

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
факультет медико-фармацевтичних технологій
кафедра фармакології та клінічної фармації**

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

**на тему: «ВПЛИВ ВІЙНИ НА РІВЕНЬ ДЕПРЕСІЇ ТА ТРИВОЖНОСТІ
СТУДЕНТІВ: ПСИХОСОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ТА ШЛЯХИ
ПОДОЛАННЯ»**

Виконала: здобувачка вищої освіти групи 226Ф КФм20(4,10д)-01
спеціальності 226 Фармація, промислова фармація
освітньої програми Клінічна фармація

Юлія МОВЧАН

Керівник: доцент закладу вищої освіти кафедри фармакології та
клінічної фармації, к.мед.н., доцент

Марина САВОХІНА

Рецензент: професор закладу вищої освіти кафедри клінічної
фармакології ІПКСФ НФаУ, д.мед.н., професор

Ярослава БУТКО

АНОТАЦІЯ

У кваліфікаційній роботі досліджено рівень депресії, тривожності, стресу та стресостійкості серед студентів-фармацевтів в умовах війни. Проведено анкетування з використанням шкал PHQ-2, GAD-2 та шкали стресостійкості. Встановлено, що студенти в Україні мали вищий рівень негативних психоемоційних станів та нижчу стресостійкість порівняно з тими, хто перебував за кордоном. Підкреслено важливість психосоціальної підтримки студентів-фармацевтів та зміцнення їх адаптаційних ресурсів у кризових умовах.

Загальний обсяг роботи – 54 сторінки, складається зі вступу, 4 розділів, 3 таблиць, 9 рисунків, 48 посилань на літературні джерела, додатків.

Ключові слова: анкетування, депресія, тривожність, стрес, антидепресанти, фармакотерапія тривожних розладів.

ANNOTATION

The qualification work investigates the level of depression, anxiety, stress and stress resistance among pharmacy students in wartime. A questionnaire was conducted using the PHQ-2, GAD-2 scales and the stress tolerance scale. It was found that students in Ukraine had a higher level of negative psychoemotional states and lower stress resistance compared to those who were abroad. The importance of psychosocial support for pharmacy students and strengthening their adaptive resources in crisis conditions is emphasized.

The total volume of the work is 54 pages, consists of an introduction, 4 chapters, 3 tables, 9 figures, 48 references to literary sources, and appendices.

Keywords: questionnaire, depression, anxiety, stress, antidepressants, pharmacotherapy of anxiety disorders.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ОЗНАЧЕНЬ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. ПСИХОЕМОЦІЙНІ РОЗЛАДИ В УМОВАХ ВІЙНИ: СУЧАСНИЙ СТАН НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ (огляд літератури)..	10
1.1. Психологічний вплив війни на цивільне населення та студентську молодь.....	10
1.2. Поняття стресу, тривожності та депресії: психологічні й клінічні характеристики.....	12
1.3. Особливості психічного стану студентів-фармацевтів у кризових умовах.....	16
1.4. Фармакологічні та нефармакологічні методи контролю тривожних і депресивних розладів.....	18
1.5. Адаптивність та стресостійкість як чинники збереження психічного здоров'я в умовах війни.....	24
РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	25
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ ТА ОБГОВРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ	35
3.1. Соціально-демографічні характеристики учасників дослідження...	35
3.2. Оцінка рівня депресії у студентів-фармацевтів.....	36
3.3. Оцінка рівня тривожності у студентів-фармацевтів	39
3.4. Оцінка рівня стресу у студентів-фармацевтів	41
3.5 Стресостійкість та адаптивність студентів-фармацевтів: аналіз змін	43
3.6. Аналіз стратегій подолання стресу, тривожності та депресивних проявів під час війни.....	47
РОЗДІЛ 4. РЕКОМЕНДАЦІЙ ЩОДО ПОКРАЩЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ-ФАРМАЦЕВТІВ В УМОВАХ ТРИВАЛОГО СТРЕССОВОГО ВПЛИВУ.....	53
ВИСНОВКИ.....	54
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	55
ДОДАТКИ	

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ІМАО	Інгібітори моноаміноксидази
ПТСР	посттравматичний стресовий розлад
СІЗЗС	Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну
СІЗЗСН	Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну/норадреналіну
ТЦА	Трициклічні антидепресанти
NMDA	Антагоністи N-метил-D-аспартатних рецепторів
FDA	Управління з контролю за продуктами та лікарськими засобами США
TMS	Транскраніальна магнітна стимуляція

ВСТУП

Актуальність теми. Повномасштабна війна, яка розпочалася в Україні 24 лютого 2022 року, стала потужним дестабілізуючим фактором не лише для соціально-економічної ситуації в державі, але й для психологічного благополуччя її громадян. Особливо чутливо на кризові ситуації реагує молодь, зокрема студенти, які одночасно перебувають у складному періоді особистісного та професійного становлення. У цьому контексті вивчення психоемоційного стану студентської молоді, рівня тривожності, депресії, здатності до адаптації та рівня стресостійкості набуває особливої актуальності.

Дані численних досліджень свідчать про різке зростання показників психоемоційних розладів серед студентів в умовах війни. Так, у дослідженні *Frontiers in Public Health* (2024) виявлено, що серед студентів медичних університетів Західної України протягом перших 18 місяців повномасштабної війни 62,5% мали симптоми стресу, 59,6% – тривожності, а 58,8% – депресії. Водночас серйозні або вкрай серйозні симптоми депресії зафіксовано у 25,6% респондентів, а тривожності – у 31,9%. При цьому значна частка респондентів повідомила про симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР) (44,2%) [1].

Вплив війни на ментальне здоров'я молоді не обмежується лише наявністю психопатологічних симптомів. У багатьох випадках стрес, викликаний війною, порушує звичні адаптивні механізми, що унеможливорює нормальне функціонування особистості, знижує академічну успішність, викликає проблеми з концентрацією уваги, мотивацією до навчання та соціальною інтеграцією. Дослідження *BMC Psychiatry* (2025) зафіксувало, що через 20 місяців війни більше половини студентів університетів України мали симптоми депресії, тривожності, безсоння або ПТСР, а ці порушення були безпосередньо пов'язані з рівнем академічної продуктивності та адаптації до освітнього процесу [2].

Кризові ситуації такого масштабу є серйозним випробуванням для механізмів психологічної адаптації. Стрес, що триває довготривалий час,

вимагає мобілізації внутрішніх ресурсів особистості. Від рівня індивідуальної стресостійкості залежить, чи зможе студент ефективно адаптуватися до нових умов, зберегти здатність до навчання, міжособистісного спілкування та прийняття рішень. За даними Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology (2025), серед студентів із високим рівнем тривожності, депресії та ПТСР понад 70% мали низький рівень адаптивності до умов воєнного часу, що проявлялося в соціальній ізоляції, апатії, проблемах зі сном та втраті інтересу до фаху [3].

