

Тимчик О.В.¹, Савченко В.М.¹, Коваленко О.О.²,
Стещенко А.О.³

Аналіз рівня психічного здоров'я української молоді віком 17–24 роки в умовах воєнного стану

¹ Київський столичний університет імені Бориса Грінченка, м. Київ, Україна

² Приватний вищий навчальний заклад «Київський медичний університет», м. Київ, Україна

³ ННЦ «Інститут біології та медицини» Київського національного університету імені Тараса Шевченка, м. Київ, Україна

Tymchuk O.V.¹, Savchenko V.M.¹, Kovalenko O.O.²,
Steshenko A.O.³

Analysis of the mental health of ukrainian youth aged 17–24 in the context of martial law

¹ Borys Grinchenko Kyiv Metropolitan University, Kyiv, Ukraine

² Private Higher Educational Establishment “Kyiv Medical University”, Kyiv, Ukraine

³ Educational and Scientific Center “Institute of Biology and Medicine” of Taras Shevchenko National University of Kyiv, Kyiv, Ukraine

o.o.kovalenko@kmu.edu.ua

Вступ

Тривалий військовий конфлікт в Україні (понад 10 років) спричинив глибокі соціальні, демографічні та психосоціальні наслідки [1; 2; 3; 4]. Ці наслідки включають як короткотривалі (погіршення базових послуг, вимушене переміщення, погіршення фізичного/психічного здоров'я), так і довготривалі ефекти (утрати людського капіталу, колективна травма, економічна деградація) [3; 5; 6–8].

У зонах збройного конфлікту суттєво порушується психічне здоров'я населення. За висновками ВООЗ, це зумовлено прямою загрозою життю, втратою близьких, постійною невизначеністю, переміщенням і зростанням бідності [6–8; 9; 10]. Міжнародні огляди вказують, що близько однієї п'ятої людей у таких районах мають тяжкі психічні розлади, зокрема депресію, тривожні розлади й ПТСР [9]. Дослідження впливу війни в різних країнах (Камбоджа, Афганістан, Ірак) підтверджують високу поширеність цих розладів [11].

В Україні війна також призвела до погіршення психічного здоров'я. Опитування 2023 року виявило ПТСР у 14,4%, ознаки можливої депресії – у 44,2%, тривожного розладу – у 23,1% респондентів [12]. Схожі проблеми, включаючи ПТСР і депресію, зафіксовані серед лікарів і парамедиків [13].

Психічний стан юнаків і молоді (17–24 роки) змінився особливо помітно. Дослідження після 2022 року виявили в підлітків помірну/тяжку депресію в 32,0%, тривожність у 17,9% та клінічно значущу травму в 35,0% [14]. Серед українських студентів, які навчалися в 17 університетах (2023 рік), симптоми ПТСР виявили в 48,1%, помірні й тяжкі симптоми тривоги – у 34,1%, а ознаки депресії – у 33,6% [15]. Є дані про

відсутність депресії в деяких груп студентів, домінують симптоми дистресу [16]. Інші дослідження також підтвердили наявність у студентів ознак моральної травми, ПТСР, депресії та тривоги, зі значним впливом жіночої статі [17].

Отже, у частини населення України виявляються значні психосоціальні наслідки війни у вигляді порушень психічного здоров'я. З огляду на це й постійне психічне навантаження, зростає необхідність надання системної психосоціальної підтримки населенню [9; 14; 18; 19]. Це вимагає дослідження особливостей психічного здоров'я різних груп населення під час війни, зокрема молоді.

Мета дослідження – установити особливості психічного здоров'я української молоді віком 17–24 роки в умовах воєнного стану.

Об'єкт, матеріали і методи дослідження

Учасники дослідження. Критерії включення в дослідження: 1) чоловіки та жінки віком від 17 до 24 років; 2) цивільні особи.

Критерії виключення з дослідження: 1) відсутність згоди на дослідження; 2) недієздатність особи; 3) зловживання алкоголем або наркотичними речовинами протягом останніх шести місяців.

Включені в дослідження молоді люди навчалися в закладах вищої освіти м. Києва (Київський столичний університет імені Бориса Грінченка, Навчально-науковий центр «Інститут біології та медицини» Київського національного університету імені Тараса Шевченка й Приватний вищий навчальний заклад «Київський медичний університет»). Серед досліджених були особи, які в період повномасштабного вторгнення

перебували як у Києві та Київській області, так і в різних областях України чи виїздили тимчасово за межі України. Станом на момент дослідження всі особи-респонденти знаходилися в м. Києві чи Київській області.

Усього обстежено 316 осіб, з них: чоловіки – 88 (27,8%), жінки – 228 (72,2%). Медіана віку обстежених становила 18,00 (нижня квартиль – 18,0; верхня квартиль – 23,0) років.

Усі обстежені надали інформовану згоду на участь у дослідженні. Протокол дослідження розглянутий і схвалений на засіданні комісії з питань етики факультету здоров'я, фізичного виховання і спорту Київського столичного університету імені Бориса Грінченка. Дослідження повністю відповідало принципам Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації «Етичні принципи медичних досліджень за участю людини як об'єкта дослідження».

Організація (дизайн) і методи дослідження. Проспективне вибіркоче обсерваційне дослідження виконано із січня 2024 року по вересень 2025 року, протягом 1,8 року. Обстеження відібраних осіб проводили за їхньої згоди шляхом однократного опитування у формі надання відповідей на питання спеціальних анкет у присутності дослідника. Інформація про респондентів була анонімною, використовувалася лише в науково-дослідних цілях.

Під час опитування збирали інформацію про індивідуальні біологічні характеристики респондентів (стать, вік), рівень рухової активності й статус перебування в Україні або за її межами з лютого 2022 року у зв'язку з воєнним станом. Установлення рівня рухової активності передбачало визначення респондентами, чи є достатньою їхня фізична активність: виконання помірного фізичного навантаження 150 хвилин або інтенсивного фізичного навантаження 75 хвилин протягом минулого тижня. Якщо такі вимоги не виконувалися, то рухова активність уважалася недостатньою. Статус перебування в Україні або за її межами у зв'язку з воєнним станом оцінювали як такий, що не змінився з лютого 2022 року, змінився в межах України (особи, переселені з територій, де йдуть воєнні дії або які є поряд із такими) чи був тимчасовий виїзд за межі України з наступним поверненням у м. Київ або Київську область.

Для оцінки стану психічного здоров'я молоді використали стандартизовані скринінгові тести:

1) шкалу депресії Бека (Beck Depression Inventory – BDI) [20];

2) шкалу генералізованого тривожного розладу (General Anxiety Disorder – GAD-7) [21; 22];

3) опитувальник розладів настрою (Mood Disorder Questionnaire – MDQ) [23];

4) опитувальник післятравматичного стресового розладу (методика PCL-5) [24];

5) шкалу оцінки позитивних і негативних синдромів (Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS) [25; 26].

Шкала депресії Бека (BDI). Опитування проводили по 21 пункту. За загальною сумою балів формували

такі висновки про депресію: 0–10 балів – немає, 11–16 балів – легка депресія, 17–20 балів – прикордонна клінічна депресія, 21–30 балів – помірна депресія, 31–40 балів – тяжка депресія, понад 40 балів – екстремальна депресія [20].

Шкала генералізованого тривожного розладу (GAD-7). Опитування проводили по 7 пунктах. За загальною сумою балів формували такі висновки про тривожність: 0–4 бали – немає або мінімальна тривожність, 5–9 балів – незначна тривожність, 10–14 балів – помірна тривожність, 15–21 бал – значна тривожність [21].

Опитувальник розладів настрою (MDQ). Опитування проводили по 15 пунктах. За спеціальною методикою аналізу відповідей приймали рішення про наявність розладів настрою – немає чи є [23].

Опитувальник післятравматичного стресового розладу (PCL-5). Опитування проводили по 15 пунктах. За загальною сумою балів приймали рішення про наявність посттравматичного стресового розладу – немає (до 33 балів) чи є (33 і більше балів) [24].

Шкала оцінки позитивних і негативних синдромів (PANSS). Опитування проводили по 30 пунктах. За загальною сумою балів формували такі висновки про рівень вираженості психопатологічних синдромів: 0–57 балів – симптоми відсутні, 58–74 бали – дуже слабо виражені, 75–94 бали – незначно виражені, 95–115 балів – помірно виражені, 116 і вище – значно виражені [25].

Статистичний аналіз. Розмір вибірки попередньо не розраховували. Статистична характеристика вибірки надана шляхом знаходження медіани (Me), її верхньої (ВК) та нижньої (НК) квартилі. Якісні бінарні показники вибірок порівнювали шляхом перевірки нульової гіпотези про рівність часток, виражених у відсотках, порядкові величини – обчисленням критерію відповідності хі-квадрат (χ^2) Пірсона з поправкою Йетса. Зв'язок між досліджуваними показниками встановлювали шляхом побудови таблиць спряженості (кросстабуляції), за аналізом яких робився висновок про асоціацію досліджуваних ознак. Критерієм достовірності статистичних оцінок служив рівень значущості з указівкою ймовірності помилково відхилити нульову гіпотезу (p), за пороговий рівень прийнято значення 0,05. Обробка даних дослідження виконувалася за допомогою програмного продукту SPSS Statistics Base (фірма IBM, США).

