

Оцінювання психологічного стану здобувачів медичної освіти в умовах війни залежно від місця перебування

Ю. М. Колесник¹, I. В. Геруш², Д. Ю. Рязанов¹, Т. О. Ілашчук², В. О. Курило¹,
В. Л. Підлубний¹, А. Д. Городокін¹

¹Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, Україна,

²Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

A – концепція та дизайн дослідження; B – збір даних; C – аналіз та інтерпретація даних; D – написання статті; E – редагування статті;
F – остаточне затвердження статті

Ключові слова:

психологічний стан, безпекова ситуація, війна, Україна, тривога, депресія, механізми психологічного захисту.

Keywords:

psychological state, security situation, war, Ukraine, anxiety, depression, psychological defense mechanisms.

Надійшла до редакції /
Received: 15.09.2025

Після доопрацювання /
Revised: 14.10.2025

Схвалено до друку /
Accepted: 18.11.2025

Конфлікт інтересів:
відсутній.

Conflicts of interest:
authors have no conflict
of interest to declare.

Мета роботи – аналіз психологічного стану здобувачів вищої медичної освіти, у тому числі на післядипломному етапі, у місті Запоріжжя та порівняння цих показників із аналогічним контингентом у місті Чернівці, контингентом тимчасово переміщених здобувачів вищої медичної освіти в інших регіонах України та за кордоном.

Матеріали і методи. Здійснено оцінювання рівнів прояву тривоги й депресії за допомогою онлайн-дослідження на контингенті 613 осіб шляхом опитування, реалізованого анкетним методом за структурою опитувальників Generalized Anxiety Disorder 7-item scale та Patient Health Questionnaire, що належним чином адаптовані для використання в Україні.

Результати. Для групи респондентів Запоріжжя під час порівняння з групою респондентів м. Чернівці показник кількості «значущих» випадків тривоги є достовірно нижчим ($p = 0,016$). Кількість «значущих» випадків депресії не засвідчує суттєвих відмінностей з іншими групами. Водночас для групи респондентів Чернівців порівняно з групою респондентів з інших областей України кількість «значущих» випадків тривоги є достовірно вищою ($p = 0,019$). Кількість «значущих» випадків депресії порівняно з групою респондентів з інших областей України цей показник є достовірно більшим ($p = 0,019$).

Висновки. Якісний аналіз продемонстрував переважання кількості «значущих» випадків тривоги в групі респондентів з Чернівців порівняно з групою респондентів із Запоріжжя (42,6 % порівняно з 30,1 %, $p = 0,016$), та порівняно з групою респондентів з інших областей України (42,6 % порівняно з 28,2 %, $p = 0,002$). Якісний аналіз демонструє переважання кількості «значущих» випадків депресії в групі респондентів з Чернівців порівняно з аналогічною групою з інших областей України (48,8 % проти 37,2 %, $p = 0,019$), при цьому не встановлено переважання кількості «значущих» випадків порівняно з аналогічною групою з Запоріжжя (48,8 % проти 39,7 %, $p = 0,068$). Кількісний аналіз демонструє, що статистично-значущі відмінності у показниках самооцінки рівня тривоги спостерігаються лише між групами респондентів у м. Чернівці та у інших областях України, з переважанням у групі респондентів м. Чернівці ($p = 0,006$). Аналогічним чином відмінності у кількісних показниках самооцінки рівня депресії за PHQ-9 спостерігаються також лише між групами респондентів у Чернівцях та у інших областях України, з переважанням середнього рівня важкості депресії у групі респондентів м. Чернівці ($p = 0,012$).

Сучасні медичні технології. 2025. Т. 17, № 4(67). С. 257-265

Assessment of the psychological state of medical students in wartime depending on their location

Yu. M. Kolesnyk, I. V. Gerush, D. Yu. Riazanov, T. O. Ilashchuk, V. O. Kurylo,
V. L. Pidlubnyi, A. D. Horodokin

The aim of the study is to analyze the psychological state of medical students, including those in postgraduate training, in the city of Zaporizhzhia and comparing these indicators with a similar cohort in the city of Chernivtsi, with the cohort of temporarily displaced medical students in other regions of Ukraine and abroad.

Materials and methods. An assessment of anxiety and depression levels was conducted among 613 medical students. The study was implemented through an online survey using a questionnaire-based method, structured according to the Generalized Anxiety Disorder 7-item scale (GAD-7) and the Patient Health Questionnaire (PHQ-9), both of which have been properly adapted for use in Ukraine.

Results. For the group of respondents from Zaporizhzhia, when compared to the group of respondents from Chernivtsi, the number of “clinically significant” cases of anxiety was significantly lower ($p = 0.016$). The number of “clinically significant” cases of depression did not show significant differences compared to other groups. At the same time, for the group of respondents from Chernivtsi, compared to the group of respondents from other

© The Author(s) 2025
This is an open access article
under the
[Creative Commons](#)
[CC BY-NC 4.0 license](#)

regions of Ukraine, the number of “clinically significant” cases of anxiety was significantly higher ($p = 0.019$). The number of “clinically significant” cases of depression, when compared to the group of respondents from other regions of Ukraine, was also significantly higher ($p = 0.019$).

Conclusions. Qualitative analysis demonstrates prevalence of “significant” cases of anxiety according to the GAD-7 in the group of respondents from Chernivtsi compared with the group from Zaporizhzhia (42.6 % vs. 30.1 %, $p = 0.016$). Compared with the group of respondents from other regions of Ukraine, this indicator is also higher in the Chernivtsi group (42.6 % vs. 28.2 %, $p = 0.002$). Qualitative analysis shows a predominance of “significant” cases of depression in the group of respondents from Chernivtsi compared to a similar group from other regions of Ukraine (48.8% vs. 37.2%, $p = 0.019$), while no predominance of “significant” cases was found in comparison with a similar group from Zaporizhzhia (48.8% vs. 39.7%, $p = 0.068$). Quantitative analysis shows that statistically significant differences in self-assessment of anxiety levels are observed only between groups of respondents in Chernivtsi and other regions of Ukraine, with a predominance in the group of respondents in Chernivtsi ($p = 0.006$). Similarly, differences in quantitative indicators of self-reported depression levels according to PHQ-9 are also observed only between groups of respondents from Chernivtsi and other regions of Ukraine, with a predominance of moderate depression severity in the group of respondents from Chernivtsi ($p = 0.012$).

