання: 53,7% ($n=36$) учасниць не мали фізичного контакту з тілом дитини; лише 38,8% ($n=26$) змогли провести поховальний ритуал у бажаному обсязі; 44,8% ($n=30$) не мають місця поховання. Серед тих, хто має місце поховання (53,7%; $n=36$), перепони для його відвідування відзначили 22,2% ($n=8$). Розподіл за цими характеристиками наведено в таблиці 3.

Фізичний контакт із тілом дитини мали 46,3% ($n=31$) учасниць, решта 53,7% ($n=36$) – не мали. Порівняння цих груп не продемонструвало ста-

Таблиця 4

Описова статистика психометричних показників залежно від того, чи торкалися тіла померлої дитини

Психометричний показник	Чи торкалися тіла померлої дитини		p*
	ні (n=36)	так (n=31)	
TGI-SR+			
- $\mu \pm \sigma$	40,97 \pm 11,01	43,16 \pm 14,30	0,491
- медіана (Q1–Q3)	42,0 (34,0–50,0)	46,0 (33,5–54,5)	0,362
PCL-5			
- $\mu \pm \sigma$	10,39 \pm 5,61	9,03 \pm 6,80	0,382
- медіана (Q1–Q3)	11,0 (6,0–14,0)	9,0 (3,0–12,5)	0,222
PHQ-4			
- $\mu \pm \sigma$	5,39 \pm 3,61	4,71 \pm 3,24	0,420
- медіана (Q1–Q3)	5,0 (3,0–8,0)	4,0 (3,0–6,5)	0,376
DAAPGQ			
- $\mu \pm \sigma$	15,47 \pm 8,96	18,16 \pm 10,89	0,279
- медіана (Q1–Q3)	17,0 (7,0–21,0)	15,0 (10,0–22,5)	0,401
GCG			
- $\mu \pm \sigma$	24,72 \pm 13,22	29,71 \pm 18,77	0,221
- медіана (Q1–Q3)	26,0 (13,0–33,0)	27,0 (16,5–46,5)	0,247
SSS-8			
- $\mu \pm \sigma$	15,36 \pm 7,53	15,55 \pm 7,02	0,917
- медіана (Q1–Q3)	16,5 (9,0–20,0)	14,0 (11,0–18,5)	0,725
PGS			
- $\mu \pm \sigma$	95,64 \pm 23,44	103,68 \pm 21,97	0,153
- медіана (Q1–Q3)	99,5 (85,0–112,0)	100,0 (90,5–116,5)	0,237
CSI-32			
- $\mu \pm \sigma$	110,94 \pm 19,57	112,16 \pm 30,93	0,851
- медіана (Q1–Q3)	112,0 (96,0–127,0)	122,0 (101,5–133,0)	0,134
SCES+			
- $\mu \pm \sigma$	12,56 \pm 3,87	13,23 \pm 4,43	0,516
- медіана (Q1–Q3)	12,5 (11,0–15,0)	13,0 (11,0–17,0)	0,344

Примітка: * – статистична значущість розрахована за допомогою t-тесту Велча (для середніх значень) та U-критерію Манна–Вітні (для медіан).

тистично значущих відмінностей за жодним із досліджуваних показників (усі $p > 0,05$; таблиця 4). Цей результат узгоджується з неоднозначністю даних у міжнародній літературі: частина досліджень свідчить про потенційно позитивний ефект контакту з тілом дитини для процесу прощання, тоді як інші роботи не знаходять стабільного зв'язку з подальшими психічними наслідками [17]. Отримані результати слід інтерпретувати з обережністю, з огляду на обмежений розмір вибірки, що відображає об'єктивні труднощі залучення учасниць, які пережили перинатальну втрату в умовах триваючої війни.