Особливої уваги заслуговує специфіка реагування на стрес студентів-фармацевтів. Попри відносну стабільність навчального процесу в медичних і фармацевтичних закладах під час війни, фармацевтична спеціальність передбачає значну академічну та емоційну навантаженість, що в умовах війни лише посилюється. Однак досліджень, які би безпосередньо вивчали психоемоційний стан саме студентів-фармацевтів під час війни, на сьогодні майже не існує. Це формує наукову нішу, яка потребує заповнення, оскільки студенти цього профілю є майбутніми фахівцями, які матимуть справу з людьми, включаючи тих, хто постраждав фізично або психологічно внаслідок воєнних подій.

Зважаючи на викладене, доцільно дослідити рівень депресії, тривожності, стресу, стресостійкості та адаптивності студентів-фармацевтів в умовах війни, а також виявити основні психосоціальні чинники, які впливають на цей стан, і шляхи його подолання. Такий підхід дозволить не лише окреслити психоемоційний портрет студентської молоді в умовах тривалої кризи, а й визначити ключові вектори психологічної підтримки, профілактики психічних розладів та підвищення адаптивного потенціалу студентів.

Мета роботи — аналіз впливу військових дій на рівень депресії та тривожності серед студентів, а також визначення психосоціальних аспектів та шляхів подолання цих проблем.

Завдання дослідження: для досягнення поставленої мети передбачається вирішення наступних завдань:

1. Оцінити рівень депресії та тривожності серед студентів в умовах війни.

2. Дослідити психосоціальні фактори, що впливають на психічний стан студентів-фармацевтів у контексті війни.

3. Оцінити рівень стресу у студентів в умовах війни.

4. Провести аналіз стресостійкості та адаптивності студентів-фармацевтів у період війни.

5. Проаналізувати застосування студентами стратегій подолання стресу, тривожності та депресивних проявів під час війни

Об'єкт дослідження — студенти-фармацевти та їхній психічний стан під час війни, зокрема рівень депресії, тривожності та стресу.

Предмет дослідження — є вплив воєнного конфлікту на психічне здоров'я студентів-фармацевтів, а також фактори, що сприяють розвитку або зменшенню рівня депресії, тривожності та стресу серед цієї групи, зокрема соціально-психологічні фактори та застосування фармакологічних засобів для полегшення симптомів.

Методи дослідження. Метод анкетного опитування як інструмент збирання емпіричних даних; системно-аналітичний метод для оцінки змісту отриманої інформації; статистичний аналіз для перевірки гіпотез та виявлення закономірностей.

Практичне значення одержаних результатів. Практична значущість роботи полягає у можливості використання отриманих результатів для розробки та впровадження ефективних програм психологічної підтримки студентів. Зокрема, результати можуть бути корисними для адміністрацій закладів вищої освіти, психологів, соціальних працівників, кураторів академічних груп, а також інших фахівців, які працюють із молоддю. Отримані дані можуть бути використані для:

- розробки рекомендацій щодо покращення психічного здоров'я студентів-фармацевтів, з урахуванням специфіки їх навчального навантаження, професійної орієнтації та чутливості до стресових факторів;

- адаптації освітніх програм з акцентом на формування стресостійкості, психологічної гнучкості та навичок саморегуляції;

- створення цільових тренінгів, курсів або факультативів із психоемоційної підтримки та профілактики психічних розладів;
- використання результатів у кураторській діяльності — для більш ефективного моніторингу емоційного стану студентів, виявлення груп ризику, індивідуальної підтримки в період адаптації до навчання або при виникненні кризових ситуацій (зокрема, в умовах війни);
- удосконалення фармакологічної підтримки при роботі з пацієнтами зі стрес-асоційованими розладами — результати можуть бути використані для формування рекомендацій щодо раціонального застосування антидепресантів, ураховуючи психоемоційний стан молодих людей.

Крім того, результати дослідження можуть бути корисними для ініціювання міждисциплінарного підходу у профілактиці психічних розладів серед студентства, що включає співпрацю психологів, викладачів клінічних дисциплін, фармакологів, сімейних лікарів.

Наукова новизна. Наукова новизна дослідження полягає у комплексному підході до вивчення впливу війни на психічне здоров'я студентів, з акцентом на депресію та тривожність. Враховуючи сучасні реалії, це дослідження сприятиме глибшому розумінню специфіки психоемоційних реакцій студентської молоді на кризові ситуації.

Апробація результатів дослідження відбулася на: XXXI Міжнародній науково-практичній конференції молодих учених та студентів «Актуальні питання створення нових лікарських засобів», 23–25 квітня 2025 року, м. Харків.

Публікації: Мовчан Ю. Науковий керівник: Савохіна М. В., Психічне здоров'я студентів-фармацевтів під час війни: дослідження рівня депресії / Youth Pharmacy Science: матеріали V Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю (10-11 грудня 2024 р., м. Харків). – Харків: НФаУ, 2024. – С. Актуальні питання створення нових лікарських засобів: матеріали XXXI Міжнародної науково-практичної конференції молодих

вчених та студентів (23–25 квітня 2025 р., м. Харків). – Харків: НФаУ, 2025. – С.274-276.

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи Повний текст роботи займає 54 сторінки та складається зі вступу, 4 розділів, висновків. У роботі представлено 3 таблиці та 9 малюнків, 48 посилань на літературні джерела, додатки.

РОДІЛ 1

ПСИХОЕМОЦІЙНІ РОЗЛАДИ В УМОВАХ ВІЙНИ: СУЧАСНИЙ СТАН НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ (огляд літератури)

1.1. Психологічний вплив війни на цивільне населення та студентську молодь

В умовах повномасштабної війни в Україні спостерігається значне зростання психоемоційного навантаження на населення, що призводить до поширення стресових, тривожних та депресивних станів. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, близько 46% українців мають порушення психічного здоров'я, а 41% страждають на психічні розлади. Міністерство охорони здоров'я України повідомляє, що понад 15 мільйонів громадян потребують психологічної підтримки, з яких 3–4 мільйони потребують медикаментозного лікування [4].

Постійні загрози життю та добробуту — зокрема бойові дії, ракетні обстріли та хронічний психологічний тиск — спричиняють численні фізичні травми, підвищують рівень тривожності та сприяють розвитку депресивних станів. Війна, як і будь-який збройний конфлікт, виступає одним із головних факторів ризику формування тривожних і депресивних розладів, зумовлених високим рівнем стресу та пошкоджень як психічного, так і фізичного характеру [5].

Психологічний вплив воєнних подій є багатограним і залежить від різноманітних чинників, таких як кількість і тривалість пережитих подій, їх природа (прямий або опосередкований вплив), інтенсивність психосоціального стресу, а також індивідуальні особливості — рівень соціального функціонування, соціально-економічний статус тощо [6]. При цьому важливо враховувати, що негативні емоційні переживання можуть виникати як у людей, які безпосередньо зіткнулися з війною, так і у тих, хто отримує інформацію про неї з екранів телевізорів або соціальних мереж [6, 7, 8]. Відповідно до концепції непрямого впливу, навіть люди, які мешкають поза

зоною активних бойових дій, але постійно переймаються війною, можуть відчувати схожий психологічний тиск, як і ті, хто перебуває безпосередньо в зоні конфлікту [8].