Modern medical technology. 2025;17(4):257-265

Неспровокована військова агресія Російської Федерації проти України є не лише актом міжнародної агресії, що грубо порушує норми міжнародного права, але й злочином проти людяності, який супроводжується систематичними воєнними злочинами з боку агресора. Війна, розпочата проти України, не обмежується лише прямим фізичним насильством щодо цивільного населення, а й справляє глибокий і багатовимірний негативний вплив на гуманітарну, соціальну та культурну сфери життя, на соціальну згуртованість та довіру, а також на психічне здоров'я й психологічне благополуччя населення [1,2,3].

Сучасна безпекова криза в Україні хронологічно на-шарувалася на період глобальної пандемії COVID-19, що супроводжувалась суворими карантинними обмеженнями. Внаслідок цього значна частина молодого покоління опинилася у стані тривалої соціальної ізоляції зі звуженням можливостей для міжособистісної взаємодії, професійної реалізації та підтримки стабільного освітнього процесу в традиційних формах. Упродовж кількох років поспіль молодь змушена була адаптуватися до умов подвійної кризи: з одного боку, соціальних обмежень, зумовлених як карантинними, так і воєнними заходами (включно з комендантською годиною, скороченням або повним припиненням роботи рекреаційної та культурної інфраструктури, зменшенням можливостей для очного навчання); з іншого – щоденного перебування під реальною загрозою фізичній безпеці, що включає регулярні ракетні обстріли, застосування авіабомб та безпілотних літальних апаратів [4,5,6,7,8].

Міжнародні дослідження засвідчують, що поєднання хронічного стресу, невизначеності майбутнього та соціальної ізоляції є потужним фактором ризику розвитку психоемоційних порушень, зокрема тривожних і депресивних станів у молоді. Водночас у вітчизняному науковому дискурсі дані щодо поширеності та інтенсивності проявів тривожності й депресії залишаються недостатньо систематизованими та фрагментарними. Це зумовлено низкою чинників: низьким рівнем обізнаності щодо проблем психічного здоров'я, високим рівнем стигматизації психологічних і психіатричних розладів, обмеженою довірою до фахівців, а також руйнацією інфраструктури надання психологічної та психіатричної

допомоги, що наразі компенсується створенням нових інституцій, зокрема мережі «кабінетів психічного здоров'я» [9,10,11,12,13,14,15].

У цьому контексті особливо вразливою групою виступають здобувачі вищої медичної освіти – студенти та лікарі-інтерни. Ця категорія населення перебуває у критичному періоді становлення професійної та особистісної ідентичності, що поєднується з високими когнітивними, емоційними та соціальними навантаженнями. В умовах війни вони додатково стикаються з феноменами хронічного стресу, відчуття невизначеності майбутнього, фрустрації освітніх і професійних планів, а також соціальної депривації, спричиненої як вимушеними обмеженнями, так і факторами релокації [11,12,13,15,16].

Питання локального безпекового контексту набуває тут особливого значення, оскільки проживання у прифронтовому регіоні, тиловому місті чи в умовах вимушеної релокації істотно модифікує психоемоційний стан особи, визначаючи спектр стресових факторів, рівень суб'єктивного відчуття загрози, доступність ресурсів соціальної підтримки та характер адаптаційних стратегій.

Мета роботи

Оцінювання психологічного стану шляхом виявлення рівнів прояву тривоги та депресії у здобувачів вищої медичної освіти, у тому числі її післядипломного етапу, у місті Запоріжжя порівняно з аналогічним контингентом у місті Чернівці, з контингентом тимчасово переміщених здобувачів вищої медичної освіти в інших регіонах України та за кордоном.

Матеріали і методи дослідження

Дослідження проведено на контингенті 613 здобувачів вищої медичної освіти шляхом онлайн-опитування, реалізованого анкетним методом за структурою опитувальників Generalized Anxiety Disorder 7-item scale та Patient Health Questionnaire, що належним чином адаптовані для використання в Україні. Гендерний розподіл контингенту був таким: жінки – 466 осіб, чоловіки – 145 осіб, побажали не зазначати стать – 2 особи.

Таблиця 1. Загальні характеристики контингенту дослідження

Форма навчання	м. Запоріжжя	м. Чернівці	Інші області України	За межами України
Очна	49	174	28	6
Змішана	54	22	17	1
Онлайн	81	15	143	23
Загальна кількість	184	211	188	30

За віком контингент розподілено таким чином: вікова група 16–20 років – 338 осіб, 21–25 років – 232 особи, 26–30 років – 25 осіб, 30–35 років – 12 осіб, 36–40 років – 4 особи, вікова група >40 років – 2 особи.

Дослідження проводили протягом червня – липня 2025 року за допомогою онлайн-сервісу Google Forms. Щоб запобігти залученню до дослідження нецільових контингентів, опитування було організоване за адміністративної підтримки Запорізького державного медико-фармацевтичного університету та Буковинського державного медичного університету, що забезпечили участь здобувачів вищої медичної освіти через персоналізовані посилання. Загальні характеристики контингенту наведено в таблиці 1.

Дослідження виконане з використанням психодіагностичного й статистичного методів.