За особливостями поховального ритуалу учасниць розподілили на три групи: без можливості проведення ритуалу – 29,9% ($n=20$), ритуал проведено без контакту з тілом дитини – 31,4% ($n=21$), ритуал проведено у повному обсязі – 38,8% ($n=26$). Порівняння груп виявило статистично значущі відмінності за окремими психометричними показниками. Зокрема, найвищі показники задоволеності стосунками зафіксовано у жінок, які мали змогу провести ритуал у повному обсязі (CSI-32; $p=0,003$). Також виявлено статистично значущі відмінності за шкалою SCES+ ($p=0,014$). За показниками інтенсивності горювання, посттравматич-

Таблиця 5

Описова статистика психометричних показників залежно від можливості проведення ритуалу поховання в бажаному обсязі

Психометричний показник	Чи була можливість провести поховальний ритуал у бажаному обсязі			p*
	ні (n=20)	проведений, але тіла померлого не бачив(ла) (n=21)	так (n=26)	
TGI-SR+				
- $\mu \pm \sigma$	45,65 \pm 10,89	41,10 \pm 11,40	39,88 \pm 14,42	0,258
- медіана (Q1–Q3)	47,0 (36,0–53,0)	44,0 (36,0–50,0)	39,5 (28,0–48,8)	0,516
PCL-5				
- $\mu \pm \sigma$	12,50 \pm 5,01	9,19 \pm 5,91	8,12 \pm 6,68	0,035
- медіана (Q1–Q3)	11,0 (9,0–18,0)	11,0 (4,0–14,0)	6,5 (3,0–10,8)	0,051
PHQ-4				
- $\mu \pm \sigma$	5,85 \pm 2,87	5,00 \pm 3,36	4,54 \pm 3,88	0,409
- медіана (Q1–Q3)	6,0 (4,0–7,0)	4,0 (3,0–7,0)	3,0 (2,2–5,8)	0,196
DAAPGQ				
- $\mu \pm \sigma$	20,05 \pm 10,86	16,86 \pm 9,26	14,04 \pm 9,22	0,152
- медіана (Q1–Q3)	20,0 (11,0–23,0)	17,0 (10,0–21,0)	11,0 (6,5–18,8)	0,110
GCQ				
- $\mu \pm \sigma$	30,95 \pm 14,54	26,00 \pm 14,14	24,85 \pm 18,58	0,403
- медіана (Q1–Q3)	27,0 (17,0–44,0)	31,0 (14,0–37,0)	22,5 (7,5–37,0)	0,557
SSS-8				
- $\mu \pm \sigma$	17,65 \pm 5,71	13,76 \pm 6,74	15,12 \pm 8,43	0,140
- медіана (Q1–Q3)	18,0 (15,0–20,0)	14,0 (9,0–20,0)	13,5 (9,2–20,5)	0,188
PGS				
- $\mu \pm \sigma$	104,45 \pm 18,23	97,43 \pm 24,68	97,00 \pm 24,94	0,425
- медіана (Q1–Q3)	106,0 (86,0–114,0)	101,0 (92,0–108,0)	96,0 (87,2–112,2)	0,620
CSI-32				
- $\mu \pm \sigma$	106,90 \pm 14,96	107,10 \pm 27,10	118,62 \pm 29,01	0,207
- медіана (Q1–Q3)	108,0 (96,0–116,0)	112,0 (91,0–129,0)	130,0 (121,0–134,5)	0,003
SCES+				
- $\mu \pm \sigma$	10,80 \pm 3,24	14,10 \pm 3,86	13,46 \pm 4,47	0,011
- медіана (Q1–Q3)	11,0 (9,0–13,0)	13,0 (12,0–16,0)	13,5 (11,2–17,0)	0,014

Примітка: * – статистична значущість розрахована за допомогою дисперсійного аналізу Велча (для μ) та критерію Краскела–Волліса (для медіан).