Результати дослідження

Аналіз стану психічного здоров'я молоді загалом по вибірці обстежених щодо наявності проявів депресії за шкалою депресії Бека показав відсутність таких у 63,3% респондентів (200/316). Однак у частини респондентів виявили наявність клінічно значущих проявів депресивних розладів (прикордонних, помірних, тяжких та екстремальних) – 19,3% (61/316), а певна кількість обстежених – 17,4% (55/316) – мала клінічно незначущі прояви депресії (рис. 1).

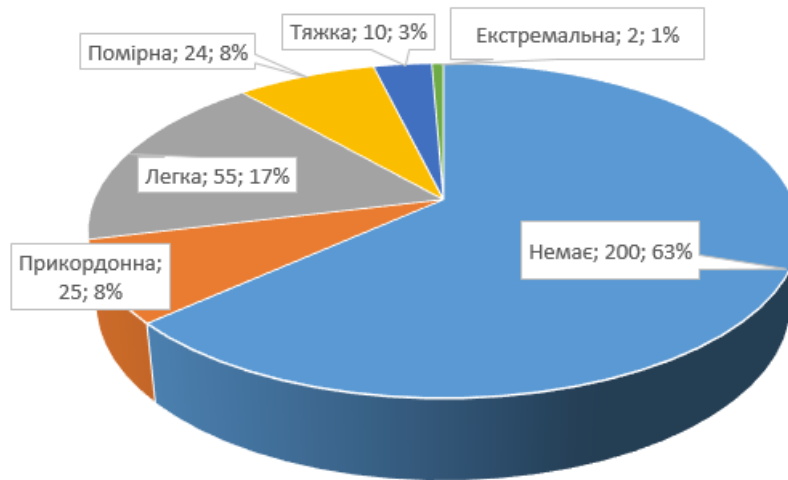


Рис. 1. Розподіл частот висновків про депресію за шкалою депресії Бека загалом по виборці обстежених (кількість, %)

Загалом у виборці обстежених за шкалою генералізованого тривожного розладу (GAD-7) дослідили такий компонент психічного здоров'я, як тривожність. У 43,4% (137/316) обстежених ознак тривожності не встановлено, а в 56,6% респондентів (179/316) такі ознаки зареєстрували. Незначні ознаки тривожності виявили в 35,8% (113/316) респондентів, а клінічно значущі (помірні та значні) – у 20,9% (66/316) респондентів (рис. 2).

Далі провели дослідження щодо розладів настрою за опитувальником розладів настрою (MDQ). За цим опитувальником установлювали наявність або відсутність таких розладів. Серед обстежених переважали особи з відсутністю розладів настрою – таких було 74,7% (236/316) респондентів (рис. 3).

В обстежених дослідили розвиток післятравматичного стресового розладу (ПТСР). Використовуючи опитувальник посттравматичного стресового розладу (PCL-5), установлювали його відсутність чи наявність.

Загалом у виборці 74,1% (234/316) обстежених не мали ознак посттравматичного стресового розладу (рис. 4).

Насамкінець вивчили прояви психопатологічних синдромів за шкалою оцінки позитивних і негативних синдромів (PANSS). Загалом у виборці обстежених таких проявів не виявлено в 58,2% (184/316) респондентів, клінічно незначущі прояви (дуже слабо й незначно виражені) виявили у 25,0% (79/316) респондентів, а клінічно значущі прояви (помірно та значно виражені) у 16,8% (53/316) респондентів (рис. 5).

Таким чином, загалом у молодих людей здебільше не виявлено проявів розладів психічного здоров'я (депресії, розладів настрою, ПТСР і психопатологічних синдромів), від 58,2% до 74,7% випадків. Це не стосується тривожності, оскільки її відсутність установлено менше, ніж у половини обстежених у 43,4% випадків. Разом із тим у частини обстеженої молоді виявлено клінічно значущі порушення психічного здоров'я у вигляді наявності ознак депресії – у 19,3%

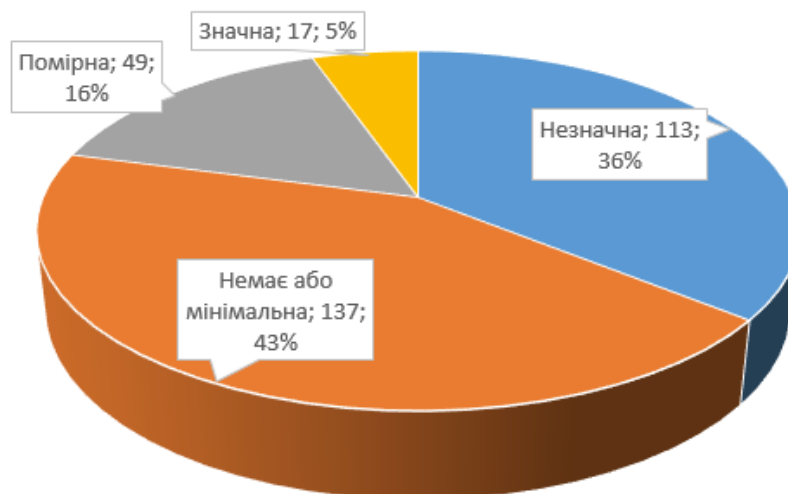


Рис. 2. Розподіл частот висновків про тривожність за шкалою генералізованого тривожного розладу (GAD-7) загалом по виборці обстежених (кількість, %)

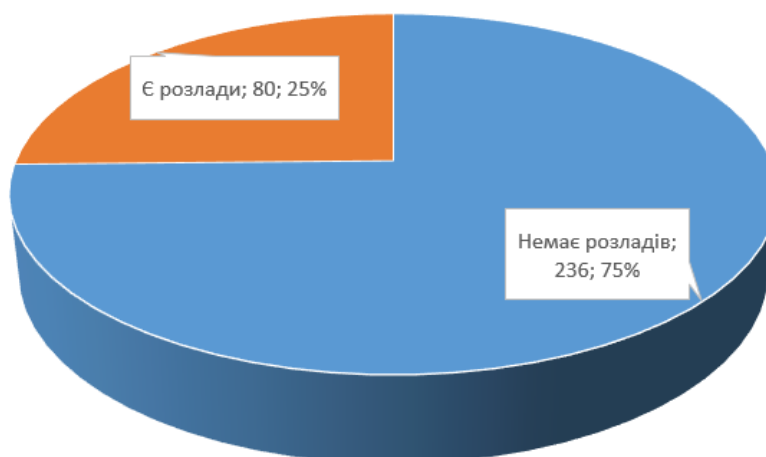


Рис. 3. Розподіл частот висновків про розлади настрою за опитувальником розладів настрою (MDQ) загалом по виборці обстежених (кількість, %)

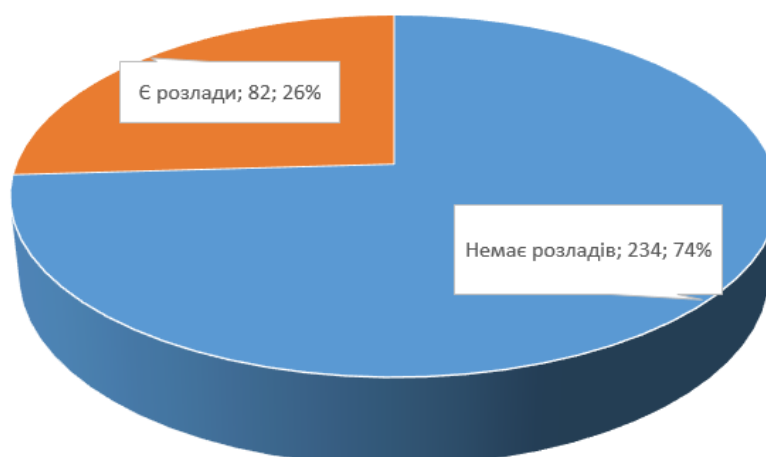


Рис. 4. Розподіл частот висновків про наявність стресу за опитувальником післятравматичного стресового розладу (PCL-5) загалом по виборці обстежених (кількість, %)

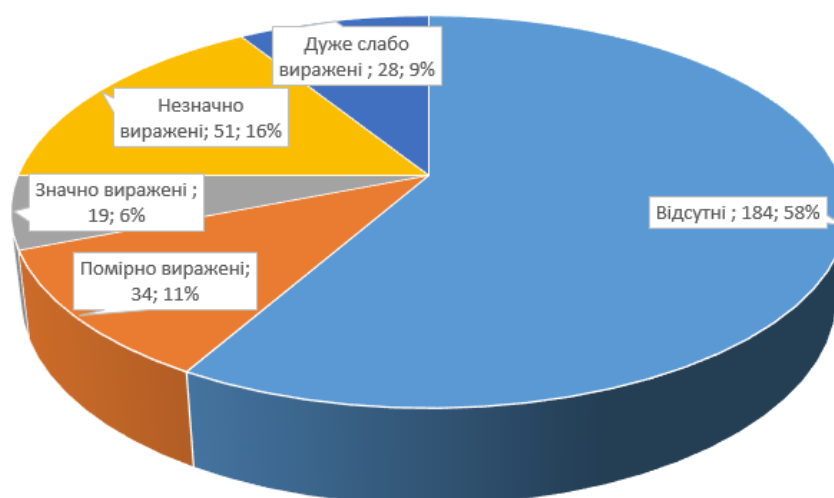


Рис. 5. Розподіл частот висновків про вираженість психопатологічних синдромів за шкалою оцінки позитивних і негативних синдромів (PANSS) загалом по виборці обстежених (кількість, %)

(61/316) випадків, тривожності – у 20,9% (66/316) випадків, розладів настрою – у 25,3% (80/316) випадків, розвитку ПТСР – у 26,0% (82/316) випадків, проявів психопатологічних синдромів – у 16,8% (53/316) випадків.