Війна чинить масштабний і тривалий вплив на психічне здоров'я населення, спричиняючи зростання випадків різноманітних психічних розладів. Найбільш розповсюдженими серед них є генералізований тривожний розлад, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) та депресія [5, 9]. Дані попередніх досліджень свідчать про наявність психоемоційних порушень у представників різних вікових груп як на прифронтових, так і на тилкових територіях [5,6, 8, 10, 11]. Так, поширеність тривожних розладів серед української молоді коливалася від 23,7% до 94,9%, ПТСР — від 7,6% до 68,9%, а депресивних розладів — від 4,1% до 41,2% [6]. Також окремі дослідження вказують на більш високу частоту ПТСР серед жінок у порівнянні з чоловіками, що свідчить про гендерну чутливість до психотравм [8, 10]. Проте ці результати не завжди узгоджуються з даними інших авторів [12], що підкреслює актуальність та необхідність подальших досліджень у цій сфері.

Триваюча війна Росії проти України кардинально змінила життя мільйонів громадян (Організація Об'єднаних Націй, 2023) [13], а фахівці у сфері психіатрії наголошують на потенційних довготривалих наслідках для психічного здоров'я [здоров'я [14]. Психологічні наслідки війни добре задокументовані [15], і існує переконлива доказова база, що як анексія Криму та вторгнення у східні області у 2014 році [16], так і повномасштабне вторгнення у 2022 році [17] призвели до серйозних психоемоційних ушкоджень серед населення. Дослідження свідчать про гендерні відмінності в реакції на війну: зростання рівня тривожності, депресії та відчуття самотності переважно відзначено у жінок, тоді як збільшення вживання алкоголю — серед чоловіків [18].

Дослідження, проведене через пів року після початку повномасштабної війни, виявило, що значна частина населення України демонструє підвищені рівні тривожності, депресії та стресу. Найбільш вразливими до психічних

розладів виявилися жінки та молодь. Додатковими предикторами зростання рівня тривожності стали погіршення фінансового та трудового статусу, а також вимушене переселення за межі країни, що було пов'язано з вищими показниками тривоги, депресії та стресу [5].

З огляду на зазначене, особливої уваги потребує оцінка психічного стану молоді, зокрема студентів, як специфічної соціально-демографічної групи, яка водночас є уразливою до стресових факторів та критично важливою для майбутнього країни.

Дослідження, проведене серед українських студентів під час війни, виявило, що 91,5% опитаних зазнали принаймні одного воєнного стресора, а 20,8% повідомили про чотири або більше стресових подій, пов'язаних із війною. Це свідчить про високий рівень впливу воєнних дій на молодь, що може призводити до розвитку тривожних і депресивних розладів [19].

Інше дослідження серед українських студентів показало, що ті, хто перебував ближче до зони активних бойових дій, мали вищий рівень психологічного дистресу. Це підкреслює важливість географічного фактора у впливі війни на психічне здоров'я студентської молоді [20].

1.2. Поняття стресу, тривожності та депресії: психологічні й клінічні характеристики

Психологічна реакція на війну проходить кілька стадій. Спочатку виникає гострий стрес, що проявляється шоком та дезорієнтацією. Згодом настає стадія тривоги, яка може тривати від 3 до 12 тижнів, характеризуючись підвищеною збудливістю, тривожністю та порушеннями сну. У разі тривалого впливу стресових факторів розвивається стадія виснаження, що супроводжується астеничними проявами: хронічною втомою, дратівливістю, зниженням концентрації уваги та соматичними симптомами, такими як головний біль напруги та вегетативні порушення [21].

Стрес — це неспецифічна реакція організму на будь-який зовнішній або внутрішній чинник, що порушує його гомеостаз. У психології під стресом

розуміють емоційний і фізіологічний стан, який виникає внаслідок взаємодії особистості з фактором, що перевищує її адаптаційні можливості. Стрес може бути короткочасним (гострим) або тривалим (хронічним), адаптивним (еустрес) або деструктивним (дистрес), залежно від інтенсивності впливу та реакції на нього. Сильний стрес провокує виражену тривогу, тривалий — нервові виснаження і втому. Тривалий або надмірний стрес може призвести до виснаження ресурсів організму та розвитку різних розладів [22].

✓ Психологічні характеристики стресу: емоційне напруження (відчуття тривоги, дратівливості, страху, пригніченості), психічне виснаження (зниження концентрації уваги, втрата інтересу до звичних справ, апатія), когнітивні порушення (труднощі з пам'яттю, ухваленням рішень, порушення логічного мислення), внутрішній конфлікт (суперечність між власними бажаннями, цілями та реальністю, що може викликати почуття безпорадності або провини), зміна самооцінки (надмірна самокритика, втрата впевненості у власних силах, страх перед невдачею).

✓ Клінічні (соматичні та фізіологічні) характеристики стресу:

– Соматичні реакції: прискорене серцебиття, підвищення артеріального тиску; напруження м'язів, тремтіння; головний біль, біль у спині, порушення зору; проблеми з травленням: нудота, біль у животі, зниження або посилення апетиту; порушення сну: труднощі із засинанням, нічні пробудження, поверхневий сон.

– Гормональні зміни: підвищення рівня кортизолу, адреналіну та інших гормонів стресу; порушення роботи щитоподібної залози та репродуктивної системи при тривалому стресі.

– Загальні фізіологічні наслідки: зниження імунітету; підвищений ризик розвитку хронічних захворювань (серцево-судинних, гастроентерологічних, ендокринних); формування психосоматичних порушень.

Тривога — це психічний стан, що може проявлятися як симптом, синдром або окремий розлад і охоплює кілька компонентів: емоційний

(відчуття неспокою, дратівливості), когнітивний (наявність нав'язливих тривожних чи катастрофічних думок) і соматичний (м'язова напруга, втома, загальна слабкість, порушення сну) [23]. Тривожні розлади дуже поширені в глобальних оцінках від 3,8 до 25% у різних країнах, з оцінками рівня поширеності до 70% у людей з хронічними захворюваннями. Ці широко поширені розлади мають виснажливий вплив на повсякденне функціонування людей, якість життя та добробут [24].

✓ Психологічні характеристики тривожності: емоційна напруга (суб'єктивне відчуття внутрішнього неспокою, нервозності, постійного очікування небезпеки чи невизначеності), когнітивні зміни (домінування тривожних, нав'язливих або катастрофічних думок, складність у концентрації уваги, зниження здатності приймати рішення), ірраціональні страхи (схильність до перебільшення можливих негативних наслідків подій, страх втратити контроль або зійти з розуму), зниження впевненості у собі (сумніви у власних силах, низька самооцінка, очікування поразки).

✓ Клінічні (соматичні та поведінкові) характеристики тривожності:

– Соматичні симптоми — (напруження м'язів, тремтіння), підвищене серцебиття, пітливість, задишка, відчуття «грудки» в горлі, порушення сну (труднощі засинання, часті пробудження, проблеми з шлуунково-кишковим трактом (нудота, діарея), загальна втома або слабкість.

– Поведінкові зміни тривожності — уникання ситуацій, що викликають тривогу; підвищена дратівливість, неспокій; зниження ефективності у навчанні, роботі чи соціальній взаємодії; пошук постійного підтвердження або підтримки від оточення.