них симптомів, уникнення, негативних когніцій та соматичного дистресу статистично значущих відмінностей між групами не виявлено (таблиця 5). Цей результат узгоджується з антропологічними та клінічними дослідженнями, які розглядають поховальні практики як соціальний механізм інтеграції втрати: вони виконують функцію символічного визнання смерті, структурують процес прощання та створюють простір для підтримки з боку родини і спільноти [5,22]. Дослідження показують, що

можливість провести прощання та організувати поховання може полегшувати прийняття факту втрати [1,4]. Водночас у літературі наголошується, що ефект повноцінного прощання не завжди проявляється у зниженні інтенсивності горювання як такого, а частіше пов'язаний із міжособистісною та соціальною адаптацією [17], що підтверджують і наші дані.

За наявності місця поховання учасниць розподілили на три групи: місце поховання є – 53,7%

Таблиця 6

Описова статистика психометричних показників залежно від існування місця поховання дитини

Психометричний показник	Чи існує місце поховання?			p*
	могила без тіла (n=1)	ні (n=30)	так (n=36)	
TGI-SR+				
- $\mu \pm \sigma$	18	42,40 \pm 11,41	42,31 \pm 13,20	0,975
- медіана (Q1–Q3)	18	42,5 (36,0–48,8)	44,5 (33,8–52,0)	0,842
PCL-5				
- $\mu \pm \sigma$	0	11,23 \pm 5,57	8,81 \pm 6,39	0,104
- медіана (Q1–Q3)	0	11,5 (8,2–14,8)	7,5 (3,0–12,5)	
PHQ-4				
- $\mu \pm \sigma$	0	5,47 \pm 3,13	4,89 \pm 3,64	0,490
- медіана (Q1–Q3)	0	5,0 (3,0–7,0)	4,0 (3,0–6,2)	0,331
DAAPGQ				
- $\mu \pm \sigma$	5	17,37 \pm 10,14	16,50 \pm 9,79	0,727
- медіана (Q1–Q3)	5	17,0 (8,5–22,0)	15,0 (9,8–21,0)	0,723
GCQ				
- $\mu \pm \sigma$	0	26,47 \pm 13,93	28,25 \pm 17,47	0,646
- медіана (Q1–Q3)	0	25,0 (14,2–33,0)	30,5 (16,0–39,2)	0,634
SSS-8				
- $\mu \pm \sigma$	2	16,63 \pm 6,65	14,83 \pm 7,45	0,304
- медіана (Q1–Q3)	2	17,5 (12,0–20,8)	14,0 (9,8–19,2)	0,230
PGS				
- $\mu \pm \sigma$	49	98,37 \pm 22,27	101,58 \pm 22,46	0,563
- медіана (Q1–Q3)	49	102,0 (86,5–112,0)	97,5 (90,8–114,0)	0,812
CSI-32				
- $\mu \pm \sigma$	139	108,63 \pm 19,64	113,14 \pm 29,20	0,459
- медіана (Q1–Q3)	139	110,0 (97,0–123,5)	121,5 (107,2–133,0)	0,063
SCES+				
- $\mu \pm \sigma$	19	11,80 \pm 4,10	13,58 \pm 3,95	0,078
- медіана (Q1–Q3)	19	11,5 (8,2–14,0)	13,0 (12,0–17,0)	0,033

Примітка: * – p-значення для порівняння груп «Ні» та «Так» розраховано за допомогою t-тесту Велча (для середніх) та U-критерію Манна–Вітні (для медіан).

(n=36) місця поховання немає – 44,8% (n=30), могила без тіла – 1,5% (n=1). Категорія «могила без тіла» не підлягала інференційному аналізу. Порівняння груп «так» та «ні» виявило статистично значущі відмінності за показником дієвості копіювання (SCES+; p=0,033). Водночас простежувалася тенденція до вищих показників задоволеності партнерськими стосунками у жінок, які мали місце поховання (CSI-32; p=0,063). Також простежувалася тенденція до нижчих рівнів посттравматичних симптомів (PCL-5;

p=0,057). За іншими показниками статистично значущих відмінностей не виявлено (таблиця 6). Ці результати можуть бути пояснені в межах концепції продовжених зв'язків, яка підкреслює роль символічного контакту у процесі адаптації [11]. Фізичне місце поховання створює можливість для повторюваних актів символічного контакту: відвідування, догляду за могилою, здійснення пам'ятних ритуалів. Це підтримує інтеграцію втрати в життєву історію та слугує ресурсом у процесі горювання.