У контексті психодіагностичного методу було використано такі методики: шкала генералізованого тривожного розладу (Generalized Anxiety Disorder 7-item scale; GAD-7), яка є одним із найбільш поширених діагностичних інструментів, призначених для самостійного скринінгу та оцінювання рівня тривоги, та яку використовують як інструмент первинного виявлення тривожних розладів. Шкала складається із семи пунктів, що вимірюють частоту симптомів тривоги протягом останніх двох тижнів; кожен пункт респондент оцінює самостійно за шкалою типу Лайкерта. Розрахунок результатів здійснюють шляхом прямого складання балів та інтерпретують відповідно до таких діапазонів: 0–4 бали – мінімальний рівень тривожності, 5–9 балів – слабкий рівень тривожності, 10–14 балів – помірний рівень тривожності, 15–21 бал – високий рівень тривожності.

Опитувальник здоров'я пацієнта (Patient Health Questionnaire; PHQ-9) є скороченою версією опитувальника PHQ, спеціально розробленою для оцінювання симптомів депресії; його використовують для скринінгу та встановлення важкості симптомів депресії. Він складається з дев'яти пунктів, що відповідають діагностичним критеріям великого депресивного розладу за DSM-5. Кожен пункт оцінює частоту проявів симптомів протягом останніх двох тижнів; оцінює їх респондент самостійно за шкалою типу Лайкерта. Розрахунок результатів здійснюють шляхом прямого складання балів та інтерпретують відповідно до таких діапазонів: 0–4 бали – відсутність депресії, 5–9 балів – депресія легкого ступеня; 10–14 балів – депресія помірного ступеня, 15–19 балів – депресія вираженого ступеня; 20–27 балів – депресія важкого ступеня.

Статистичні методи використовували для аналізу результатів дослідження. Усі розрахунки здійснювали на ПЕОМ за допомогою програми «Statistica 13.0» (StatSoft Inc., № JПZ8041382130ARCN10-J).

Результати

Якісний аналіз показників здійснено за допомогою точного метода Фішера з використанням критерію χ^2 . Порогові значення показників були встановлені на основі умовного розподілу кваліфікованих результатів самооцінювання за GAD-7 та PHQ-9 на «незначні» (мінімальні, легкі рівні) та «значущі» (помірні, важкі рівні). Цільовим параметром порівняння стала кількість «значущих» випадків оцінювання симптомів тривоги та депресії згідно з використаними психодіагностичними інструментами.

Розподіл рівнів прояву тривоги згідно з результатами самооцінювання за GAD-7 залежно від локації перебування наведено в таблиці 2.

Для групи респондентів м. Запоріжжя при загальній кількості 184 особи кількість «незначних» випадків тривоги становила 127, «значущих» – 57. Порівняно з групою респондентів м. Чернівці показник кількості «значущих» випадків є достовірно меншим ($p = 0,016$); порівняно з групою респондентів з інших областей України він істотно не відрізняється ($p = 0,556$); порівняно з групою респондентів за межами України він також істотно не відрізняється ($p = 0,181$).

Для групи респондентів м. Чернівці при загальній кількості 211 осіб кількість «субклінічних» випадків тривоги становила 121, «значущих» – 90. Як уже було сказано, порівняно з групою респондентів м. Запоріжжя показник кількості «значущих» випадків є достовірно вищим ($p = 0,016$); порівняно з групою респондентів з інших областей України він також є достовірно вищим ($p = 0,002$); порівняно з групою респондентів за межами України він істотно не відрізняється ($p = 0,943$).

Для групи респондентів з інших областей України (за винятком м. Запоріжжя та м. Чернівці) при загальній кількості 188 осіб кількість «субклінічних» випадків тривоги становила 135, «значущих» – 53. Як уже було сказано, порівняно з групою респондентів м. Запоріжжя показник кількості «значущих» випадків істотно не відрізняється ($p = 0,556$); порівняно з групою респондентів з м. Чернівці він є достовірно нижчим ($p = 0,002$); порівняно з групою респондентів за межами України він істотно не відрізняється ($p = 0,094$).

Проаналізовано профілі проявів тривоги згідно з GAD-7 залежно від локації перебування за окремими категоріями проявів (порівнювали кількість «значущих» випадків). Результати наведено в таблиці 3.

Аналіз даних демонструє наявність достовірних розбіжностей для групи респондентів з м. Запоріжжя, де кількість «значущих» випадків занепокоєння ($p = 0,018$) та напруженості ($p = 0,042$) менша ніж у групи респондентів з м. Чернівці. Також кількість «значущих» випадків напруженості ($p = 0,017$)

менша ніж у групі респондентів за межами України. Різниця з даними з інших областей України виявлено не було.

Для групи респондентів з м. Чернівці, окрім переважаючої кількості «значущих» випадків занепокоєння та напруженості порівняно з групою респондентів з м. Запоріжжя, кількість «значущих» випадків хвилювання ($p = 0,010$), занепокоєння ($p = 0,006$), напруженості ($p = 0,029$) та втрати контролю ($p = 0,006$) переважає показники в інших областях України (за винятком м. Запоріжжя). Різниця з даними групи респондентів за межами України виявлено не було.

Для групи респондентів з інших областей України (за винятком м. Запоріжжя та м. Чернівці), окрім уже описаних відмінностей, кількість «значущих» випадків занепокоєння ($p = 0,033$) та напруженості ($p = 0,013$) є меншою, ніж у групі респондентів за межами України.

Розподіл рівнів прояву депресії згідно з результатами самооцінювання за PHQ-9 залежно від локації перебування наведено в *таблиці 4*.

Для групи респондентів м. Запоріжжя, при загальній кількості 184 особи кількість «незначущих» випадків депресії становила 111, «значущих» – 73. Порівняно з групою респондентів м. Чернівці показник кількості «значущих» випадків статистично не відрізняється ($p = 0,068$); порівняно з групою респондентів з інших областей України він істотно не відрізняється ($p = 0,628$); порівняно з групою респондентів за межами України він також істотно не відрізняється ($p = 0,159$).