Наступним завданням дослідження було виявити особливості розладів психічного здоров'я молоді залежно від статі, рухової активності за зміни місця перебування, пов'язаної з воєнними діями на території України після лютого 2022 року. У вибірці досліджених виявили переважання жінок (72,2%; 228/316), осіб із достатньою руховою активністю (77,2%; 244/316). 3 лютого 2022 року не змінювали місце перебування 63,3% (200/316) респондентів, змінили в межах України 24,7% (78/316) респондентів і тимчасово виїздили за кордон 12,0% (38/316) респондентів.

Розподіл частот висновків про депресію обстежених за шкалою депресії Бека залежно від статі, рухової активності й зміни місця перебування подано в таблиці 1. Із цієї таблиці випливає, що лише рухова активність вплинула на прояв депресії в молодих людей в умовах воєнного стану ($\chi^2 = 38,12, p=0,000000$): у разі достатньої рухової активності ознаки депресії були відсутні в 71,7% (175/244) респондентів (у разі недостатньої рухової активності – у 34,7% (25/72) респондентів ($p<0,001$)). Легку депресію частіше реєстрували в разі недостатньої рухової активності – у 33,3% (24/72) випадків, ніж у разі достатньої – у 12,7% (31/244) випадків ($p<0,001$)).

Аналіз розподілу частот висновків про тривожність обстежених за шкалою генералізованого тривожного розладу (GAD-7) показав, що в молоді в умовах воєнного стану він залежить від статі ($\chi^2 = 13,71, p=0,003329$) та рухової активності ($\chi^2 = 15,92, p=0,001179$) (таблиця 2). У молодих жінок виявили меншу кількість випадків відсутності або мінімальної тривожності – 37,3% (85/228), ніж у молодих чоловіків – 59,1% (52/82) ($p<0,001$) і більшу кількість помірної тривожності – 18,0% (41/228) проти 9,1% (8/88) у чоловіків ($p<0,05$). У разі недостатньої

рухової активності частіше реєстрували значну тривожність – у 12,5% (9/72) випадків (у разі достатньої рухової активності – у 3,3% (8/244) випадків; $p<0,01$) і помірну тривожність – у 23,6% (17/72) випадків (у разі достатньої рухової активності – у 13,1% (32/244) випадків; $p<0,05$). Також у разі недостатньої рухової активності рідше виявляли відсутність або мінімальну тривожність – у 31,9% (23/72) випадків, ніж у разі достатньої рухової активності – у 46,7% (114/244) випадків ($p<0,05$)).

У таблиці 3 наведено розподіл частот висновків про настрій обстежених за опитувальником розладів настрою (MDQ) залежно від статі, рухової активності й зміни місця перебування. Як випливає із цієї таблиці, у молодих людей лише рухова активність спричиняла вплив на їхній настрій ($\chi^2 = 6,14, p=0,0165218$). У разі достатньої рухової активності в обстежених частіше реєстрували відсутність розладів настрою – у 77,9% (190/244) випадків, ніж коли у них рухова активність була недостатньою – у 63,9% (46/72) випадків ($p<0,05$). У свою чергу, у разі недостатньої рухової активності в молодих людей частіше виявляли наявність розладів настрою – у 36,1% (26/72) випадків, ніж коли рухова активність була достатньою – у 22,1% (54/244) випадків ($p<0,05$)).

Вивчення розвитку ПТСР в умовах воєнного стану показало повну його залежність від статі ($\chi^2=3,25, p=0,011422$), рухової активності ($\chi^2=11,99, p=0,000536$) і зміни місця перебування ($\chi^2=7,11, p=0,028593$) молодих людей (таблиця 4). Молоді жінки були більш піддатливі впливу на їхню психіку воєнних чинників, ніж чоловіки: у жінок симптоми ПТСР виявили у 29,9% (68/228) випадків, у чоловіків – лише в 15,9% (14/88) випадків ($p<0,05$). Ознаки ПТСР частіше виявлялися в осіб із недостатньою руховою активністю – у 41,7% (30/72) випадків, ніж в осіб із достатньою руховою активністю – у 21,3% (52/244) випадків ($p<0,001$). У молодих людей за достатньої рухової активності зазвичай відсутні ознаки ПТСР – у 78,7% (192/244) випадків, ніж у разі недостатньої рухової

Таблиця 1

Розподіл частот висновків про депресію обстежених за шкалою депресії Бека залежно від статі, рухової активності й зміни місця перебування в умовах воєнного стану

Висновок про депресію	Стать				Рухова активність				Зміна місця перебування					
	$(\chi^2=6,44, p=,265339)$				$(\chi^2=38,12, p=,000000)$				$(\chi^2=15,43, p=,116905)$					
	чоловіки (n=88)		жінки (n=228)		достатня (n=244)		недостатня (n=72)		не було (n=200)		у межах України (n=78)		виїзд за кордон (n=38)	
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Немає	62	70,45	138	60,53	175	71,72	25	34,72***	127	63,50	50	64,10	23	60,53
Легка	16	18,18	39	17,11	31	12,70	24	33,33***	43	21,50	9	11,54	3	7,89
Прикордонна	3	3,41	22	9,65	16	6,56	9	12,50	13	6,50	7	8,97	5	13,16
Помірна	4	4,55	20	8,77	15	6,15	9	12,50	11	5,50	9	11,54	4	10,53
Тяжка	2	2,27	8	3,51	7	2,87	3	4,17	4	2,00	3	3,85	3	7,89
Екстремальна	1	1,14	1	0,44	0	0	2	2,78	2	1,00	0	0	0	0

Примітка: статистично значущі відмінності між вибірками в межах одного параметра в разі ймовірності помилкової оцінки: * – $p<0,05$, ** – $p<0,01$, *** – $p<0,001$.

Таблиця 2

Розподіл частот висновків про тривожність обстежених за шкалою генералізованого тривожного розладу (GAD-7) залежно від статі, рухової активності й зміни місця перебування в умовах воєнного стану

Висновок про тривожність	Стать				Рухова активність				Зміна місця перебування					
	$(\chi^2=13,71, p=,003329)$				$(\chi^2=15,92, p=,001179)$				$(\chi^2=9,49, p=,147633)$					
	чоловіки (n=88)		жінки (n=228)		достатня (n=244)		недостатня (n=72)		не було (n=200)		у межах України (n=78)		виїзд за кордон (n=38)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Немає або мінімальна	52	59,09	85	37,28***	114	46,72	23	31,94*	98	49,00	29	37,18	10	26,32#
Незначна	26	29,55	87	38,16	90	36,89	23	31,94	65	32,50	31	39,74	17	44,74
Помірна	8	9,09	41	17,98*	32	13,11	17	23,61*	28	14,00	12	15,38	9	23,68
Значна	2	2,27	15	6,58	8	3,28	9	12,50**	9	4,50	6	7,69	2	5,26

Примітка: статистично значущі відмінності між вибірками в межах одного параметра в разі ймовірності помилкової оцінки: * – $p<0,05$, ** – $p<0,01$, *** – $p<0,001$.

Таблиця 3

Розподіл частот висновків про настрій обстежених за опитувальником розладів настрою (MDQ) залежно від статі, рухової активності й зміни місця перебування в умовах воєнного стану

Наявність розладів настрою	Стать				Рухова активність				Зміна місця перебування					
	$(\chi^2=3,25, p=,619289)$				$(\chi^2=6,14, p=,0165218)$				$(\chi^2=1,51, p=,470052)$					
	чоловіки (n=88)		жінки (n=228)		достатня (n=244)		недостатня (n=72)		не було (n=200)		у межах України (n=78)		виїзд за кордон (n=38)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Немає	64	72,73	172	75,45	190	77,87	46	63,89*	145	72,50	62	79,49	29	76,32
Є	24	27,27	56	24,56	54	22,13	26	36,11*	55	27,50	16	20,51	9	23,68

Примітка: статистично значущі відмінності між вибірками в межах одного параметра в разі ймовірності помилкової оцінки: * – $p<0,05$, ** – $p<0,01$, *** – $p<0,001$.

активності – у 58,3% (42/72) випадків ($p<0,001$). Розвиток ПТСР суттєво залежав від зміни місця перебування молодих людей після лютого 2022 року: переміщення особи в межах України в 33,3% (26/78) випадків, а тимчасовий виїзд за кордон – у 36,8% (14/38) випадків зумовило розвиток ПТСР, що переважало, порівнюючи з тими особами, які не змінювали місце перебування:

у них ПТСР виник у 21,0% (42/200) випадків ($p<0,05$ для обох випадків порівняння).