– Загальні клінічні прояви — у клінічній практиці тривожність може вбути як симптом депресивних розладів, генералізованого тривожного розладу, панічного розладу, фобій або посттравматичного стресового розладу (ПТСР) [25].

У разі хронічного перебігу тривожність негативно впливає на якість життя, посилює соматичні захворювання і може сприяти формуванню

залежностей або психосоматичних порушень.

Таким чином, тривожність — це не лише емоційна реакція, а й комплексна проблема, що потребує глибокого клінічного аналізу та, за необхідності, мультидисциплінарного підходу до корекції.

Тривожні розлади дуже коморбідні з іншими психічними розладами, включаючи депресію та розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин. Викликає занепокоєння те, що тривожні розлади також пов'язані з підвищеними серцево-судинними факторами ризику, такими як високий кров'яний тиск, вищий рівень серцево-судинних захворювань та передчасна смертність [24, 26].

Депресія — це поширений психоемоційний стан, який може виступати як симптом, синдром або як повноцінний психічний розлад. Вона характеризується стійким зниженням настрою, втратою здатності відчувати радість, інтерес до життя та активності, які раніше приносили задоволення. Депресивний стан впливає не лише на емоційний фон людини, а й супроводжується вираженими соматичними, когнітивними й поведінковими проявами. При тривалому перебігу депресія порушує соціальну, професійну та особисту функціональність. Депресія — це розлад настрою, що проявляється стійким відчуттям смутку, втрати інтересу до діяльності, яка раніше приносила задоволення, та іншими симптомами. Вона може суттєво впливати на здатність людини функціонувати в повсякденному житті [27].

✓ Психологічні характеристики депресії: емоційні прояви (пригнічений, тужливий настрій; відчуття безнадії, безпорадності; втрата здатності радіти (ангедонія); часті емоційні коливання, сльозливість); когнітивні порушення (наявність нав'язливих негативних, песимістичних або навіть суїцидальних думок; зниження концентрації уваги та здатності до мислення; почуття провини, меншовартості, занижена самооцінка); мотиваційні порушення (втрата інтересу до соціального спілкування, навчання, роботи; уникання відповідальності, втрата ініціативи; схильність до ізоляції).

✓ Клінічні (соматичні та поведінкові) характеристики депресії:

– Соматичні симптоми: постійна втома, зниження енергії, астения; порушення сну (як безсоння, так і надмірна сонливість); зміни апетиту: його зниження або підвищення; фізичні скарги без очевидної медичної причини (головний біль, біль у животі, у серці, загальна слабкість); зниження лібідо.

– Поведінкові зміни: загальмованість рухів, мімічна бідність, уповільнення мовлення; зниження активності в побуті, навчанні чи роботі; іноді — дратівливість, імпульсивність, агресія (особливо в підлітків).

– Ризики ускладнень: соціальна ізоляція; проблеми в навчанні або на роботі; зловживання психоактивними речовинами; високий ризик суїцидальної поведінки, що потребує негайного втручання.

1.3. Особливості психічного стану студентів-фармацевтів у кризових умовах

Військові дії на території України суттєво вплинули на психічний стан усіх верств населення, включно зі студентською молоддю. Кризові ситуації — зокрема війни, пандемії, соціально-економічні потрясіння — чинять значний вплив на психічний стан молоді, зокрема студентів, які є вразливою соціально-демографічною групою. Підчас війни в Україні дослідження фіксують різке зростання рівня тривожних та депресивних розладів серед студентства [2, 28].

Студентський вік є періодом активного особистісного, професійного та психосоціального становлення, що у поєднанні з високими навчальними навантаженнями та невизначеністю майбутнього створює додаткові ризики для розвитку емоційно-афективних порушень у кризових умовах. Згідно з даними дослідження *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* (2025), психоемоційні порушення суттєво корелюють із погіршенням академічної успішності серед студентів, що свідчить про тісний зв'язок між психічним станом та освітньою діяльністю [2]. Також студенти часто повідомляють про порушення сну, зниження концентрації уваги, втрату мотивації та почуття безсилля. Кризові умови призводять до формування стійких психоемоційних

змін, серед яких найчастіше спостерігаються підвищена тривожність, емоційне виснаження, зниження мотивації до навчання та професійного розвитку, розвиток депресивних станів.

Студенти-фармацевти, крім загальних стресових навантажень, відчують додатковий тиск через усвідомлення своєї майбутньої професійної відповідальності за здоров'я населення. Студенти-фармацевти, як особлива соціальна група, виявляють значну уразливість до стресових факторів у кризових ситуаціях, таких як військові дії.

Дослідження свідчать, що більшість студентів-фармацевтів виявляють середній чи високий рівень стресу, що супроводжується симптомами втоми, апатії та психоемоційної нестабільності.

Підтвердженням масштабності проблеми стали результати опитування, проведеного у межах Всеукраїнської програми ментального здоров'я «Ти як?» — ініціативи першої леді Олени Зеленської. Анкетування охопило понад 3700 учасників освітнього процесу у 29 закладах вищої освіти України, серед яких 2295 здобувачів освіти [29]. Згідно з отриманими даними, 11,9% студентів живуть у стані значного стресу, а понад дві третини (67,1%) відчують середній рівень стресових навантажень. Тривожність також залишається високою: 13% студентів мають високий рівень тривожності, 63,3% — середній, і лише 24,1% демонструють низький рівень тривожних проявів. Формування психоемоційного профілю здобувачів освіти дозволило виявити, що майже половина студентів (47,2%) є «ресурсними», проте 27% належать до «групи ризику», а 25,8% — до категорії «виснажених», яким потрібна психосоціальна підтримка та психологічна допомога.

Формування психоемоційного стану студентів у кризових умовах залежить не лише від зовнішніх загроз, таких як війна, а й від внутрішніх ресурсів особистості та психосоціального середовища, яке їх оточує. Виявлено низку ключових факторів, що мають суттєвий вплив на рівень тривожності та депресії.

Психосоціальні чинники, що впливають на психічне здоров'я студентів:

1. Соціальна підтримка. Один із найбільш захисних факторів — наявність тісних соціальних зв'язків, підтримки з боку родини, друзів, викладачів і психологів. У дослідженні було доведено, що студенти, які відчували стабільну емоційну підтримку від близьких, значно рідше демонстрували високі рівні тривоги чи депресії. Водночас, ті, хто втратили контакт із родиною через евакуацію чи бойові дії, частіше мали психоемоційні розлади.

2. Фінансові труднощі та переселення. Значна частина студентів постраждала від втрати джерел доходу або потреби у терміновому переїзді. Такі обставини часто супроводжуються почуттям нестабільності, зниженням самооцінки, хронічним стресом, що створює додатковий тиск на психіку.

3. Освітні навантаження. Перехід на дистанційне навчання, зміна формату викладання, складнощі в комунікації з викладачами, технічні проблеми — усе це сприяє зростанню тривожності, особливо серед студентів, які й до війни мали труднощі з навчанням.