Для групи респондентів м. Чернівці при загальній кількості 211 осіб кількість «субклінічних» випадків депресії становила 108, «значущих» – 103. Як уже було сказано, порівняно з групою респондентів м. Запоріжжя показник кількості «значущих» випадків статистично не відрізняється ($p = 0,068$); порівняно з групою респондентів з інших областей України він є достовірно вищим ($p = 0,019$); порівняно з групою респондентів за межами України він істотно не відрізняється ($p = 0,643$).

Для групи респондентів з інших областей України (за винятком м. Запоріжжя та м. Чернівці) при загальній кількості 188 осіб кількість «незначущих» випадків депресії становила 118, «значущих» – 70. Як уже було сказано, порівняно з групою респондентів м. Запоріжжя показник кількості «клінічних» випадків істотно не відрізняється ($p = 0,628$); порівняно з групою респондентів з м. Чернівці він є достовірно нижчим ($p = 0,019$); порівняно з групою респондентів за межами України він істотно не відрізняється ($p = 0,093$).

Проаналізовано профілі проявів депресії згідно з PHQ-9 залежно від локації перебування за окремими категоріями проявів (порівнювали кількість «значущих» випадків). Результати наведено в *таблиці 5*.

Аналіз даних демонструє наявність достовірних розбіжностей для групи респондентів з м. Запоріжжя, де кількість «значущих» випадків браку енергії ($p = 0,011$) та порушення уваги ($p = 0,008$) менша, ніж у групі респондентів з м. Чернівці. Також кількість «значущих» випадків браку енергії ($p = 0,009$) менша, ніж у групі респондентів за межами України. Різниця з даними інших областей України виявлено не було.

Для групи респондентів з м. Чернівці, окрім переважаючої кількості «значущих» випадків браку енергії та порушення ува-

ги порівняно з групою респондентів з м. Запоріжжя, кількість «значущих» випадків зниження настрою ($p = 0,068$), порушення сну ($p = 0,074$), браку енергії ($p = 0,017$), порушення апетиту ($p = 0,019$), негативних думок ($p = 0,053$) та порушення уваги ($p = 0,045$) переважає показники в інших областях України (за винятком м. Запоріжжя). Різниця з даними групи респондентів за межами України виявлено не було.

Для групи респондентів з інших областей України (за винятком м. Запоріжжя та м. Чернівці) окрім уже описаних відмінностей, кількість «значущих» випадків втрати інтересу ($p = 0,039$) та браку енергії ($p = 0,011$) є меншою, ніж у групі респондентів за межами України.

Результати проведеного кореляційного аналізу між показниками проявів тривоги за GAD-7 та депресії за PHQ-9 наведено на *рис. 1*.

Як видно з поданих даних, коефіцієнт кореляції дорівнює 0,82, що відповідає високому рівню зв'язку за шкалою Чедока.

Задля встановлення відмінностей між досліджуваними групами проведено однофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA) показників прояву тривоги згідно з результатами самооцінювання за GAD-7 та депресії згідно з результатами самооцінювання за PHQ-9. Загальні статистичні дані щодо показників GAD-7 залежно від локації перебування респондентів наведено в *таблиці 6*.

Згідно з аналізом результатів, загальна сума квадратів становила 22133,015, з яких міжгрупова варіація становила 448,082, а внутрішньогрупова – 21684,932. Ступені свободи для міжгрупової дисперсії дорівнювали $df = 3$, а для внутрішньогрупової $df = 609$. Середньоквадратичне значення між групами становило 149,361, тоді як внутрішньогрупове – 35,607.

Отримане значення F-критерію = 4,195, а рівень значущості $p = 0,006$, що свідчить про наявність статистично значущих відмінностей між групами.

Для подальшого з'ясування парних відмінностей між групами було проведено post-hoc аналіз – тест Тьюкі, результати множинних порівнянь наведено в *таблиці 7*.

За результатами post-hoc аналізу стало зрозуміло, що статистично значущі відмінності у кількісних показниках самооцінювання рівня тривоги за GAD-7 спостерігали між групами респондентів у м. Чернівці та в інших областях України (за винятком м. Запоріжжя) з переважанням середнього рівня важкості тривоги у групі респондентів м. Чернівці ($p = 0,006$).

Загальні дані щодо показників PHQ-9 залежно від локації перебування респондентів наведено в *таблиці 8*.

Встановлено, що загальна сума квадратів становила 28492,900, з яких міжгрупова варіація становила 562,776, а внутрішньогрупова – 27930,124. Ступені свободи для міжгрупової дисперсії дорівнювали $df = 3$, а для внутрішньогрупової $df = 609$. Середньоквадратичне значення між групами становило 187,592, тоді як внутрішньогрупове – 45,862.

Отримане значення F-критерію = 4,090, а рівень значущості $p = 0,007$, що свідчить про наявність статистично значущих відмінностей між групами.

Для подальшого з'ясування парних відмінностей між групами було проведено post-hoc аналіз – тест Тьюкі, результати множинних порівнянь наведено в *таблиці 9*.