Наявність і вираженість психопатологічних синдромів за шкалою оцінки позитивних і негативних синдромів (PANSS) у молодих людей також значуще залежала від їхньої рухової активності ($\chi^2 = 15,7, p=0,003446$) і зміни місця перебування ($\chi^2 = 18,25,$

Таблиця 4

Розподіл частот висновків про наявність стресу в обстежених за шкалою післятравматичного стресового розладу (PCL-5) залежно від статі, рухової активності й зміни місця перебування в умовах воєнного стану

Наявність ПТСР	Стать				Рухова активність				Зміна місця перебування					
	$(\chi^2=3,25, p=,011422)$				$(\chi^2=11,99, p=,000536)$				$(\chi^2=7,11, p=,028593)$					
	чоловіки (n=88)		жінки (n=228)		достатня (n=244)		недостатня (n=72)		не було (n=200)		у межах України (n=78)		виїзд за кордон (n=38)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Немає	74	84,09	160	70,18*	192	78,69	42	58,33***	158	79,00	52	66,67&	24	63,16#
Є	14	15,91	68	29,82*	52	21,31	30	41,67***	42	21,00	26	33,33&	14	36,84#

Примітка: & – статистично значущі відмінності ($p<0,05$) між вибірками «Не було» й «У межах України»; # – статистично значущі відмінності ($p<0,05$) між вибірками «Не було» й «Виїзд за кордон»; статистично значущі відмінності між вибірками в межах одного параметра у разі ймовірності помилкової оцінки: * – $p<0,05$, ** – $p<0,01$, *** – $p<0,001$.

Розподіл частот висновків про вираженість психопатологічних синдромів обстежених за шкалою оцінки позитивних і негативних синдромів (PANSS) залежно від статі, рухової активності й зміни місця перебування в умовах воєнного стану

Загальна оцінка психопатологічних синдромів	Стать				Рухова активність				Зміна місця перебування					
	$(\chi^2=4,05, p=,399441)$				$(\chi^2=15,7, p=,003446)$				$(\chi^2=18,25, p=,019425)$					
	чоловіки (n=88)		жінки (n=228)		достатня (n=244)		недостатня (n=72)		не було (n=200)		у межах України (n=78)		виїзд за кордон (n=38)	
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Відсутні	57	64,77	127	55,70	151	61,89	33	45,83*	123	61,50	45	57,69	16	42,11#
Дуже слабо виражені	4	4,55	24	10,53	16	6,56	12	16,67*	12	6,00	9	11,54	7	18,42#
Незначно виражені	13	14,77	38	16,67	41	16,80	10	13,89	26	13,00	14	17,95	11	28,95#
Помірно виражені	8	9,09	26	11,40	26	10,66	8	11,11	23	11,50	7	8,97	4	10,53#
Значно виражені	6	6,82	13	5,70	10	4,10	9	12,50*	16	8,00	3	3,85	0	0

Примітка: статистично значущі відмінності між вибірками в межах одного параметра в разі ймовірності помилкової оцінки: * – $p<0,05$, ** – $p<0,01$, *** – $p<0,001$; # – статистично значущі відмінності ($p<0,05$) між вибірками «Не було» й «Виїзд за кордон».

$p=0,019425$) (таблиця 5). Так, в обстежених у разі недостатньої рухової активності частіше реєстрували значно виражені – у 12,5% (9/72) випадків – і дуже слабо виражені – у 16,7% (12/72) випадків – психопатологічні синдроми, як порівняти з особами з достатньою руховою активністю, відповідно, у 4,1% (10/244) ($p<0,05$) і 6,6% (16/244) ($p<0,05$) випадків. У молодих людей, які під час воєнного стану тимчасово виїздили за кордон, у меншій кількості виявляли випадки відсутності психопатологічних синдромів – 42,1% (16/38) проти тих, які не змінювали місця перебування, – 61,5% (123/200) ($p<0,05$) – і частіше реєстрували випадки незначно виражених – 29,0% (11/38), і дуже слабо виражених психопатологічних синдромів – 18,4% (7/38), що суттєво відрізнялося від тих осіб, які не змінювали місця перебування, відповідно, 13,0% (26/200) ($p<0,05$) і 6,0% (12/200) ($p<0,05$).

Узагальнюючи одержані результати, можна підкреслити, що молоді жінки були більш вразливими щодо впливу умов війни. Це виявилось в наявності в них більшої кількості випадків помірної тривожності – 18,0% (41/228) проти 9,1% (8/88) у чоловіків ($p<0,05$) – і більшої кількості випадків розвитку ПТСР – 29,9% (68/228) проти 15,9% (14/88) у чоловіків ($p<0,05$).

Рухова активність молодих людей суттєва впливала на їхнє психічне здоров'я. Так, у разі недостатньої рухової активності в обстежених частіше реєстрували легку депресію – у 33,3% (24/72) випадків проти осіб із достатньою руховою активністю – у 12,7% (31/244) випадків ($p<0,001$); значну тривожність – 12,5% (9/72) випадків проти осіб з достатньою руховою активністю – у 3,3% (8/244) випадків ($p<0,01$), помірну тривожність – у 23,6% (17/72) випадків проти осіб з достатньою руховою активністю – у 13,1% (32/244) випадків ($p<0,05$); наявність розладів настрою – у 36,1%

(26/72) випадків проти осіб із достатньою руховою активністю – у 22,1% (54/244) випадків ($p<0,05$); ознаки ПТСР – у 41,7% (30/72) випадків проти осіб з достатньою руховою активністю – у 21,3% (52/244) випадків ($p<0,001$); значно виражені психопатологічні синдроми – у 12,5% (9/72) випадків проти осіб з достатньою руховою активністю – у 4,1% (10/244) випадків ($p<0,05$), дуже слабо виражені психопатологічні синдроми – у 16,7% (12/72) випадків проти осіб з достатньою руховою активністю – у 6,6% (16/244) випадків ($p<0,05$).

Статус перебування в Україні або за її межами у зв'язку з воєнним станом також певним чином формував психічне здоров'я української молоді. Так, переміщення осіб у межах України в 33,3% (26/78) випадків призвело до виникнення ПТСР проти осіб, які не змінювали місце перебування, – у 21,0% (42/200) випадків ($p<0,05$), а тимчасовий виїзд за кордон у 36,8% (14/38) випадків зумовив розвиток ПТСР проти осіб, які не змінювали місце перебування, – 21,0% (42/200) випадків ($p<0,05$). Також переміщення особи спричинило формування незначно виражених психопатологічних синдромів у 29,0% (11/38) випадків і дуже слабо виражених психопатологічних синдромів у 18,4% (7/38) проти осіб, які не змінювали місця перебування, – відповідно, у 13,0% (26/200) випадків ($p<0,05$) і 6,0% (12/200) випадків ($p<0,05$).

Таким чином, психічне здоров'я молодих людей в умовах воєнного стану певною мірою залежить від їхньої статі, рухової активності й зміни місця перебування.

Обговорення результатів дослідження

У результаті досліджено встановлено, що нині в столичних закладах вищої освіти навчаються

переважно дівчата. Про це повідомляли й інші українські дослідники [14; 15]. Гендерний дисбаланс у вищій освіті, особливо на гуманітарних спеціальностях, є загальною тенденцією в Україні. Він має багатофакторне пояснення, що охоплює соціокультурні, психологічні й економічні аспекти [27; 28; 29]. Висловлюємо думку, що під час воєнного стану додатковими причинами переважання жінок серед студентської молоді є мобілізація чоловіків до війська, виїзд чоловіків за кордон, зокрема й молодих, зміни в пріоритетах і життєвих стратегіях, вплив внутрішньої міграції та безпекові ситуації.

Під час дослідження нами встановлено, що психічне здоров'я молодих людей віком 17–24 роки є здебільшого добрим (у 58,2–74,7% випадків). Такий висновок збігається з деякими дослідженнями, у яких також показані несуттєві зміни психічного здоров'я молоді [16]. Однак більшість дослідників доводять, що психічне здоров'я молодих людей страждає під впливом чинників війни [11; 12; 14; 15; 43]. Питання лише в тому, яка частина молодих людей має клінічно значущі порушення психічного здоров'я, оскільки наводяться різні дані. Навіть без зв'язку з воєнними подіями вважають, що вік 17–24 роки є критичним і вразливим періодом щодо психічного здоров'я, оскільки в цей період психічні розлади можуть проявлятися або досягати свого піку. Це підкреслює підвищену вразливість молоді (більша поширеність депресивних і тривожних розладів) до зовнішніх стресорів [30; 31].

У дослідженні отриманий здебільшого добрий результат психічного здоров'я можна пояснити декількома чинниками, які притаманні столиці й території Київській області, що розташовані біля столиці. До таких зарахуємо кращу безпеку, більш ефективну роботу протиповітряної оборони, порівнюючи з іншими регіонами країни; стабільне функціонування інфраструктури столиці й навколишніх міст і селищ; кращий доступ до матеріальних і соціальних ресурсів держави, ресурсів розвинутої столичної громади; повноцінне навчання в університеті з можливістю одночасно працювати; наявність численних ресурсів для самореалізації, постійний доступ до психологічної допомоги тощо. Усі ці чинники, на наш погляд, можуть суттєво знизити психічне навантаження на молодь, спричинене війною.