Таблиця 7

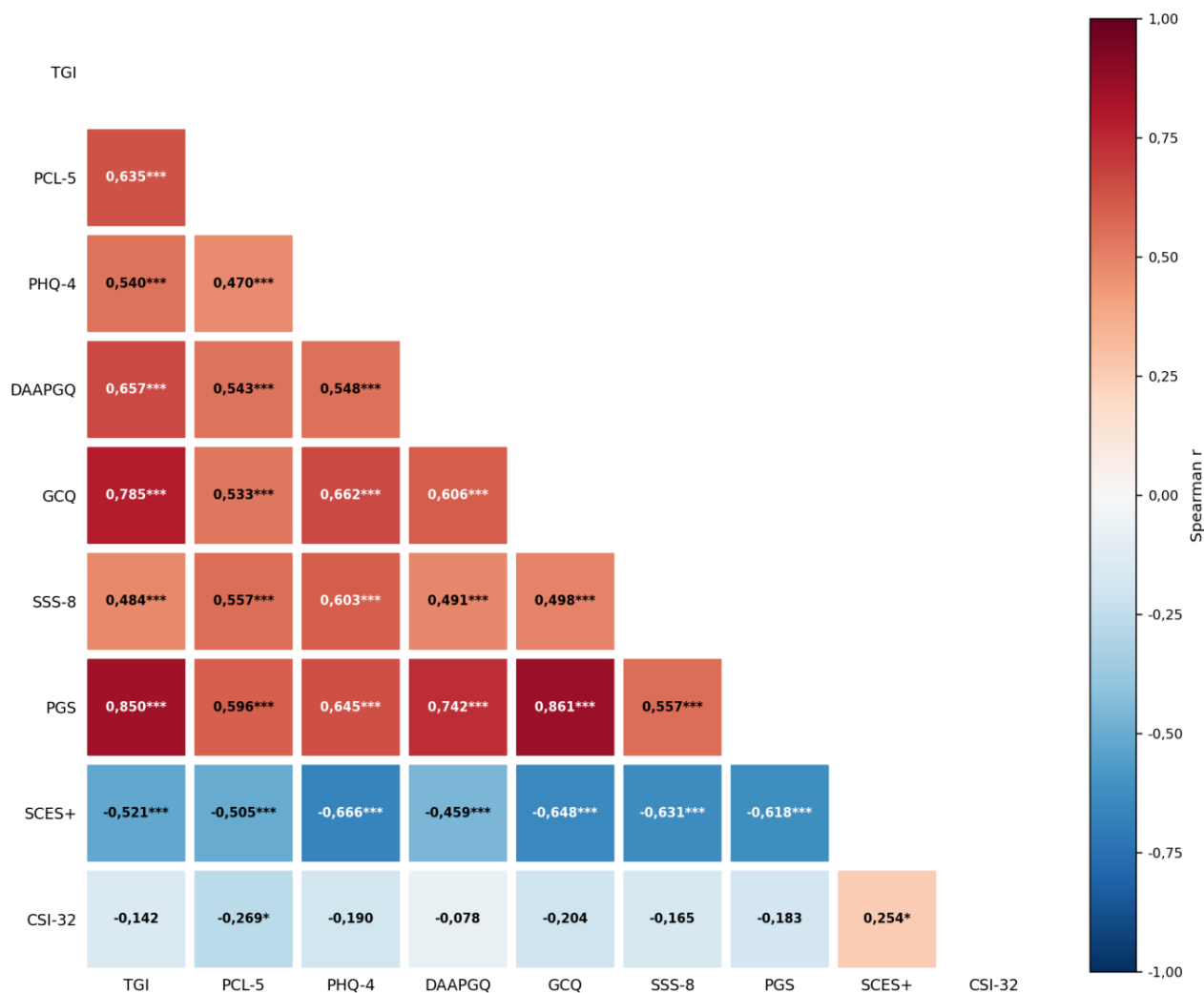
Описова статистика психометричних показників залежно від існування перепон для відвідування місця поховання (для респондентів, що мають місце поховання)