Таблиця 2. Розподіл рівнів прояву тривоги згідно з результатами самооцінювання за GAD-7 залежно від локації перебування, n (%)

Рівень тривоги за GAD-7	Запоріжжя	Чернівці	Інші області України	За межами України
Мінімальний	68 (36,9 %)	58 (27,5 %)	83 (44,1 %)	8 (26,7 %)
Слабкий	59 (32,1 %)	63 (29,8 %)	52 (27,7 %)	9 (30,0 %)
Помірний	29 (15,8 %)	53 (25,1 %)	31 (16,5 %)	6 (20,0 %)
Високий	28 (15,2 %)	37 (17,5 %)	22 (11,7 %)	7 (23,3 %)

Таблиця 3. Профілі проявів депресії згідно з GAD-7 (значущі випадки) залежно від локації перебування за окремими категоріями проявів

Прояв тривоги згідно з GAD-7	Запоріжжя, n = 184	Чернівці, n = 211	Інші області, n = 188	За межами України, n = 30
Збудження	72 (39,1 %)	93 (44,1 %)	68 (36,2 %)	13 (43,3 %)
Хвилювання	45 (24,5 %)	69 (32,7 %)	40 (21,3 %)	10 (33,3 %)
Занепокоєння	59 (32,1 %)	92 (43,6 %)	57 (30,3 %)	15 (50,0 %)
Напруженість	52 (28,3 %)	80 (37,9 %)	52 (27,7 %)	15 (50,0 %)
Метушливість	37 (20,1 %)	56 (26,5 %)	37 (19,7 %)	9 (30,0 %)
Втрата контролю	61 (33,2 %)	88 (41,7 %)	54 (28,7 %)	12 (40,0 %)
Страх	55 (29,9 %)	62 (29,4 %)	45 (23,9 %)	12 (40,0 %)

Таблиця 4. Розподіл рівнів прояву депресії згідно з результатами самооцінювання за PHQ-9 залежно від локації перебування, n (%)

Рівень депресії за PHQ-9	Запоріжжя	Чернівці	Інші області України	За межами України
Немає	59 (32,0 %)	50 (23,7 %)	75 (39,9 %)	8 (26,7 %)
Легка	52 (28,3 %)	58 (27,5 %)	43 (22,9 %)	6 (20,0 %)
Помірна	36 (19,6 %)	49 (23,2 %)	31 (16,5 %)	4 (13,3 %)
Виражена	21 (11,4 %)	31 (14,7 %)	27 (14,3 %)	8 (26,7 %)
Тяжка	16 (8,7 %)	23 (10,9 %)	12 (6,4 %)	4 (13,3 %)

Таблиця 5. Профілі проявів депресії згідно з PHQ-9 («значущі» випадки) залежно від локації перебування за окремими категоріями проявів

Прояв депресії згідно з PHQ-9	Запоріжжя, n = 184	Чернівці, n = 211	Інші області, n = 188	За межами України, n = 30
Втрата інтересу	65 (35,3 %)	80 (37,9 %)	58 (30,9 %)	15 (50,0 %)
Зниження настрою	58 (31,5 %)	80 (37,9 %)	55 (29,3 %)	14 (46,7 %)
Порушення сну	80 (43,5 %)	96 (45,5 %)	69 (36,7 %)	13 (43,3 %)
Брак енергії	70 (38,0 %)	107 (50,7 %)	73 (38,8 %)	19 (63,3 %)
Порушення апетиту	57 (31,0 %)	78 (37,0 %)	49 (26,1 %)	13 (43,3 %)
Негативні думки	42 (22,8 %)	64 (30,3 %)	41 (21,8 %)	11 (36,7 %)
Порушення уваги	54 (29,3 %)	89 (42,2 %)	61 (32,4 %)	14 (45,7 %)
Психомоторні порушення	25 (13,6 %)	33 (15,6 %)	25 (13,3 %)	4 (13,3 %)
Думки про самогубство	17 (9,2 %)	22 (10,4 %)	15 (8,0 %)	4 (13,3 %)

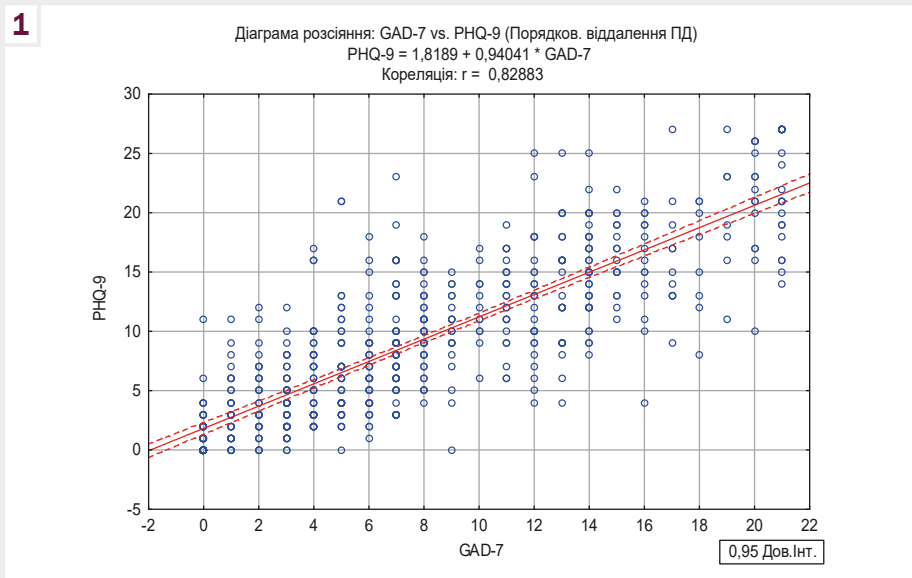


Рис. 1. Розсіювання показників GAD-7 та PHQ-9 у контингенті дослідження.