4. Нестача перспектив і невизначеність. Війна значною мірою змінила уявлення студентів про професійне майбутнє, кар'єру, безпеку. Відсутність чіткої перспективи, страхи щодо завершення навчання, працевлаштування або виїзду з країни формують психологічний вакуум і тривожні установки, які знижують мотивацію до навчання та підвищують ризик емоційного вигорання.

Результати дослідження чітко вказують на необхідність системної підтримки студентської молоді у закладах вищої освіти, зокрема створення просторів для відновлення ментального здоров'я.

1.4. Фармакологічні та нефармакологічні методи контролю тривожних і депресивних розладів

Для лікування депресії використовуються такі препарати [30]: селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) (флуоксетин, сертралін, циталопрам, пароксетин, есциталопрам, селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну/норадреналіну (СІЗЗСН) (венлафаксин,

дулоксетин, десвенлафаксин), атипові антидепресанти (бупропіон, міртазапін, агомелатин, воріоксетин), трициклічні антидепресанти (ТЦА) (амітриптилін, іміпрамін, кломіпрамін), інгібітори моноаміноксидази (ІМАО), антагоністи N-метил-D-аспартатних (NMDA) рецепторів, звіробій (*Hypericum perforatum*)

На сьогодні існує загальновизнаний консенсус щодо початкової терапії депресивних розладів легкої та помірної тяжкості у дорослих. У разі легкої депресії першочергову увагу рекомендується приділяти психотерапевтичним методам та регулярному моніторингу стану пацієнта, залишаючи фармакологічне лікування для випадків недостатнього клінічного покращення. Натомість при помірному депресивному розладі слід розглядати як психотерапію, так і фармакотерапію, або їх комбінацію. Хоча антидепресанти є базовими засобами лікування депресії, ефективність фармакотерапії у випадках депресії легкого ступеня була предметом дискусій через незначний розмір ефекту. Натомість при помірному та тяжкому перебігу розладу ефективність антидепресантів є більш вираженою, що підтверджується більшими клінічними ефектами за відповідними шкалами оцінки (Hamilton, PHQ-9 тощо) [31].

Вибір антидепресанту у клінічній практиці здійснюється з урахуванням кількох ключових факторів, серед яких: профіль побічних ефектів препарату, наявність супутніх психічних або соматичних захворювань, специфіка клінічної картини, попередній досвід лікування, а також особисті вподобання пацієнта. Важливими факторами вибору лікування є також доступність препарату, фінансові можливості пацієнта, а також сімейний анамнез відповідей на попереднє лікування [32].

Фармакотерапія, як правило, починається з низьких доз з поступовим підвищенням через кожні дві тижні. Хоча клінічне покращення може з'явитися вже через 14 днів, повна ремісія зазвичай настає протягом 8–12 тижнів.

У випадках відсутності значного ефекту рекомендовано змінити препарат на інший засіб першої лінії або розглянути комбінацію з

психотерапією, яка довела вищу ефективність порівняно з монотерапією. При частичному ефекті слід або додати інший антидепресант з іншого класу, або звернутися до інших підходів щодо усунення залишкової симптоматики. Якщо обирається комбіноване лікування чи альтернативна стратегія, доцільним є залучення лікаря-психіатра [33] .

Після досягнення ремісії підтримувальне лікування антидепресантами з метою запобігання рецидиву має тривати щонайменше шість місяців. У пацієнтів з високим ризиком повторення епізоду (наявність двох або більше епізодів у минулому, резидуальні симптоми, тяжкий чи тривалий перебіг) доцільно розглядати збільшення підтримувальної терапії до двох років або більше. Дані довгострокових спостережень свідчать про частоту рецидиву 26% протягом одного року та до 76% протягом десятирічного періоду.

В цілому, антидепресанти першої лінії характеризуються сприятливим профілем побічних ефектів (CІЗЗС та CІЗЗСН). Проте, серед потенційно серйозних ускладнень, асоційованих із CІЗЗС та CІЗЗСН, слід відзначити серотоніновий синдром — стан, що клінічно виявляється підвищеною збудливістю, порушенням свідомості, лихоманкою, тремором, а у тяжких випадках — судомами, комою чи навіть летальною наслідком. Хоча цей синдром зустрічається рідко, його ймовірність зростає при одночасному застосуванні інших серотонінергічних засобів, зокрема інгібіторів моноаміноксидази, трициклічних антидепресантів, трамадолу, триптанів, ондансетрону та метоклопраміду.

Окрему увагу привертає підвищений ризик суїцидальності серед молоді, що отримала фармакотерапію CІЗЗС або венлафаксином. У 2004 році Управління з контролю за продуктами та лікарськими засобами США (FDA) опублікувало попередження про підвищений ризик суїцидальних думок та поведінки у пацієнтів віком до 24 років, які приймають ці препарати. Проте подальші незалежні дослідження не змогли остаточно підтвердити цей зв'язок. Слід зазначити, що за належного клінічного моніторингу, зокрема за

показниками суїцидальності, потенційні ризики фармакотерапії є значно нижчими порівняно з ризиками нелікованої депресії для осіб будь-якого віку.

З огляду на обмежену ефективність традиційної фармакотерапії та психотерапії у частини пацієнтів із тривожними розладами, зростає інтерес до альтернативних та інноваційних методів лікування. Перспективними напрямками вважаються нейромодуляційні техніки, зокрема транскраніальна магнітна стимуляція (ТМС) та стимуляція блукаючого нерва, які демонструють позитивні результати при резистентній тривозі. Додатково психоделічна терапія з використанням псилоцибіну у контрольованих умовах виявила потенціал у зменшення симптомів тривоги з пролонгованим ефектом [34,35]. Методи комплементарної медицини – майндфулнес-практики, йога [36], акупунктура, нутрицевтична підтримка (омега-3 жирні кислоти, вітамін D, магній) [37,38], а також фізична активність – демонструють додаткову ефективність, особливо в рамках мультидисциплінарного підходу [36, 39]. Цифрові інструменти, включаючи мобільні застосування, телетерапію та онлайн-КПТ, значно розширюють доступ до лікування, особливо у віддалених регіонах [40].

Отже, сучасний підхід до лікування тривожних розладів має бути індивідуалізованим, поєднуючи доказові методи з новітніми технологіями для досягнення стійкої ремісії. У контексті персоналізованої медицини зростає інтерес до фармакогенетичних підходів у лікуванні тривожних розладів. Генетичні варіації, зокрема в генах CYP2C19, CYP2D6, SLC6A4 та HTR2A, можуть впливати на метаболізм антидепресантів, їх ефективність та ризик побічних ефектів, що дозволяє оптимізувати вибір препарату та дозування [41, 42]. Включення фармакогенетичного тестування у клінічну практику сприяє підвищенню прихильності до лікування та зниження частоти неефективних терапевтичних спроб [43].

1.5. Адаптивність та стресостійкість як чинники збереження психічного здоров'я в умовах війни

В умовах війни питання збереження психічного здоров'я студентської молоді набуває особливої актуальності. Постійний стрес, тривожність, загроза життю та невизначеність майбутнього потребують від студентів високого рівня адаптивності та стресостійкості. Ці якості виступають ключовими факторами, що забезпечують психоемоційну стабільність та сприяють зниженню ризику розвитку психічних розладів.