Крім указаного доброго стану психічного здоров'я, у частини досліджених ми виявили певні клінічно значущі розлади психічного здоров'я (у 16,8–26,0% випадках). У цих молодих людей зареєстрували клінічні ознаки депресії, тривожності, розладів настрою, клінічні прояви психопатологічних синдромів і ПТСР. Загалом це п'ята або четверта частина досліджених. Подібні дані наводили Ф. Чарлсон (F. Charlson, 2019), А. Флакман (A. Flaxman, 2019), Дж. Корнетт (J. Cornett, 2019) і Х. Вайтфорд (H. Whiteford, 2019) [9], С. Ван (S. Wang, 2024) [12], Р. Гото (R. Goto, 2024) [14; 19] щодо певних психічних порушень [9; 14; 12]. Однак ці ж автори вказують на більш високу відносну

частку таких клінічно значущих розладів психічного здоров'я, як ПТСР – 48%, тривожність – 34%, помірної й тяжкої депресія – 42%, клінічно значуща психологічна травма – 35% [14; 12].

Наш висновок про більшу поширеність проявів тривожності й ПТСР серед молодих жінок порівняно з чоловіками не є новим. Про це повідомили М. Полів'яна (M. Polyvianina, 2023) [15], Л. Засекіна (L. Zasiakina, 2023) [17], які встановили переважання психічних розладів в українських дівчат порівняно з хлопцями після лютого 2022 року [15; 17]. Існує думка, що такий стан психіки в жінок є їхньою фізіологічною гендерною характеристикою, зумовленою складною взаємодією біологічних, гормональних, психологічних і соціокультурних чинників. Наукові дослідження вказують на прямий вплив жіночих статевих гормонів на підвищену вразливість до тривоги та психічної травми, наприклад, естроген може підсилювати консолідацію пам'яті про страх; організм жінки виробляє більше кортизолу на травматичну подію, і він триваліше повертається до норми. Дівчата більш схильні до інтерналізації своїх емоцій (направлення емоцій усередину), постійного циклічного обдумування негативних подій, надмірного переживання міжособистісних травм, що проявляється в тривозі та депресії [32].

У контексті воєнного стану в Україні ці гендерні відмінності можуть бути ще більш вираженими. На нашу думку, під час війни більша поширеність і вираженість проявів тривожності, депресії й розвитку ПТСР у молодих жінок зумовлені більшою частотою насильства щодо жінок; більшою ймовірністю пережити вимушене переміщення; відсутністю поруч помічника будь-якої статі (чоловіка за шлюбом чи партнера, брата, батька, близького родича будь-якої статі); зміною й зростанням соціальних і сімейних обов'язків (побутові функції, які в мирний час діляться між членами сім'ї, догляд за дітьми та літніми членами сім'ї, додаткове робоче навантаження); постійною турботою про близьких (переживання за дітей, члена сім'ї, який на війні, тощо).

Установлена нами залежність психічного здоров'я молодих людей від їхньої рухової активності є відомим науковим фактом. На наш погляд, вплив умов воєнного стану на цей зв'язок не є причинним. У численних наукових дослідженнях доведено, що системні фізичні вправи суттєво покращують настрій, знижують тривожність, депресивні симптоми, прояви стресу, підвищують соціальні навички й самооцінку в дітей, підлітків і молоді [33; 34; 35]. Такий взаємозв'язок рухової активності й стану психічного здоров'я пояснюється багатьма чинниками, зокрема тим, що фізична активність стимулює вироблення нейромедіаторів (серотоніну, дофаміну) і нейротрофічних факторів, що підтримують пластичність мозку, це покращує настрій, регулює стрес-систему, зменшує тривожність [36; 37; 38]; регулярні фізичні вправи зменшують гіперактивність осі «стрес – кортизол», що сприяє зниженню хронічної тривоги й стресу [37; 38]; фізичні

заняття в групах, спортивні заняття (особливо ігрові) створюють спільне соціальне середовище, у якому особа відчуває власну спроможність, підтримку, свою значущість для інших, належність до чогось суспільно важливого, що є захисним чинником проти ізоляції й депресії [39; 40; 41].

Насамкінець нами показано, що статус перебування в Україні або за її межами у зв'язку з воєнним станом впливає на психічне здоров'я молоді, погіршуючи його. Це повною мірою відповідає сучасним уявленням про те, що переміщення населення внаслідок війни призводить до істотного збільшення проявів посттравматичних розладів, тривоги, депресії та загального погіршення психологічного благополуччя. Так, в одному з найбільш масштабних досліджень в Україні виявили, що серед внутрішньо переміщених осіб поширеність симптомів ПТСР становила 32%, депресії – 22%, тривожних розладів – 17% [42]. У дослідженні Д. Марценковського (2024) [43], проведеному у 2023 році, зафіксовано значне поширення психічних розладів серед цивільного населення, яке зазнало переміщення внаслідок війни: 47% мали помірні або тяжкі прояви депресії, 42% – тривоги, а кожен шостий – симптоми, характерні для ПТСР [43]. Схожі результати подають Ш. Ванг (2024): через рік після повномасштабного вторгнення у великій вибірці дорослих виявлено сильні асоціації між травматичним досвідом, стресами війни й погіршенням показників якості життя, особливо серед переміщених [12]. В українських біженців, які були змушені покинути свою країну через конфлікт, виявлені значуще вищі рівні обсезивно-компульсивних симптомів, тривоги, депресії, ворожості й загального дистресу, порівняно з особами, які не виїжджали за межі України [44]. Отже, в умовах воєнного стану психічне здоров'я української молоді суттєво залежить від статусу перебування в Україні чи за її межами.

Перспективи подальших досліджень

Для поглиблення розуміння виявлених закономірностей у формуванні під час війни психічного здоров'я загалом та окремих груп населення зокрема можна здійснити низку подальших досліджень. Має сенс дослідити динаміку психічного здоров'я української молоді в умовах воєнного стану; установити, чи є відмінності в змінах психічного здоров'я молоді й дорослих, зумовлених війною; дослідити особливості психічного здоров'я військових, учасників бойових дій порівняно із цивільними.

Висновки

1. Психічне здоров'я молодих людей віком 17–24 роки, які є здобувачами вищої освіти в київських гуманітарних закладах вищої освіти, здебільшого є добрим, окрім відчуття тривожності. Опитування показано, що ознаки депресії за шкалою депресії Бека відсутні в 63,3% (200/316) випадків, розлади настрою за опитувальником розладів настрою (MDQ) – у 74,7% (236/316) випадків, ознаки ПТСР за шкалою ПТСР (PCL-5) – у 74,1% (234/316) випадків, прояви психопатологічних синдромів за шкалою оцінки позитивних і негативних синдромів (PANSS) – у 58,2% (184/316) випадків, прояви тривожності за шкалою генералізованого тривожного розладу (GAD-7) – лише в 43,4% (137/316) випадків.

В інших випадках у молодих людей реєструємо певні розлади психічного здоров'я у вигляді наявності клінічно значущих ознак депресії – у 19,3% (61/316) випадків, тривожності – у 20,9% (66/316) випадків, розладів настрою – у 25,3% (80/316) випадків, проявів психопатологічних синдромів – у 16,8% (53/316) випадків, розвитку ПТСР – у 26,0% (82/316).

2. Психічне здоров'я молодих людей в умовах воєнного стану певною мірою залежить від їхньої статі, рухової активності й зміни місця перебування з лютого 2022 року:

– молоді жінки є більш вразливими стосовно впливу умов війни, що виявляється в наявності в них статистично значущої більшої кількості випадків помірної тривожності й більшої кількості випадків розвитку ПТСР порівняно з чоловіками;

– рухова активність молодих людей суттєво впливає на їхнє психічне здоров'я – в осіб з недостатньою руховою активністю статистично значуще частіше реєструємо легку депресію, значну та помірну тривожність, ознаки розладів настрою, ознаки ПТСР, дуже слабо виражені й значно виражені психопатологічні синдроми порівняно з особами з достатньою руховою активністю;

– статус перебування в Україні або за її межами у зв'язку з воєнним станом певним чином впливає на психічне здоров'я української молоді, що виявляється статистично значущою більшою кількістю виникнення ПТСР у переміщених осіб в межах України й в осіб, які тимчасово виїхали за кордон, і формування незначно виражених психопатологічних синдромів порівняно з особами, які не змінювали місця перебування з лютого 2022 року.

Література

1. Levy BS. The impacts of war on health, human rights, and the environment – an overview. *Front Public Health*. 2025;13:1547784. doi: 10.3389/fpubh.2025.1547784.
2. Сохор Н, Ясні О, Смахна О, Гашімова Н. Вплив війни та вимушеного переселення на психічне здоров'я дітей та підлітків (огляд літератури). *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2024;Apr. 15. 2025;Том. 26;9(1). DOI: 10.26766/pmgp.v9i1.471.
3. Ayele K. Impacts of Armed Conflicts on Healthcare and Nutrition Services in Ethiopia: A Narrative Review *Public Health Challenges*. 2025;4(3):e70099. DOI: 10.1002/puh2.70099.