Таблиця 6. Кількісні показники результатів самооцінювання за GAD-7 залежно від локації перебування респондентів

Локація	Середнє значення				
	n	M (GAD-7)	m	95 % ДІ	
				↓ межа	↑ межа
Запоріжжя	184	7,60	5,932	6,74	8,47
Чернівці	211	8,75	6,045	7,93	9,57
Інші області	188	6,79	5,783	5,96	7,62
За кордоном	30	9,20	6,738	6,68	11,72
Сумарне значення	613	7,83	6,014	7,35	8,31

Таблиця 7. Статистичний аналіз достовірності відмінностей між показниками GAD-7 залежно від локації перебування респондентів

Локація (1)	Локація (2)	Різниця M	m	p	ДІ 95%	
					↓ межа	↑ межа
Запоріжжя	Чернівці	-1,150	0,602	0,224	-2,70	0,40
	Інші області	0,811	0,619	0,557	-0,78	2,40
	За кордоном	-1,597	1,175	0,526	-4,62	1,43
Чернівці	Запоріжжя	1,150	0,602	0,224	-0,40	2,70
	Інші області	1,961	0,598	0,006	0,42	3,50
	За кордоном	-0,446	1,164	0,981	-3,45	2,55
Інші області	Запоріжжя	-0,811	0,619	0,557	-2,40	0,78
	Чернівці	-1,961	0,598	0,006	-3,50	-0,42
	За кордоном	-2,407	1,173	0,170	-5,43	0,61
За кордоном	Запоріжжя	1,597	1,175	0,526	-1,43	4,62
	Чернівці	0,446	1,164	0,981	-2,55	3,45
	Інші області	2,407	1,173	0,170	-0,61	5,43

Таблиця 8. Кількісні показники результатів самооцінки за PHQ-9 залежно від локації перебування респондентів

Локація	Середнє значення				
	n	M (PHQ-9)	m	95% ДІ	
				↓ межа	↑ межа
Запоріжжя	184	8,77	6,741	7,79	9,75
Чернівці	211	10,22	6,788	9,30	11,14
Інші області	188	8,13	6,634	7,18	9,09
За кордоном	30	10,97	7,672	8,10	13,83
Сумарне значення	613	9,18	6,823	8,64	9,72

Таблиця 9. Статистичний аналіз достовірності відмінностей між показниками PHQ-9 залежно від локації перебування респондентів

Локація (1)	Локація (2)	Різниця M	m	p	ДІ 95 %	
					↓ межа	↑ межа
Запоріжжя	Чернівці	-1,456	0,683	0,144	-3,22	0,30
	Інші області	0,633	0,702	0,804	-1,18	2,44
	За кордоном	-2,200	1,333	0,351	-5,64	1,23
Чернівці	Запоріжжя	1,456	0,683	0,144	-0,30	3,22
	Інші області	2,090	0,679	0,012	0,34	3,84
	За кордоном	-0,744	1,321	0,943	-4,15	2,66
Інші області	Запоріжжя	-0,633	0,702	0,804	-2,44	1,18
	Чернівці	-2,090	0,679	0,012	-3,84	-0,34
	За кордоном	-2,834	1,331	0,145	-6,26	0,60
За кордоном	Запоріжжя	2,200	1,333	0,351	-1,23	5,64
	Чернівці	0,744	1,321	0,943	-2,66	4,15
	Інші області	2,834	1,331	0,145	-0,60	6,26

За результатами post-hoc аналізу стало зрозуміло, що статистично значущі відмінності у кількісних показниках самооцінювання рівня депресії за PHQ-9 спостерігали між групами респондентів у м. Чернівці та в інших областях України (за винятком м. Запоріжжя), з переважанням середнього рівня важкості депресії у групи респондентів м. Чернівці ($p = 0,012$).

Обговорення

Отримані результати виявилися парадоксальними, оскільки суперечать інтуїтивному припущенню про те, що інтенсивність психоемоційних розладів має прямо залежати від безпосередньої близькості до зони ведення бойових дій.

Порівняльний аналіз груп респондентів з м. Запоріжжя, м. Чернівці, інших областей України та групи респондентів за межами України продемонстрував, що найбільшу кількість «значущих» випадків як депресії (за даними самооцінювання інструментом PHQ-9), так і тривоги (за даними самооцінювання інструментом GAD-7) зареєстровано у групі респондентів з м. Чернівці, де безпекова ситуація вважається відносно сприятливою. Водночас у групі респондентів з м. Запоріжжя,

де безпекова ситуація вважається напруженою, кількість «значущих» випадків депресії та тривоги є подібними або нижчими. Зокрема, показники «значущої» тривоги виявилися достовірно меншими у групі респондентів з м. Запоріжжя порівняно з групою респондентів з м. Чернівці, що свідчить про необхідність всебічного аналізу отриманих результатів.

Інтерпретація даних щодо причин переважання тривожно-депресивних проявів у респондентів з локації перебування, що характеризується відносно сприятливою безпековою ситуацією, апіорі не може бути вичерпною, що пов'язано з великою кількістю недосліджених нами чинників (психологічних, психопатологічних, соціальних, економічних, культурних тощо), які впливають на появу проявів тривожно-депресивного кола в тій чи іншій популяції. Проте ми можемо запропонувати деякі напрями пошуку.

Можливим чинником зниження проявів тривоги та депресії в умовах напруженої безпекової ситуації може бути висока активність короткотривалих адаптаційних механізмів, що формуються у відповідь на систематичний стрес, зокрема регулярні обстріли та безпосереднє спостереження їх наслідків, що веде до фокусу уваги на короткостроковому підтриманні

функціонування в конкретних обставинах без фіксації уваги на довгострокових перспективах. Крім того, подібна систематичність переживання стресу веде до поступової десенсибілізації щодо загроз, які не переходять межу катастрофічності.

Важливу роль у цьому процесі може відігравати також можливість безпосередньої комунікації цивільного населення з військовими, який знижує рівень невизначеності завдяки доступу до актуальної інформації та водночас підсилює відчуття колективної захищеності й соціальної згуртованості.

У цьому контексті напружена безпекова ситуація постає не лише як травматичний фактор, але й як чинник адаптаційного стимулювання, що спрямовує внутрішнє напруження у площину конкретних дій. Так, студенти та інтерни, які були залучені до дослідження, часто мали можливість безпосередньо брати участь у наданні медичної допомоги постраждалим особам за місцем своєї роботи, що дає змогу на психологічному рівні «взаємодіяти» з джерелом небезпеки через активну професійну залученість, що створює умови для зниження почуття безпорадності та формує сприятливу ілюзію контролю над ситуацією. Значну роль психологічної адаптації населення України та високий рівень певних копінг-механізмів описано в профільних дослідженнях [13].