Адаптивність визначається як здатність людини успішно реагувати на зміни, перебудовувати свою поведінку та емоційні реакції відповідно до нових умов, що є особливо важливим у кризових ситуаціях [44]. Високий рівень адаптивності дозволяє студентам ефективніше справлятися зі стресорами, підтримувати внутрішню рівновагу та швидше відновлюватися після емоційних потрясінь.

Стресостійкість (resilience) у сучасних дослідженнях описується як динамічна здатність особистості пристосовуватися до психосоціальних труднощів, зберігаючи при цьому оптимальний рівень функціонування та розвитку [45]. Війна підсилює виклики перед молоддю, вимагаючи швидкої мобілізації внутрішніх ресурсів для подолання емоційних травм, турботи, втрати безпеки.

Одним із основних механізмів подолання стресу є застосування копінг-стратегій. Копінг-стратегії — це цілеспрямовані когнітивні та поведінкові зусилля особистості, спрямовані на подолання чи пом'якшення стресових ситуацій, що перевищують звичайні ресурси людини [46]. Їх поділяють на адаптивні (проблемно-орієнтовані, емоційно-орієнтовані) та неадаптивні (уникання, заперечення). У кризових умовах переважаючими серед студентів є адаптивні копінг-стратегії, такі як пошук підтримки, активне вирішення проблем, залучення до діяльності, що приносить задоволення.

У ході досліджень, проведених у період війни, встановлено, що найпоширенішими способами подолання стресу серед студентської молоді є: підтримка родини та друзів; фізична активність та спорт; медитація, практика релаксації; заняття хобі та творчістю; використання соціальних мереж та

перегляд розважального контенту; за потреби — застосування лікарських засобів для зниження тривожності та депресії під контролем фахівця.

Інституційна підтримка психічного здоров'я також має важливе значення. Зокрема, в Україні діє Всеукраїнська програма ментального здоров'я «Ти як?», яка спрямована на формування навичок самопомоги, підвищення рівня стресостійкості та забезпечення доступу до психосоціальної підтримки [29].

Таким чином, адаптивність, стресостійкість та застосування ефективних копінг-стратегій забезпечують студентам можливість успішно протистояти викликам війни та зберігати психічне здоров'я в умовах постійної нестабільності.

Висновок до розділу 1

У контексті тривалого стресу та невизначеності, пов'язаних із війною, вивчення психологічних і клінічних характеристик стресу, тривожності та депресії набуває особливої актуальності. Це дозволяє краще розуміти механізми адаптації та розробляти ефективні стратегії підтримки психічного здоров'я населення.

Психічний стан студентів-фармацевтів у кризових умовах характеризується високим рівнем тривожності, депресивних розладів та стресових реакцій. Основними факторами ризику є безпосередній вплив війни, академічне навантаження, соціальна ізоляція та невизначеність майбутнього. Для ефективної підтримки студентів необхідно впроваджувати комплексні заходи психогігієнічної освіти, програми психологічної допомоги, а також активізувати роль університетів у розвитку стратегій стресостійкості.

Психосоціальні чинники відіграють ключову роль у збереженні або погіршенні психічного здоров'я студентів в умовах війни. Їх врахування є необхідним для розробки ефективних програм підтримки молоді, особливо тих, хто здобуває освіту у сфері охорони здоров'я.

Адаптивність та стресостійкість, у поєднанні із застосуванням ефективних копінг-стратегій, є критичними факторами збереження психічного здоров'я студентської молоді в умовах війни. Підтримка цих якостей сприяє зниженню рівня тривожності та депресії, формуванню стійких механізмів емоційного реагування та адаптивної поведінки, що в цілому підвищує резистентність студентів до кризових ситуацій.

РОЗДІЛ 2

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Метод анкетування.

Враховуючи значне вплив війни на психічне здоров'я студентів-фармацевтів, було заплановано проведення комплексного емпіричного дослідження. Основна увага приділялася оцінці рівня депресії, тривожності та стресу у двох часових зрізах — до початку повномасштабної війни та на третьому році її тривалості. Додатково досліджувалися рівень стресостійкості, основні копінг-стратегії, які застосовували студенти для подолання стресу, а також факти використання фармакологічної підтримки. З цією метою було розроблено спеціалізовану анкету та проведено опитування серед студентів фармацевтичного університету.

Основним методом збору даних було анкетування. Анкета була розроблена у Google Forms та розповсюджена онлайн. Усі учасники дали свідому згоду на участь в опитуванні.

Анкета включала як закриті, так і напіввідкриті запитання, що дозволяло охопити як кількісні, так і якісні аспекти дослідження, авторські запитання щодо рівня стресу, стресостійкості, адаптивності та досвіду використання лікарських засобів для фармакологічної корекції тривоги чи депресії. Загальна структура анкети:

Блок 1: Соціально-демографічні дані (стать, вік, місто, студент переміщена особа/ні).

Блок 2: PHQ-2 (депресія) — для двох періодів.

Блок 3: GAD-2 (тривожність) — для двох періодів.

Блок 4: PSS-4 (стресостійкість) — для двох періодів.

Блок 5: Додаткові питання про механізми подолання стресу (що допомагає справлятися).

АНКЕТА

Мета дослідження: Визначити рівень депресії, тривожності, стресостійкості та механізми подолання стресу серед студентів-фармацевтів до війни та на третьому році війни.

Інструкція: Будь ласка, уважно прочитайте запитання та оберіть варіант відповіді, що найбільше відповідає вашому досвіду. Не роздумуйте над кожним твердженням занадто довго – ваша перша реакція завжди буде найвірнішою

Блок 1. Соціально-демографічні дані

Ваш вік: ____ років

Ваш курс навчання: (оберіть з переліку)

Ваша стать:

- Жінка
- Чоловік

Чи змінювали Ви місце проживання через війну (з 24 лютого 2022 року)?

- Ні, залишався(лась) у своєму місті/населеному пункті.
- Так, переїхав(ла) до іншого міста/області України.
- Так, виїхав(ла) за кордон і залишаюся там.

Чи працюєте ви під час навчання?