Психометричний показник	Чи існує перепона для відвідування		p*
	ні (n=29)	так (n=8)	
TGI-SR+			
- $\mu \pm \sigma$	39,52±13,99	49,38±9,12	0,104
- медіана (Q1–Q3)	39,0 (27,0–50,0)	48,0 (43,0–56,2)	
PCL-5			
- $\mu \pm \sigma$	7,07±5,87	14,00±5,83	0,008
- медіана (Q1–Q3)	6,0 (3,0–10,0)	15,0 (9,8–18,0)	
PHQ-4			
- $\mu \pm \sigma$	4,72±4,11	4,88±1,36	0,333
- медіана (Q1–Q3)	3,0 (2,0–8,0)	4,5 (4,0–6,0)	
DAAPGQ			
- $\mu \pm \sigma$	14,69±9,15	21,62±10,95	0,085
- медіана (Q1–Q3)	14,0 (6,0–20,0)	21,0 (11,5–28,0)	
GCQ			
- $\mu \pm \sigma$	24,69±18,73	37,62±9,16	0,059
- медіана (Q1–Q3)	23,0 (5,0–38,0)	36,0 (31,5–44,0)	
SSS-8			
- $\mu \pm \sigma$	13,69±8,04	17,38±5,50	0,183
- медіана (Q1–Q3)	13,0 (7,0–19,0)	16,0 (13,8–19,5)	
PGS			
- $\mu \pm \sigma$	96,97±24,67	111,75±16,65	0,073
- медіана (Q1–Q3)	96,0 (87,0–110,0)	113,5 (95,2–123,8)	
CSI-32			
- $\mu \pm \sigma$	123,14±16,25	80,12±40,54	0,001
- медіана (Q1–Q3)	129,0 (118,0–135,0)	93,0 (34,0–115,8)	
SCES+			
- $\mu \pm \sigma$	14,28±3,83	11,75±4,17	0,180
- медіана (Q1–Q3)	14,0 (12,0–17,0)	13,0 (11,8–13,5)	

Примітка: * – статистична значущість розрахована за допомогою U-критерію Манна–Вітні.

Наступний етап аналізу стосувався лише учасниць із місцем поховання дитини (включно з випадками «могила без тіла»): тих, хто не мали перепон для відвідування – 78,4% (n=29), та тих, хто мав такі перепони – 21,6% (n=8). У жінок із перепонами для відвідування спостерігалися значно вищі показники посттравматичних симптомів (PCL-5; p=0,008) та суттєво нижча задоволеність партнерськими стосунками (CSI-32; p=0,001). Додатково зафіксовано тенденції (що не досягли порогу статистичної значущості) щодо вищих показників інтенсивності горюван-

ня, негативних когніцій та уникнення. За показниками тривожно-депресивного дистресу та соматичних симптомів значущих відмінностей не виявлено (таблиця 7). Неможливість доступу до місця пам'яті може підтримувати переживання незавершеності, посилювати нав'язливі симптоми та ускладнювати символічну інтеграцію втрати. У сучасному українському контексті цей фактор набуває особливої клінічної значущості: вимушене переміщення населення внаслідок збройного конфлікту часто обмежує доступ до місць поховання або унеможливорює їх регулярне



Примітка: статистична значущість попарних кореляцій між показниками горювання, дистресу та адаптаційних ресурсів (TGI-SR+, PCL-5, PHQ-4, DAAPGQ, GCQ, SSS-8, PGS, SCES+, CSI-32): * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$; порожні клітинки відповідають незначущим кореляціям ($p > 0,05$).