4. Garry S, Checchi F. Armed conflict and public health: into the 21st century. *J Public Health*. 2020 Sep;42(3):e287–e298. DOI: 10.1093/pubmed/fdz095.
5. Williamson V, Murphy D. Psychological consequences of global armed conflict. *BMC Psychol*. 2025;13:197. DOI: 10.1186/s40359-024-02305-4.
6. United Nations Secretary-General. Report on the protection of civilians in armed conflict (S/2023/345). New York; 2023. Available from: <https://www.securitycouncilreport.org/atf/cf/%7B65BFCF9B-6D27-4E9C-4E9C-8CD3-CF6E4FF96FF9%7D/SG%20report.pdf>.
7. United Nations Secretary-General. Protection of civilians in armed conflict (S/2024/385). New York; 2024. Available from: <https://www.securitycouncilreport.org/atf/cf/%7B65BFCF9B-6D27-4E9C-8CD3-CF6E4FF96FF9%7D/N2411029.pdf>.
8. United Nations Secretary-General. Protection of civilians in armed conflict (S/2025/271). New York; 2025. Available from: <https://digitallibrary.un.org/record/4082183?ln=en&v=pdf>.
9. Charlson F, van Ommeren M, Flaxman A, Cornett J, Whiteford H, Saxena S. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2019 Jul 20;394(10194):240–248. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)30934-1.
10. World Health Organization. Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Emergencies. Geneva: WHO; 2010.
11. Murthy RS, Lakshminarayana R. Mental health consequences of war: a brief review of research findings. *World Psychiatry*. 2006;5(1):25–30.
12. Wang S, Barrett E, Hicks MH, Martsenkovskiy D, Holovanova I, Marchak O, Ishchenko L, Haque U, Fiedler N. Associations between mental health symptoms, trauma, quality of life and coping in adults living in Ukraine: A cross-sectional study a year after the 2022 Russian invasion. *Psychiatry Res*. 2024 Sep;339:116056. DOI: 10.1016/j.psychres.2024.116056.
13. Rzońca P, Podgórski M, Łazarewicz M, Gałązkowski R, Rzońca E, Detsyk O, Włodarczyk D. The prevalence and determinants of PTSD, anxiety, and depression in Ukrainian civilian physicians and paramedics in wartime – An observational cross-sectional study six months after outbreak. *Psychiatry Res*. 2024;334:115836. DOI: 10.1016/j.psychres.2024.115836.
14. Goto R, Pinchuk I, Kolodezhny O, Pimenova N, Kano Y, Skokauskas N. Mental Health of Adolescents Exposed to the War in Ukraine. *JAMA Pediatr*. 2024 May 1;178(5):480–488. DOI: 10.1001/jamapediatrics.2024.0295.
15. Polyvianai M, Yachnik Y, Fegert JM, Sitariski 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 Mar 12;25(1):236. DOI: 10.1186/s12888-025-06654-1.
16. Афузова ГВ, Найдьонова ГО, Кротенко ВІ. Особливості психічного здоров'я першокурсників на етапі адаптації до професійного навчання в умовах воєнного стану. *Габітус*. 2022;(41):278–283. DOI: 10.32782/2663-5208.2022.41.49.
17. Zasiakina L, Duchyminska T, Bifulco A, Bignardi G. War trauma impacts in Ukrainian combat and civilian populations: Moral injury and associated mental health symptoms. *Mil Psychol*. 2023;36(5):555–566. DOI: 10.1080/08995605.2023.2235256.
18. United Nations Secretary-General. Strengthening of the coordination of emergency humanitarian assistance of the United Nations : resolution / adopted by the General Assembly (A/RES/79/140). New York; 2024. Available from: <https://docs.un.org/en/A/RES/79/140>.
19. Pinchuk I, Yachnik Y, Goto R, Skokauskas N. Mental health services during the war in Ukraine: 2-years follow up study. *Int J Ment Health Syst*. 2025 Mar 28;19(1):11. DOI: 10.1186/s13033-025-00667-9.
20. Beck AT. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961 Jun;4(6):561. DOI: 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004.
21. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder. *Arch Intern Med*. 2006 May 22;166(10):1092. DOI: 10.1001/archinte.166.10.1092.
22. Martínez-Vázquez S, Martínez-Galiano JM, Peinado-Molina RA, Gutiérrez-Sánchez B, Hernández-Martínez A. Validation of General Anxiety Disorder (GAD-7) questionnaire in Spanish nursing students. *PeerJ*. 2022 Oct 24;10:e14296. DOI: 10.7717/peerj.14296.
23. Hirschfeld RMA. The Mood Disorder Questionnaire. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2002;4(1):9–11. DOI: 10.4088/pcc.v04n0104.
24. Blevins CA, Weathers FW, Davis MT, Witte TK, Domino JL. The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *J Traumatic Stress*. 2015 Dec;28(6):489–498. DOI: 10.1002/jts.22059.
25. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1987;13(2):261–276. DOI: 10.1093/schbul/13.2.261.
26. Demyttenaere K, Anthonis E, Acsai K, Correll CU. Depressive Symptoms and PANSS symptom dimensions in patients with predominant negative symptom schizophrenia: a network analysis. *Front Psychiatry*. 2022 May 25;13:795866. DOI: 10.3389/fpsyt.2022.795866.
27. Бахмач АІ. Гендерні аспекти та перспективи в умовах конфлікту: аналіз впливу воєнно-політичних подій на гендерні ролі в сучасній Україні. *Перспективи: соціально-політичний журнал*. 2024;(1):48–56. <http://dspace.pdpu.edu.ua/handle/123456789/19940>.
28. Горбач-Кудря І, Захарченко Ю. Гендерна сегрегація в закладах вищої освіти із специфічними умовами навчання: причини і шляхи подолання. *Юрид. психол*. 2024;(1):65–75. DOI: 10.33270/03243401.65.
29. Тюріна Д. Гендерна компетентність як фактор інтеграції гендерного підходу у вищій освіті. *Наук вісник Вінницької академії безперервної освіти. Серія: Екологія. Публічне управління та адміністрування*. 2024;2(6):149–158. DOI: 10.32782/2786-5681-2024-2.19.
30. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Jun;62(6):593–602. Erratum in: *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Jul;62(7):768. DOI: 10.1001/archpsyc.62.6.593.

31. Pedrelli P, Nyer M, Yeung A, Zulauf C, Wilens T. College Students: Mental Health Problems and Treatment Considerations. *Acad Psychiatry*. 2015 Oct;39(5):503–11. DOI: 10.1007/s40596-014-0205-9.
32. Vallejo-Martín M, Sánchez Sancha A, Canto JM. Refugee Women with a History of Trauma: Gender Vulnerability in Relation to Post-Traumatic Stress Disorder. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 May 3;18(9):4806. DOI: 10.3390/ijerph18094806.
33. Wang X, Cai Z, Jiang W, Ma X, Xu Y, Cao F. Systematic review and meta-analysis of the effects of exercise on depression in adolescents. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2022 Feb 16;16(1):16. DOI: 10.1186/s13034-022-00453-2.
34. Wanjaw MN, Möller H, Haigh F, Milat A, Hayek R, Lucas P, Veerman JL. Physical Activity and Depression and Anxiety Disorders: A Systematic Review of Reviews and Assessment of Causality. *AJPM Focus*. 2023 Feb 4;2(2):100074. DOI: 10.1016/j.focus.2023.100074.
35. Yang W, Chen H, Liu W, Qu S, Ge Y, Song J. Efficacy of vigorous physical activity as an intervention for mitigating depressive symptoms in adolescents and young adults: a comprehensive systematic review and meta-analysis. *Front Behav Neurosci*. 2025 Feb 18;19:1479326. DOI: 10.3389/fnbeh.2025.1479326.
36. Ren J, Xiao H. Exercise for Mental Well-Being: Exploring Neurobiological Advances and Intervention Effects in Depression. *Life (Basel)*. 2023 Jul 4;13(7):1505. DOI: 10.3390/life13071505.
37. De Nys L, Anderson K, Ofosu EF, Ryde GC, Connelly J, Whittaker AC. The effects of physical activity on cortisol and sleep: A systematic review and meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*. 2022 Sep;143:105843. DOI: 10.1016/j.psyneuen.2022.105843.
38. Li X, Huang J, Zhu F. The Optimal Exercise Modality and Dose for Cortisol Reduction in Psychological Distress: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *Sports (Basel)*. 2025 Dec 18;13(12):415. DOI: 10.3390/sports13120415.
39. Biddle SJH, Ciaccioni S, Thomas G, Vergeer I. Physical activity and mental health in children and adolescents: An updated review of reviews and an analysis of causality. *Psychol Sport Exerc*. 2019 Mar;42:146–155. DOI: 10.1016/j.psychsport.2018.08.011.
40. Holt NL, Neely KC. Positive youth development through sport: A review. *Rev Iberoam Psicol Ejerc Deporte*. 2017;12(1):161–178.
41. McMahon EM, Corcoran P, O'Regan G, Cannon M, Keeley H, Cannon M. Associations between social capital and youth mental health: A systematic review. *J Adolesc*. 2020 Mar;79:150–162. DOI: 10.1016/j.adolescence.2020.01.002.
42. Roberts B, Makhshvili N, Javakhishvili J, Kharadze I, Jones L, Patel V. Mental health care utilisation among internally displaced persons in Ukraine: results from a nation-wide survey. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2019 Jan 10;28(1):100–111. DOI: 10.1017/S2045796017000385.
43. Martsenkovskiy D, Shevlin M, Ben-Ezra M, Bondjers K, Fox R, Karatzias T, et al. Mental health in Ukraine in 2023. *Eur Psychiatry*. 2024 Mar 27;67(1):e27. DOI: 10.1192/j.eurpsy.2024.12.
44. Boiko DI, Shyrai PO, Mats OV, Karpik ZI, Rahman MH, Khan AA, Alanazi AM, Skrypnikov AM. Mental health and sleep disturbances among Ukrainian refugees in the context of Russian-Ukrainian war: A preliminary result from online-survey. *Sleep Med*. 2023;113:342–348. DOI: 10.1016/j.sleep.2023.12.004.