- Так, у сфері фармації
- Так, в іншій сфері
- Ні

Блок 2. Депресія та тривожність (до повномаштабної війни та на третьому році війни) (Виберіть відповідь окремо для кожного періоду)

1. Чи втрачали ви інтерес або задоволення від виконання звичних справ?
 - Ніколи
 - Кілька днів
 - Більше половини днів

- Майже щодня
- 2. *Чи відчували ви пригніченість, смуток або безнадію?*
 - Ніколи
 - Кілька днів
 - Більше половини днів
 - Майже щодня
- 3. *Чи відчували ви надмірне занепокоєння, нервозність або тривожність?*
 - Ніколи
 - Кілька днів
 - Більше половини днів
 - Майже щодня
- 4. *Чи не могли зупинити або контролювати почуття тривоги?*
 - Ніколи
 - Кілька днів
 - Більше половини днів
 - Майже щодня

Блок 3. Оцінка рівня стресу (шкала PSS-4, адаптована) (Виберіть відповідь окремо для кожного періоду)

5. *Як часто ви відчували, що не можете впоратися з важливими справами?*
- Ніколи
 - Рідко
 - Часто
 - Завжди або майже завжди
6. *Як часто ви відчували себе роздратованим або знервованим?*
- Ніколи
 - Майже ніколи
 - Іноді

- Досить часто
 - Майже завжди
7. *Як часто ви відчували впевненість у своїй здатності контролювати ситуацію? (інверсійне питання)*

Ніколи

- Майже ніколи
 - Іноді
 - Досить часто
 - Майже завжди
8. *Як часто ви відчували, що ситуація виходить з-під контролю?*
- Ніколи
 - Майже ніколи
 - Іноді
 - Досить часто
 - Майже завжди

Блок 4. Стресостійкість та адаптивність *(Виберіть відповідь окремо для кожного періоду)*

9. *Чи вважаєте ви себе стресостійкою людиною?*
- Так
 - Ні
 - Важко відповісти
10. *Як часто ви знаходили способи справлятися зі стресом?*
- Ніколи
 - Рідко
 - Іноді
 - Часто
11. *Що вам найбільше допомагало справлятися зі стресом? (Можна обрати кілька варіантів)*

- Підтримка сім'ї та друзів
- Фізична активність
- Медитація, релаксаційні техніки
- Лікарські засоби (анксіолітики, антидепресанти)
- Хобі (музика, книги, творчість)
- Соціальні мережі, перегляд фільмів
- Інше (вказіть) _____

Блок 5. Фармакологічна корекція

12. *Чи приймали ви коли-небудь антидепресанти або заспокійливі засоби?*
- Так, за призначенням лікаря
 - Так, самостійно
 - Ні
13. *Якщо так, які препарати ви приймали? (Можна обрати кілька варіантів)*
- СИЗС (флуоксетин, сертралін тощо)
 - Бензодіазепіни (діазепам, гідазепам)
 - Фітотерапія (валеріана, пустирник, звіробій)
 - Інше _____
 - Не приймав(ла)
14. *Чи вважаєте ви, що фармакологічна терапія допомагає краще справлятися зі стресом?*
- Так
 - Ні
 - Важко відповісти

2.2. Інструменти оцінки психоемоційного стану респондентів

Для проведення дослідження було використано валідизовані скорочені скринінгові шкали, призначені для попередньої оцінки рівня депресії, тривожності та сприйманого стресу. Ці інструменти не є діагностичними,

однак широко застосовуються в наукових дослідженнях для виявлення осіб із ймовірними психоемоційними порушеннями.

Оцінка психоемоційного стану проводилася за два годинні періоди — до початку повномасштабного вторгнення (лютий 2022 року) та на третьому році війни (2024–2025 навчальний рік). Це дало змогу здійснити порівняльний аналіз динаміки емоційного стану студентів в умовах затяжного воєнного кризи.

2.2.1. Симптоми депресії оцінювали за допомогою скороченої версії шкали депресії PHQ-2.

У ході дослідження було використано скорочені скринінгові шкали для оцінки симптомів депресії та тривожності, які не є діагностичними інструментами. Їх основна мета — попередній скринінг, тобто виявлення студентів із ймовірними ознаками психоемоційних порушень.

PHQ-2 (Patient Health Questionnaire-2) – це коротка двопитальна шкала для первинного скринінгу депресії. Вона допомагає швидко оцінити наявність основних депресивних симптомів протягом останніх 2 тижнів. Мета опитувальника PHQ-2 полягає у виявленні депресії як «першого етапу» скринінгу.

Респондент оцінює, як часто протягом останніх двох тижнів у нього спостерігалися такі стани: втрата інтересу або задоволення від виконання звичних справ, виникало відчуття смутку, пригніченості чи безнадійності.

У PHQ-2 розділені питання та окремо визначають «втрату інтересу» та «смуток/пригніченість». В опитувальнику використовується 4-бальна шкала Лайкерта для визначення того, як часто виникають симптоми. Були чотири варіанти відповідей на запитання: 0 = не зовсім, 1 = кілька днів, 2 = більше половини днів і 3 = майже кожен день.

Методика підрахунку балів та інтерпретація результатів:

Сума балів = результат за двома питаннями (0–6 балів).

≥ 3 бали – вказує на підвищений ризик депресії, потребує детальнішого оцінювання за PHQ-9 або консультації фахівця.

< 3 балів – низька ймовірність клінічної депресії.

PHQ-2 не є діагностичним інструментом, але допомагає визначити необхідність подальшого обстеження [47]. Варто зазначити, що інструмент PHQ-2 не призначений для встановлення клінічного діагнозу депресії, однак згідно з міжнародними рекомендаціями, результати в межах 3–6 балів вказують на доцільність подальшої психодіагностичної оцінки фахівцями (психологом або психіатром).

2.2.2. Шкала тривожності GAD-2. GAD-2 (Generalized Anxiety Disorder-2) – це коротка шкала для первинного скринінгу генералізованого тривожного розладу. Вона оцінює рівень тривожності за останні 2 тижні.

Респондент оцінює, як часто протягом останніх двох тижнів у нього спостерігалися такі стани: надмірне занепокоєння, нервозність або тривожність, неможливість зупинити або контролювати почуття тривоги.

У GAD-2 потрібно окремо оцінюють загальну тривожність та її неконтрольованість.

Варіанти відповідей на запитання:

0 балів – Ніколи

1 бал – Кілька днів

2 бали – Більше половини днів

3 бали – Майже щодня.

Методика підрахунку балів та інтерпретація результатів:

Сума балів = результат за двома питаннями (0–6 балів).

≥ 3 бали – високий ризик генералізованого тривожного розладу, потрібна детальніша оцінка (наприклад, за GAD-7).

< 3 балів – низька ймовірність клінічної тривожності.

Шкала тривожності GAD-2 використовується як первинний скринінг, але не для постановки діагнозу [47].

2.2.3. Шкала сприйнятого стресу PSS-4. Для оцінки рівня стресу респондентів було використано адаптований варіант шкали сприйнятого стресу PSS-4 (Perceived Stress Scale – 4 items), розроблений S. Cohen та адаптований для української вибірки [48]. Ця шкала є короткою версією повної шкали PSS-10 та призначена для швидкої оцінки рівня суб'єктивного стресу за останній місяць.

Шкала містить 4 питання, кожний з яких оцінюється за 5-бальною шкалою: 0 – ніколи, 1 – майже ніколи, 2 – іноді, 3 – досить часто, 4 – дуже часто. Респондент обирає один відповідь, який найточніше відображає його досвід протягом останнього місяця.

У дослідження, що використовує шкалу сприйманого стресу PSS-4, важливо правильно ідентифікувати та обробити інверсійні (позитивно сформульовані) твердження для точного розрахунку загального балу.

В нашій анкеті наведено чотири твердження :

1. Як часто ви відчували, що не можете впоратися з важливими справами?
2. Як часто ви відчували себе роздратованим чи знервованим?
3. Як часто ви відчували впевненість у своїй здатності контролювати ситуацію?
4. Як часто ви відчували, що ситуація виходить з-під контролю?