Рис. Кореляційна матриця психометричних показників (ρ Спірмена)

відвідування [16]. Таким чином, просторові перепони можуть виступати додатковим стресогенним чинником у процесі адаптації після перинатальної втрати.

Кореляційний аналіз виявив два основні кластери взаємозв'язків (рисунок). Перший – симптоматичний – включав показники TGI-SR+, PCL-5, PHQ-4, DAAPGQ, GCQ, SSS-8 та PGS. Між ними зафіксовано сильні позитивні кореляції ($\rho = 0,54 - 0,86$; $p < 0,001$), що свідчить про інтегрований характер різних проявів психологічного дистресу після перинатальної втрати. Це узгоджується з літературними даними про спільну латентну основу РТГ, ПТСТР та депресії [13]. Другий – адаптаційно-реляційний – охоплював SCES+ та CSI-32. Дієвість копіngu демонструвала помірні негативні кореляції з усіма показниками симптоматичного кластера (ρ від

$-0,46$ до $-0,67$; $p < 0,001$), що підтвердило її роль як потенційного адаптаційного ресурсу [14,23,24]. Задоволеність партнерськими стосунками корелювала з дієвістю копіngu помірно позитивно ($\rho = 0,25$; $p < 0,05$) та демонструвала слабкий негативний зв'язок із посттравматичними симптомами. Це відображає взаємообумовленість міжособистісних ресурсів та травматичного дистресу [12,26].

Отримані результати підкреслюють важливість забезпечення можливості повноцінного прощання та поховання у клінічній практиці перинатальної допомоги. Підтримка родин у проведенні поховальних ритуалів та сприяння збереженню символічного зв'язку з дитиною мають розглядатися як невід'ємні елементи психосоціальної допомоги після втрати, відповідно до міжнародних рекомендацій [17]. Особливої уваги потребують

жінки, які внаслідок вимушеного переміщення позбавлені доступу до місця поховання.

Результати слід інтерпретувати з урахуванням методологічних обмежень. Поперечний дизайн не дозволяє встановлювати прямі причинно-наслідкові зв'язки. Відсутність сурових часових обмежень щодо терміну після втрати зумовила включення учасниць як у гострому, так і у віддаленому періодах горювання. Незалежні змінні оцінювалися ретроспективно, що могло бути пов'язано з когнітивними викривленнями пам'яті. Окремі підвибірки були невеликими, зокрема група з перепонами для відвідування місця поховання (n=8), що знизило статистичну потужність тестів. Подальші дослідження доцільно спрямувати на лонгітюдний аналіз із контролем часового чинника та залученням партнерів (чоловіків).

Висновки

Можливість проведення поховального ритуалу в бажаному обсязі та наявність місця поховання були пов'язані з кращою психологічною адаптацією, зокрема більшою дієвістю копіngu. Водночас для задоволеності партнерськими стосунками простежувалася тенденція до кращих показників.

Наявність перепонов для відвідування місця поховання асоціювалася з більш вираженими симп-

томами посттравматичного стресу та нижчою задоволеністю партнерськими стосунками, що є критично актуальним в умовах масового вимушеного переміщення населення внаслідок війни.

Фізичний контакт із тілом дитини не продемонстрував статистично значущих зв'язків із показниками психологічного дистресу або адаптації в даній вибірці.

Досвід прощання та поховання виявився пов'язаним передусім із міжособистісною та адаптаційною сферами, а не з інтенсивністю симптомів горювання як таких. Отримані дані обґрунтовують необхідність врахування доступності ритуалів прощання у клінічній практиці перинатальної допомоги.

Подальші дослідження доцільно спрямувати на лонгітюдний аналіз із контролем часового чинника та включенням партнерів.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Фінансування. Стаття є фрагментом дисертаційного дослідження та виконана в межах науково-дослідної роботи «Інноваційні технології ефективного психолого-психіатричного супроводу осіб, які пережили різні типи втрат під час війни» на кафедрі медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії НМУ імені О.О. Богомольця.