References

1. Levy BS. The impacts of war on health, human rights, and the environment – an overview. *Front Public Health*. 2025;13:1547784. DOI: 10.3389/fpubh.2025.1547784.
2. Sokhor N, Yasniy O, Smashna O, Hashimova N. Vplyv viyny ta vymushenoho pereseleynna na psykhične zdorovia ditey ta pidlitkiv (ohlyad literatury) [Impact of war and forced displacement on mental health of children and adolescents (literature review)]. *Psykosomatychna medytyna ta zahalna praktyka*. 2025;9(1):[471]. DOI: 10.26766/pmgp.v9i1.471 [in Ukrainian].
3. Ayele K. Impacts of Armed Conflicts on Healthcare and Nutrition Services in Ethiopia: A Narrative Review. *Public Health Challenges*. 2025;4(3):e70099. DOI: 10.1002/puh2.70099.
4. Garry S, Checchi F. Armed conflict and public health: into the 21st century. *J Public Health*. 2020 Sep;42(3):e287–e298. DOI: 10.1093/pubmed/fdz095.
5. Williamson V, Murphy D. Psychological consequences of global armed conflict. *BMC Psychol*. 2025;13:197. DOI: 10.1186/s40359-024-02305-4.
6. United Nations Secretary-General. Report on the protection of civilians in armed conflict (S/2023/345). New York; 2023. Available from: <https://www.securitycouncilreport.org/atf/cf/%7B65BF9B-6D27-4E9C-4E9C-8CD3-CF6E4FF96FF9%7D/SG%20report.pdf>.
7. United Nations Secretary-General. Protection of civilians in armed conflict (S/2024/385). New York; 2024. Available from: <https://www.securitycouncilreport.org/atf/cf/%7B65BF9B-6D27-4E9C-8CD3-CF6E4FF96FF9%7D/N2411029.pdf>.
8. United Nations Secretary-General. Protection of civilians in armed conflict (S/2025/271). New York; 2025. Available from: <https://digitallibrary.un.org/record/4082183?ln=en&v=pdf>.
9. Charlson F, van Ommeren M, Flaxman A, Cornett J, Whiteford H, Saxena S. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2019 Jul 20;394(10194):240–248. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)30934-1.
10. World Health Organization. *Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Emergencies*. Geneva: WHO; 2010.
11. Murthy RS, Lakshminarayana R. Mental health consequences of war: a brief review of research findings. *World Psychiatry*. 2006;5(1):25–30.
12. Wang S, Barrett E, Hicks MH, Martsenkovskiy D, Holovanova I, Marchak O, et al. Associations between mental health symptoms, trauma, quality of life and coping in adults living in Ukraine: A cross-sectional study a year after the 2022 Russian invasion. *Psychiatry Res*. 2024 Sep;339:116056. DOI: 10.1016/j.psychres.2024.116056.

13. Rzońca P, Podgórski M, Łazarewicz M, Gałżkowski R, Rzońca E, Detsyk O, et al. The prevalence and determinants of PTSD, anxiety, and depression in Ukrainian civilian physicians and paramedics in wartime – An observational cross-sectional study six months after outbreak. *Psychiatry Res.* 2024;334:115836. DOI: 10.1016/j.psychres.2024.115836.
14. Goto R, Pinchuk I, Kolodezhny O, Pimenova N, Kano Y, Skokauskas N. Mental Health of Adolescents Exposed to the War in Ukraine. *JAMA Pediatr.* 2024 May 1;178(5):480–488. DOI: 10.1001/jamapediatrics.2024.0295.
15. Polyvianai M, Yachnik Y, Fegert JM, Sitariski 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 Mar 12;25(1):236. DOI: 10.1186/s12888-025-06654-1.
16. Afuzova HV, Naydonova HO, Krotenko VI. Osoblyvosti psykhichnoho zdorov'ya pershokursnykiv na etapi adaptatsiyi do profesiynoho navchannya v umovakh voyennoho stanu [Features of mental health of first-year students at the stage of adaptation to professional training in the conditions of martial law]. *Habitus.* 2022;(41):278–283. DOI: 10.32782/2663-5208.2022.41.49 [in Ukrainian].
17. Zasiakina L, Duchymynska T, Bifulco A, Bignardi G. War trauma impacts in Ukrainian combat and civilian populations: Moral injury and associated mental health symptoms. *Mil Psychol.* 2023;36(5):555–566. DOI: 10.1080/08995605.2023.2235256.
18. United Nations Secretary-General. Strengthening of the coordination of emergency humanitarian assistance of the United Nations: resolution / adopted by the General Assembly (A/RES/79/140). New York; 2024. Available from: <https://docs.un.org/en/A/RES/79/140>.
19. Pinchuk I, Yachnik Y, Goto R, Skokauskas N. Mental health services during the war in Ukraine: 2-years follow up study. *Int J Ment Health Syst.* 2025 Mar 28;19(1):11. DOI: 10.1186/s13033-025-00667-9.
20. Beck AT. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1961 Jun;4(6):561. DOI: 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004.
21. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder. *Arch Intern Med.* 2006 May 22;166(10):1092. DOI: 10.1001/archinte.166.10.1092.
22. Martínez-Vázquez S, Martínez-Galiano JM, Peinado-Molina RA, Gutiérrez-Sánchez B, Hernández-Martínez A. Validation of General Anxiety Disorder (GAD-7) questionnaire in Spanish nursing students. *PeerJ.* 2022 Oct 24;10:e14296. DOI: 10.7717/peerj.14296.
23. Hirschfeld RMA. The Mood Disorder Questionnaire. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 2002;4(1):9–11. DOI: 10.4088/pcc.v04n0104.
24. Blevins CA, Weathers FW, Davis MT, Witte TK, Domino JL. The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *J Traumatic Stress.* 2015 Dec;28(6):489–498. DOI: 10.1002/jts.22059.
25. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1987;13(2):261–276. DOI: 10.1093/schbul/13.2.261.
26. Demyttenaere K, Anthonis E, Acsai K, Correll CU. Depressive Symptoms and PANSS symptom dimensions in patients with predominant negative symptom schizophrenia: a network analysis. *Front Psychiatry.* 2022 May 25;13:795866. DOI: 10.3389/fpsy.2022.795866.
27. Bakhmach AI. Henderni aspekty ta perspektyvy v umovakh konfliktu: analiz vplyvu voyenno-politychnykh podiy na hender ni roli v suchasnyy Ukrainy [Gender aspects and prospects in conditions of conflict: analysis of the influence of military-political events on gender roles in modern Ukraine]. *Perspektyvy: sotsialno-politychnyy zhurnal.* 2024;(1):48–56. <http://dspace.pdpu.edu.ua/handle/123456789/19940> [in Ukrainian].
28. Horbach-Kudria I, Zakharchenko Yu. Henderna sehregatsiya v zakladakh vyshchoyi osvity iz spetsyfichnymy umovamy navchannya: prychny i shlyakhy podolannya [Gender segregation in institutions of higher education with specific learning conditions: causes and ways to overcome]. *Yuryd psykhol.* 2024;(1):65–75. DOI: 10.33270/03243401.65 [in Ukrainian].
29. Tiurina D. Henderna kompetentnist yak faktor integratsiyi hendernoho pidkhodu u vyshchiiy osviti [Gender competence as a factor in the integration of the gender approach in higher education]. *Nauk visn Vinnyts akad bezpererv osvity. Seriya: Ekolohiya. Publ upravlinnya ta administruvannya.* 2024;2(6):149–158. DOI: 10.32782/2786-5681-2024-2.19 [in Ukrainian].
30. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005 Jun;62(6):593–602. DOI: 10.1001/archpsyc.62.6.593. Erratum in: *Arch Gen Psychiatry.* 2005 Jul;62(7):768.
31. Pedrelli P, Nyer M, Yeung A, Zulauf C, Wilens T. College Students: Mental Health Problems and Treatment Considerations. *Acad Psychiatry.* 2015 Oct;39(5):503–11. DOI: 10.1007/s40596-014-0205-9.
32. Vallejo-Martín M, Sánchez Sancha A, Canto JM. Refugee Women with a History of Trauma: Gender Vulnerability in Relation to Post-Traumatic Stress Disorder. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 May 3;18(9):4806. DOI: 10.3390/ijerph18094806.
33. Wang X, Cai Z, Jiang W, Ma X, Xu Y, Cao F. Systematic review and meta-analysis of the effects of exercise on depression in adolescents. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2022 Feb 16;16(1):16. DOI: 10.1186/s13034-022-00453-2.
34. Wanjaw MN, Möller H, Haigh F, Milat A, Hayek R, Lucas P, et al. Physical Activity and Depression and Anxiety Disorders: A Systematic Review of Reviews and Assessment of Causality. *AJPM Focus.* 2023 Feb 4;2(2):100074. DOI: 10.1016/j.focus.2023.100074.
35. Yang W, Chen H, Liu W, Qu S, Ge Y, Song J. Efficacy of vigorous physical activity as an intervention for mitigating depressive symptoms in adolescents and young adults: a comprehensive systematic review and meta-analysis. *Front Behav Neurosci.* 2025 Feb 18;19:1479326. DOI: 10.3389/fnbeh.2025.1479326.
36. Ren J, Xiao H. Exercise for Mental Well-Being: Exploring Neurobiological Advances and Intervention Effects in Depression. *Life (Basel).* 2023 Jul 4;13(7):1505. DOI: 10.3390/life13071505.
37. De Nys L, Anderson K, Ofosu EF, Ryde GC, Connelly J, Whittaker AC. The effects of physical activity on cortisol and sleep: A systematic review and meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology.* 2022 Sep;143:105843. DOI: 10.1016/j.psyneuen.2022.105843.