Натомість у регіонах, що територіально віддалені від зони ведення бойових дій, можна спостерігати постійну присутність загрози у символічному та інформаційному вимірах: через новини, медіа, досвід переселенців, соціальні комунікації. Значущість подібних механізмів встановлена у дослідженнях на аналогічних контингентах [16]. З огляду на існуючі теоретичні концепції в напрямі психології катастроф це відповідає явищу «периферійної травми», коли більш виражені прояви психологічної дезадаптації формуються не в безпосередньому епіцентрі небезпеки, а на його периферії, де індивіди перебувають у позиції пасивних свідків, позбавлених компенсаторної можливості активної дії.

Додатковим чинником зростання психологічного навантаження у регіонах з відносно сприятливою безпековою ситуацією є міграційний. Масове переміщення внутрішньо-переміщених осіб, значна частина яких має досвід травматичних втрат, соціальної дезадаптації та втрати стабільного життєвого середовища, що формує специфічний психосоціальний контекст. Подібні соціальні чинники фігурують у дослідженнях стану психічного здоров'я в Україні періоду повномасштабної війни [13]. Присутність цієї групи у містах за межами зони активної загрози підвищує загальний рівень емоційного напруження як серед самих переселенців, так і серед місцевих громад.

У регіонах з напруженою безпековою ситуацією високий ризик порушень психологічного благополуччя населення є прогнозованим, а тому державні інституції, міжнародні гуманітарні організації та волонтерські ініціативи спрямовують свої дії та ресурси на його підтримання. Цю позицію поділяють автори профільних досліджень [3, 11]. Натомість в областях, віддалених від зони бойових дій, де такий ризик не сприймають як безпосередній, масштаби подібної підтримки можуть бути дещо меншими.

Висновки

1. Якісний аналіз демонструє переважання кількості «значущих» випадків тривоги згідно з GAD-7 у групі респондентів з м. Чернівці порівняно з групою респондентів з м. Запоріжжя (42,6 % порівняно з 30,1 %, $p = 0,016$), та групою респондентів з інших областей України (42,6 % порівняно з 28,2 %, $p = 0,002$).

2. Якісний аналіз демонструє переважання кількості «значущих» випадків депресії згідно з PHQ-9 у групі респондентів з м. Чернівці порівняно з групою респондентів з інших областей України (48,8 % порівняно з 37,2 %, $p = 0,019$), окрім аналогічної групи з м. Запоріжжя (48,8 % порівняно з 39,7 %, $p = 0,068$), де різниця є недостовірною.

3. Кількісний аналіз демонструє, що статистично значущі відмінності в кількісних показниках самооцінювання рівня тривоги за GAD-7 спостерігають лише між групами респондентів у м. Чернівці та інших областях України (за винятком м. Запоріжжя) з переважанням середнього рівня важкості тривоги ($p = 0,006$).

4. Різницю у кількісних показниках самооцінювання рівня депресії за PHQ-9 також спостерігають лише між групами респондентів у м. Чернівці та в інших областях України (за винятком м. Запоріжжя) з переважанням середнього рівня важкості депресії ($p = 0,012$).

Перспективи подальших досліджень. Подальші дослідження мають бути сфокусовані на виявленні спектра чинників, які детермінують типи особистісного реагування соціальних груп на гострий і хронічний стрес, специфічний для війни в Україні. Виявлення цих чинників зробить можливою їх систематизацію в контексті впливу на розвиток проявів тривоги та депресії або, навпаки, як предикторів резильєнтності. Останнє відкриває можливість для вивчення та інтерпретації механізмів психологічного захисту в напружених безпекових умовах та веде до розробки ефективних моделей надання профільної допомоги вразливим групам населення з метою збереження психічного здоров'я.

Етичне схвалення

Протокол засідання Комісії з питань біоетики Запорізького державного медико-фармацевтичного університету від 18.09.2025 року № 10.

Фінансування

Дослідження здійснено без фінансової підтримки.

Відомості про авторів:

Колесник Ю. М., д-р мед. наук, професор, ректор Запорізького державного медико-фармацевтичного університету, Україна; заслужений діяч науки і техніки України.

ORCID ID: 0000-0002-1556-5085

Геруш І. В., канд. мед. наук, професор, ректор закладу вищої освіти, Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна.

ORCID ID: 0000-0003-2177-5158

Рязанов Д. Ю., д-р мед. наук, професор, проректор з науково-педагогічної, лікувальної роботи та післядипломної освіти, Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, Україна.

ORCID ID: 0000-0002-1495-2497

Ілашук Т. О., д-р мед. наук, професор, зав. каф. пропедевтики внутрішніх хвороб, Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна.

ORCID ID: 0000-0002-0094-8315

Курило В. О., д-р мед. наук, професор каф. психіатрії, психотерапії та медичної психології, Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, Україна.

ORCID ID: 0000-0001-8456-5276

Підлубний В. Л., д-р мед. наук, професор каф. психіатрії, психотерапії та медичної психології, Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, Україна.

ORCID ID: 0000-0001-9371-9855

Городокін А. Д., PhD, асистент каф. психіатрії, психотерапії та медичної психології, Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, Україна.

ORCID ID: 0000-0001-7041-6683

Information about the authors:

Kolesnyk Yu. M., MD, PhD, DSc, Professor of the Department of Pathological Physiology with the Course of Normal Physiology, Rector of Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University, Honored Science and Technology Figure of Ukraine.

Gerush I. V., MD, PhD, Professor, Rector of Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine.

Riazanov D. Yu., MD, PhD, DSc, Professor, Vice-Rector for Scientific and Pedagogical, Medical Work and Postgraduate Education of Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University, Ukraine.

Ilashchuk T. O., MD, PhD, DSc, Professor, Head of the Department of Propaedeutics of Internal Medicine, Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine.