References/Література

1. Badenhorst W, Hughes P. (2007). Psychological aspects of perinatal loss. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 21(2): 249-259. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2006.11.004>.
2. Blevins CA, Weathers FW, Davis MT, Witte TK, Domino JL. (2015). The posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. *Journal of Traumatic Stress*. 28(6): 489-498. <https://doi.org/10.1002/jts.22059>.
3. Boelen PA, Lensvelt-Mulders GJ. (2005). Psychometric properties of the Grief Cognitions Questionnaire (GCQ). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 27(4): 291-303. <https://doi.org/10.1007/s10862-005-2409-5>.
4. Cacciatore J. (2013). Psychological effects of stillbirth. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*. 18(2): 76-82. <https://doi.org/10.1016/j.siny.2012.09.001>.
5. Castle J, Phillips WL. (2003). Grief rituals: Aspects that facilitate adjustment to bereavement. *Journal of Loss and Trauma*. 8(1): 41-71. <https://doi.org/10.1080/15325020305876>.
6. Doka KJ. (1999). Disenfranchised grief. *Bereavement Care*. 18(3): 37-39. <https://doi.org/10.1080/02682629908657467>.
7. Farren J, Jalmbant M, Ameye L et al. (2020). Post-traumatic stress, anxiety and depression following miscarriage and ectopic pregnancy: A multicenter prospective cohort study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 222(4): 367.e1-367.e22. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.10.102>.
8. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*. 39(2): 175-191. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>.
9. Funk JL, Rogge RD. (2007). Testing the ruler with item response theory: Increasing precision of measurement for relationship satisfaction with the Couples Satisfaction Index. *Journal of Family Psychology*. 21(4): 572-583. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.21.4.572>.
10. Gierk B, Kohlmann S, Kroenke K et al. (2014). The somatic symptom scale-8 (SSS-8): A brief measure of somatic symptom burden. *JAMA Internal Medicine*. 174(3): 399-407. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.12179>.
11. Hewson H, Galbraith N, Jones C, Heath G. (2024). The impact of continuing bonds following bereavement: A systematic review. *Death Studies*. 48(10): 1001-1014. <https://doi.org/10.1080/07481187.2023.2223593>.
12. Hutti MH, Armstrong DS, Myers JA, Hall LA. (2015). Grief intensity, psychological well-being, and the intimate partner relationship in the subsequent pregnancy after a perinatal loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 44(1): 42-50. <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12539>.