38. Li X, Huang J, Zhu F. The Optimal Exercise Modality and Dose for Cortisol Reduction in Psychological Distress: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *Sports (Basel)*. 2025 Dec 18;13(12):415. DOI: 10.3390/sports13120415.
39. Biddle SJH, Ciaccioni S, Thomas G, Vergeer I. Physical activity and mental health in children and adolescents: An updated review of reviews and an analysis of causality. *Psychol Sport Exerc*. 2019 Mar;42:146–155. DOI: 10.1016/j.psychsport.2018.08.011.
40. Holt NL, Neely KC. Positive youth development through sport: A review. *Rev Iberoam Psicol Ejerc Deporte*. 2017;12(1):161–178.
41. McMahon EM, Corcoran P, O'Regan G, Cannon M, Keeley H, Cannon M. Associations between social capital and youth mental health: A systematic review. *J Adolesc*. 2020 Mar;79:150–162. DOI: 10.1016/j.adolescence.2020.01.002.
42. Roberts B, Makhshvili N, Javakhishvili J, Kharadze I, Jones L, Patel V. Mental health care utilisation among internally displaced persons in Ukraine: results from a nation-wide survey. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2019 Jan 10;28(1):100–111. DOI: 10.1017/S2045796017000385.
43. Martsenkovskiy D, Shevlin M, Ben-Ezra M, Bondjers K, Fox R, Karatzias T, et al. Mental health in Ukraine in 2023. *Eur Psychiatry*. 2024 Mar 27;67(1):e27. DOI: 10.1192/j.eurpsy.2024.12.
44. Boiko DI, Shyrai PO, Mats OV, Karpik ZI, Rahman MH, Khan AA, et al. Mental health and sleep disturbances among Ukrainian refugees in the context of Russian-Ukrainian war: A preliminary result from online-survey. *Sleep Med*. 2023;113:342–348. DOI: 10.1016/j.sleep.2023.12.004.

Статтю присвячено актуальній проблемі оцінки рівня психічного здоров'я української молоді (17–24 роки) в умовах тривалого воєнного стану, що критично важливо для збереження людського капіталу країни.

Мета дослідження полягала в установленні особливостей психічного здоров'я студентів закладів вищої освіти м. Києва, а також визначенні впливу на нього статі, рівня рухової активності й зміни місця проживання.

Матеріали та методи. Проведено проспективне вибіркове обсерваційне дослідження за участю 316 осіб (72,2% – жінки) протягом 2024–2025 років. Стан психічного здоров'я оцінювався однократно за допомогою стандартизованих скринінгових тестів: шкали депресії Бека (BDI), шкали генералізованого тривожного розладу (GAD-7), опитувальника розладів настрою (MDQ), опитувальника ПТСР (PCL-5) і шкали PANSS. Статистична значущість визначалася на рівні $p < 0,05$.

Результати. Установлено, що більше половини обстежених (понад 56%) мають ознаки тривожності, а клінічно значущі порушення (ПТСР, депресія, розлади настрою) виявлено в понад 25% молоді, а саме:

У жінок виявлено більшу вразливість і вищий ризик розвитку ПТСР (29,9% проти 15,9% у чоловіків, $p < 0,05$).

Недостатня рухова активність – погіршувала всі показники, асоціюючись із вищою частотою депресії, значної тривожності, розладів настрою та ПТСР ($p < 0,001$).

Зміна місця перебування (внутрішня або зовнішня міграція) пов'язана з вищим ризиком розвитку ПТСР ($p < 0,05$).

Висновки. Жінки й особи з недостатньою руховою активністю є найбільш вразливими групами. Рухова активність є важливим протективним чинником. Отримані дані надають науково обгрунтовану основу для розробки цільових, гендерно-чутливих і поведінково-орієнтованих програм психосоціальної підтримки серед української молоді.

Ключові слова: психічне здоров'я, шкала Бека, шкала генералізованої тривоги (GAD-7), шкала розладів настрою (MDQ), шкала посттравматичного стресового розладу (PCL-5), шкала PANSS.

The article is devoted to the topical issue of assessing and analyzing the mental health of Ukrainian youth (aged 17–24) in conditions of prolonged martial law, which is critically important for the formation of strategies for psychosocial support and preservation of the country's human capital.

It has been determined and substantiated that a significant proportion of the young people surveyed (over 25%) have clinically significant signs of mental health disorders, including anxiety, PTSD, and mood disorders. At the same time, female gender and insufficient physical activity are the most pronounced aggravating factors (risk factors) for the development of these conditions.

Empirical data have been obtained that indicate the important protective role of sufficient physical activity in maintaining the mental health of young people in wartime. The results of the study provide a scientifically sound basis for the development of targeted, gender-sensitive, and behavior-oriented programs for psychosocial support and prevention of mental disorders among Ukrainian youth.

Purpose. Comprehensively establish the characteristics and severity of mental health disorders (depression, anxiety, mood disorders, PTSD, and psychopathological syndromes) among students aged 17–24 studying at higher education institutions in Kyiv under martial law, as well as to determine how these indicators are influenced by factors such as gender, level of physical activity, and experience of relocation after February 2022.

Materials and methods. A prospective selective observational study was conducted between January 2024 and September 2025. The study population consisted of 316 civilians (88 men and 228 women) aged 17–24 years. Data were collected once using an anonymous questionnaire.

The associations between mental disorders and factors (gender, physical activity, displacement status) were studied using Pearson's criterion.

Results. A general analysis showed that most young people (58.2–74.7%) did not have clinically significant manifestations of depression, PTSD, mood disorders, or psychopathological syndromes. However, the level of anxiety was high: only 43.4% of those surveyed did not have anxiety, and 20.9% had clinically significant (moderate/severe) symptoms. It was also found that clinically significant mental health disorders were observed in: PTSD – 26.0% (82/316) of cases, mood disorders – 25.3% (80/316) of cases, depression – 19.3% (61/316) of cases.

Key influencing factors:

1. Women, who more often have moderate anxiety ($p < 0.05$) and a higher incidence of PTSD (29.9% vs. 15.9% in men, $p < 0.05$).

2. With insufficient physical activity, all types of disorders were recorded significantly more often compared to individuals with sufficient activity: mild depression (33.3% vs. 12.7%, $p < 0.001$), significant anxiety (12.5% vs. 3.3%, $p < 0.01$), signs of PTSD (41.7% vs. 21.3%, $p < 0.001$), and significantly pronounced psychopathological syndromes (12.5% vs. 4.1%, $p < 0.05$).

3. Displacement (both internal and temporary departure abroad) significantly increased the risk of developing PTSD (33.3% and 36.8%, respectively, compared to 21.0% in those who did not move, $p < 0.05$).

Conclusions. The highest level of vulnerability is observed among women and people with low levels of physical activity. The data obtained emphasize the importance of not only providing psychological assistance, but also integrating sufficient physical activity (150 minutes of moderate or 75 minutes of intense exercise per week) into psychosocial support programs to increase the psychological resilience of young people in the context of ongoing conflict.

Key words: mental health, Beck scale, generalized anxiety scale (GAD-7), mood disorder scale (MDQ), post-traumatic stress disorder scale (PCL-5), PANSS scale.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflict of interest: absent

Відомості про авторів

Тимчик Олеся Володимирівна – кандидат біологічних наук, доцент, доцент кафедри фізичної терапії та ерготерапії «Київського столичного університету імені Бориса Грінченка»; вул. Бульварно-Кудрявська, 18/2, м. Київ, Україна, 04053.

o.tymchik@kubg.edu.ua, ORCID ID: 0000-0003-1878-7465 ^{A, B, D, E, F}

Савченко Валентин Михайлович – доктор біологічних наук, професор, завідувач кафедри фізичної терапії та ерготерапії «Київського столичного університету імені Бориса Грінченка»; вул. Бульварно-Кудрявська, 18/2, м. Київ, Україна, 04053.

v.savchenko@kubg.edu.ua, ORCID ID: 0000-0002-8483-9748 ^{A, C, D, E, F}

Коваленко Ольга Олександрівна – кандидат наук з державного управління, доцент кафедри громадського здоров'я та мікробіології Приватного вищого навчального закладу «Київський медичний університет»; вул. Бориспільська, 2, м. Київ, Україна, 02098.

o.o.kovalenko@kmu.edu.ua, ORCID ID: 0000-0002-8415-9654 ^{A, B, D, E, F}

Стешенко Андріана Олексіївна – здобувач вищої освіти Навчально-наукового центру «Інститут біології та медицини» Київського національного університету імені Тараса Шевченка; вул. Академіка Глушкова, 2-Е, м. Київ, Україна, 02098.

andriana_steshenko@knu.ua, ORCID ID: 0009-0008-2503 ^{A, B, D}

Дата першого надходження статті до видання: 08.12.2025

Дата прийняття статті до друку після рецензування: 04.02.2026

Дата публікації (оприлюднення) статті: 15.04.2026