Kurylo V. O., MD, PhD, DSc, Professor of the Department of Psychiatry, Psychotherapy and Medical Psychology, Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University, Ukraine.

Pidlubnyi V. L., MD, PhD, DSc, Professor of the Department of Psychiatry, Psychotherapy and Medical Psychology, Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University, Ukraine.

Horodokin A. D., MD, PhD, Assistant Professor of the Department of Psychiatry, Psychotherapy and Medical Psychology, Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University, Ukraine.

- affected by the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res.* 2021;295:113599. doi: [10.1016/j.psychres.2020.113599](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113599)
10. Greenglass E, Begic P, Buchwald P, Karkkola P, Hintsala T. Anxiety and watching the war in Ukraine. *Int J Psychol.* 2024;59(2):340-52. doi: [10.1002/ijop.13099](https://doi.org/10.1002/ijop.13099)
 11. Johnson RJ, Antonaccio O, Botchkovar E, Hobfoll SE. War trauma and PTSD in Ukraine's civilian population: comparing urban-dwelling to internally displaced persons. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2022;57(9):1807-16. doi: [10.1007/s00127-021-02176-9](https://doi.org/10.1007/s00127-021-02176-9)
 12. Karatzias T, Shevlin M, Ben EM, McElroy E, Redican E, Vang ML, et al. War exposure, posttraumatic stress disorder, and complex posttraumatic stress disorder among parents living in Ukraine during the Russian war. *Acta Psychiatr Scand.* 2023;147:276-85. doi: [10.1111/acps.13529](https://doi.org/10.1111/acps.13529)
 13. Kimhi S, Kaim A, Bankauskaite D, Baran M, Baran T, Eshel Y, et al. A full-scale Russian invasion of Ukraine in 2022: resilience and coping within and beyond Ukraine. *Appl Psychol Health Well Being.* 2024;16(3):1005-23. doi: [10.1111/aphw.12466](https://doi.org/10.1111/aphw.12466)
 14. Kimhi S, Kaim A, Bankauskaite D, Baran M, Baran T, Eshel Y, et al. A full-scale Russian invasion of Ukraine in 2022: resilience and coping within and beyond Ukraine. *Appl Psychol Health Well Being.* 2023:1-19. doi: [10.1111/aphw.12466](https://doi.org/10.1111/aphw.12466)
 15. Pavlova I, Krauss S, McGrath B, Cehajic-Clancy S, Bodnar I, Petrytsa P, et al. Individual and contextual predictors of young Ukrainian adults' subjective well-being during the Russian-Ukrainian war. *Appl Psychol Health Well Being.* 2024;16(3):886-905. doi: [10.1111/aphw.12484](https://doi.org/10.1111/aphw.12484)
 16. Polyvianina M, Yachnik Y, Fegert JM, Sitarski E, Stepanova N, Pinchuk I. Mental health of university students twenty months after the beginning of the full-scale Russian-Ukrainian war. *BMC Psychiatry.* 2025;25(1):236. doi: [10.1186/s12888-025-06654-1](https://doi.org/10.1186/s12888-025-06654-1)



Віталій Підлубний (Vitaliy Pidlubnyi)
pvl5473@gmail.com

References

1. Almoshantaf MB, Swed S, Sakkour R, Shoib S. War and health crisis: humanitarian catastrophe in Ukraine. *Int J Surg.* 2023;109(7):2131-2. doi: [10.1097/JS9.0000000000000051](https://doi.org/10.1097/JS9.0000000000000051)
2. Archard D, Buyx A, Delfraissy JF. Responding to the humanitarian crisis of the war in Ukraine with lessons from COVID-19. *Lancet.* 2022;399(10337):1776. doi: [10.1016/S0140-6736\(22\)00731-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00731-0)
3. Corpuz JC. War in Ukraine: Humanitarian interventions. *Disaster Med Public Health Prep.* 2023;17:e458. doi: [10.1017/dmp.2023.123](https://doi.org/10.1017/dmp.2023.123)
4. Kaniasty K, van der Meulen E. Impact of COVID-19 on psychological distress in subsequent stages of the pandemic: the role of received social support. *PLoS One.* 2024;19(9):e0310734. doi: [10.1371/journal.pone.0310734](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0310734)
5. Pavlova I, Rogowska AM, Zhang SX. Mental health and well-being during the COVID-19 pandemic and after the Russian invasion of Ukraine. *J Community Health.* 2024;49(1):173-82. doi: [10.1007/s10900-023-01273-x](https://doi.org/10.1007/s10900-023-01273-x)
6. Stolyarenko AM, Horodokin AD. Transformation of internet addiction on the background of social isolation and security crisis. *Ukr Visnyk Psykhonevrol.* 2023;31(3):108-12. doi: [10.36927/2079-0325-V31-is3-2023-18](https://doi.org/10.36927/2079-0325-V31-is3-2023-18)
7. Stoliarenko AM, Horodokin AD. [On the issue of psychodiagnosis of Internet addiction against the background of social isolation and security crisis]. *Modern Medical Technology.* 2023;(3):37-42. Ukrainian. doi: [10.34287/MMT.3\(58\).2023.6](https://doi.org/10.34287/MMT.3(58).2023.6)
8. Shevchenko NF, Doma IS, Chuhunov VV, Stoliarenko AM, Horodokin AD. To the problem of systematization of self-identification distortion mechanisms against the background of social isolation in Ukraine. *Zhurnal suchasnoi psykholohii.* 2023;(3):55-63. Ukrainian. doi: [10.26661/2310-4368/2023-3-7](https://doi.org/10.26661/2310-4368/2023-3-7)
9. Cénat JM, Blais-Rochette C, Kokou-Kpolou CK, Noorishad PG, Mukunzi JN, McIntee SE, et al. Prevalence of symptoms of depression, anxiety, insomnia, posttraumatic stress disorder, and psychological distress among populations