13. Janshen A, Eisma MC. (2024). Bidirectional associations between prolonged grief symptoms and depressive, anxiety, and posttraumatic stress symptoms: A systematic review. *Journal of Traumatic Stress*. 37(6): 825-836. <https://doi.org/10.1002/jts.23061>.
14. Kalisch R, Russo SJ, Müller MB. (2024). Neurobiology and systems biology of stress resilience. *Physiological Reviews*. 104(3): 1205-1263. <https://doi.org/10.1152/physrev.00042.2023>.
15. Kersting A, Wagner B. (2012). Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 14(2): 187-194. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.2/akersting>.
16. Killikelly C, Bauer S, Maercker A. (2018). The assessment of grief in refugees and post-conflict survivors: A narrative review of etic and emic research. *Frontiers in Psychology*. 9: 1957. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01957>.
17. Koopmans L, Wilson T, Cacciatore J, Flenady V. (2013). Support for mothers, fathers and families after perinatal death. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. (6): CD000452. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000452.pub3>.
18. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Löwe B. (2009). An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: The PHQ-4. *Psychosomatics*. 50(6): 613-621. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.50.6.613>.
19. Lenferink LIM, Eisma MC, Smid GE, de Keijser J, Boelen PA. (2022). Valid measurement of DSM-5 persistent complex bereavement disorder and DSM-5-TR and ICD-11 prolonged grief disorder: The Traumatic Grief Inventory-Self Report Plus (TGI-SR+). *Comprehensive Psychiatry*. 112: 152281. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152281>.
20. Leshchuk I, But T, Zelenko Ye, Frankova I. (2025). Чинники, асоційовані з тривалим горюванням, ПТСР та тривожно-депресивним дистресом серед осіб, які втратили близьких під час війни в Україні. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 10(3). [Лещук І, Бут Т, Зеленько Є, Франкова І. (2025). Чинники, асоційовані з тривалим горюванням, ПТСР та тривожно-депресивним дистресом серед осіб, які втратили близьких під час війни в Україні. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 10(3)]. <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v10i3.658>.
21. Leshchuk I, But T, Zelenko Ye, Frankova I. (2025). Psychometrychni kharakterystyky ukrainomovnykh versii shkal nerealnosti vtraty, dezadaptivnykh kohnitsii ta tryvozhno-depresyvnogo unyknennia u vybirtsi osib, yaki perezhlyly vtratu blizykoi liudyny v umovakh viiny. *Psychosomatychna medytsyna ta zahalna praktyka*. 10(2). [Лещук І, Бут Т, Зеленько Є, Франкова І. (2025). Психометричні характеристики україномовних версій шкал нереальності втрати, дезадаптивних когніцій та тривожно-депресивного уникнення у вибірці осіб, які пережили втрату близької людини в умовах війни. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 10(2)]. <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v10i2.593>.
22. Mitima-Verloop HB, Mooren TTM, Boelen PA. (2021). Facilitating grief: An exploration of the function of funerals and rituals in relation to grief reactions. *Death Studies*. 45(9): 735-745. <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1686090>.
23. Shalev AY. (2022). Surviving warfare adversities: A brief survival advice for civilians under war stress. *Psychosomatic Medicine and General Practice*. 7(1): e0701357. <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v7i1.357>.
24. Sheehy KA, Hruska B, Waldrep EE et al. (2023). The mediating role of coping self-efficacy on social support and PTSD symptom severity among injury survivors. *Anxiety, Stress & Coping*. 36(6): 770-780. <https://doi.org/10.1080/10615806.2023.2199208>.
25. Toedter LJ, Lasker JN, Alhadeff JM. (1988). The Perinatal Grief Scale: Development and initial validation. *American Journal of Orthopsychiatry*. 58(3): 435-449. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1988.tb01604.x>.
26. Tseng YF, Cheng HR, Chen YP, Yang SF, Cheng PT. (2017). Grief reactions of couples to perinatal loss: A one-year prospective follow-up. *Journal of Clinical Nursing*. 26(23-24): 5027-5038. <https://doi.org/10.1111/jocn.14059>.
27. Wortmann JH, Jordan AH, Weathers FW et al. (2016). Psychometric analysis of the PTSD checklist-5 (PCL-5) among treatment-seeking military service members. *Psychological Assessment*. 28(11): 1392-1403. <https://doi.org/10.1037/pas0000260>.
28. Zhang X, Chen Y, Zhao M, Yuan M, Zeng T, Wu M. (2024). Complicated grief following the perinatal loss: A systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 24(1): 772. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06986-y>.

Відомості про авторів:

Бут Тетяна Олександрівна – асистент, аспірант каф. медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії ННІ психічного здоров'я НМУ ім. О.О. Богомольця; лікар-психолог КНП «Київська міська клінічна лікарня №3» КМДА. Адреса: м. Київ, вул. Коцюбинського, 8а. <https://orcid.org/0000-0002-5442-746X>.

Франкова Ірина Олександрівна – PhD, ст.дослід. Centrum 45 ARQ National Psychotrauma Centre, Nieuwe Rijngeesterweg 10, 2342 BV Oegstgeest, Netherlands. <https://orcid.org/0000-0001-9371-6849>.

Лещук Ірина Володимирівна – аспірант каф. медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії ННІ психічного здоров'я НМУ ім. О.О. Богомольця; Адреса: м. Київ, вул. Коцюбинського, 8а. <https://orcid.org/0000-0002-8353-6710>.

Стаття надійшла до редакції 17.09.2025 р.; прийнята до друку 20.11.2025 р.