Відповідно до офіційних рекомендацій щодо шкали PSS-4, інверсійними є твердження 3 та 4, тому їхній бал необхідно реверсувати перед підрахунком загального показника. Реверсивне кодування проводиться за схемою: 0 → 4, 1 → 3, 2 → 2, 3 → 1, 4 → 0. Після реверсування позитивних пунктів всі бали підсумовуються. Таким чином, загальна кількість балів може варіюватися від 0 до 16, де вищий бал означає вищий рівень сприйманого стресу.

Інтерпретація результатів у дослідженні може здійснюватися за такими орієнтовними рівнями (які часто використовують у публікаціях, що

застосовують PSS-4, хоча офіційних «норм» для цієї короткої шкали не встановлено):

0–4 балів – низький рівень сприйнятого стресу

5–8 балів – помірний рівень сприйнятого стресу

9–12 балів – підвищений рівень стресу

13–16 балів – високий рівень сприйнятого стресу.

Таке групування дозволяє проаналізувати поширеність стресу серед респондентів та виявити динаміку змін у різних підгрупах (до війни / під час війни; за кордоном / в Україні).

2.3. Статистичний аналіз

Зібрані результати були узагальнені за допомогою методів дескриптивної статистики (частоти, відсоткові частки).

Аналіз депресії, тривожності стресу та стресостійкості у студентів-фармацевтів проводили у динаміці — до початку війни та на третьому році війни в Україні. Усі 78 респондентів до війни проживали в Україні. З них 10 осіб виїхали за кордон після початку повномасштабного вторгнення та залишаються за кордоном на момент опитування. Таким чином, аналіз здійснено у двох послідовних етапах: внутрішньогрупове порівняння (до війни / третій рік війни) та міжгрупове порівняння змін (залишилися в Україні / виїхали за кордон).

Для перевірки статистичної значущості змін на рівнях депресії, тривоги та стресу в межах кожної досліджуваної групи використовували χ^2 -критерій Пірсона. Статистичний аналіз проводили у програмній середовищі Microsoft Excel 365 за допомогою функції CHISQ.TEST(). Результати вважають статистично значущими при рівні значущості $p < 0,05$.

Для оцінки статистичної значущості відмінностей між групами (студенти, які залишилися в Україні та ті, що перебувають за кордоном) також застосовували χ^2 -критерій Пірсона. Порівняння здійснювали за частотою виявлення симптомів депресії, тривоги та стресу, а також за вибраними копінг-

стратегіями. Розрахунки проводили у Microsoft Excel 365 із використанням функції CHISQ.TEST(). Статистично значущими вважалися відмінності за $p < 0,05$.

При обробці та аналізі результатів проведеного анкетування використовувалися статистичні методи опрацювання якісних (нечислових) даних. А саме: опис даних представлено у вигляді абсолютних (n) та відносних частот (%).

Допоміжні розрахунки та побудову графіків здійснено з використанням табличного процесора Microsoft Excel 2019 (Microsoft Corp., USA).

Висновки до розділу 2

Таким чином, на початковому етапі дослідження було розроблено анкету-опитувальник для оцінки обізнаності фармацевтичних працівників щодо раціонального вибору лікарських засобів при симптоматичному лікуванні риніту та обрано методики для подальшого статистичного аналізу результатів.

РОЗДІЛ 3

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

3.1. Соціально-демографічні характеристики учасників дослідження

Дослідження було проведено серед студентів Національного фармацевтичного університету, які перебували як на території України, так і за її межами під час дії воєнного стану.

Загальна кількість респондентів склала 78 осіб. Усі 78 респондентів до війни проживали в Україні. З них 10 осіб (12,8%) виїхали за кордон після початку повномасштабного вторгнення та залишаються за кордоном на момент опитування.

Щодо розподілу за статтю, переважна більшість респондентів становили жінки — 62 особи (79,5%), чоловіків було 16 (20,5%), що відповідає загальній демографічній структурі фармацевтичних факультетів.

На питання щодо зміни місця проживання у зв'язку з війною 14 респондентів (17,9%) зазначили, що не залишали свого населеного пункту. 25 осіб тимчасово переїжджали в межах України, але потім повернулися, ще 29 осіб (37,2 %) залишаються в іншому місті або області України. 10 респондентів (12,8%) виїхали за кордон і досі там перебувають.

За віковим розподілом, найчисельнішими були респонденти віком 21 рік (17 осіб, 21,8%, 20 років (15 осіб, 19,2%) та 19 років (12 осіб, 15,4%). Найменше були представлені респонденти старшого віку: 6 осіб (7,7%) мали 35 років, 3 особи (3,8 %) – 32 роки, 1 особа (1,3%) – 31 рік. Середній вік респондентів складав 22,05 роки, що відповідає типовому віковому діапазону студентів вищих навчальних закладів.

Розподіл за курсами навчання був наступним: найбільшу частку становили студенти 3 курсу (24 особи, 30,8%) та 4 курси (21 особа, 26,9%), далі — 2 курс (22 особи, 28,2%), 5 курс (10 осіб, 12,8%), найменше — 1 курс.

Щодо працевлаштування, 45 респондентів (57,7 %) повідомили, що

поєднують навчання з роботою, натомість 33 особи (42,3 %) не працюють під час навчання.

3.2. Оцінка рівня депресії у студентів-фармацевтів

Після аналізу соціально-демографічних характеристик респондентів було здійснено порівняльну оцінку психоемоційного стану студентів-фармацевтів, які перебували в Україні та за її межами під час воєнного стану.

Наступний етап дослідження охоплює рівень депресії у два годинні зрізи: до початку повномасштабного вторгнення та на третій рік війни.

Симптоми депресії оцінювалися за допомогою шкали PHQ-2 (Patient Health Questionnaire-2). Цей інструмент складається з двох запитань, що стосуються основних проявів депресії — гнобленого настрою та зниження інтересу до повсякденної активності. Запитання оцінюється за чотирибальною шкалою (від 0 – «ніколи» до 3 – «майже щодня»). Загальний бал варіюється від 0 до 6. Чим вищий підсумковий показник, тим вища ймовірність наявності депресивних симптомів. Порогове значення ≥ 3 вважається індикатором можливої депресії.

У ході дослідження були проаналізовані рівні депресії серед студентів, які залишалися в Україні ($n = 68$), та тих, хто тимчасово виїхав за кордон на початку війни 2022 року ($n = 10$).

Оцінка проводилася за два годинні періоди: до початку повномасштабної війни (лютий 2022 року) та на третьому році війни (2025 рік).

Результати аналізу рівнів депресії у студентів, які переїхали за кордон на початку війни 2022 р. ($n = 10$), представлено на рис. 3.1.

Для перевірки статистичної значущості змін в рівнях депресії в межах цієї групи було застосовано χ^2 -критерій Пірсона.

Застосування критерію χ^2 Пірсона для цієї групи виявило статистично значну відмінність між розподілом рівнів депресії до війни та на третьому році війни ($n=10$): $\chi^2=14.29$, $p=0.0266$.

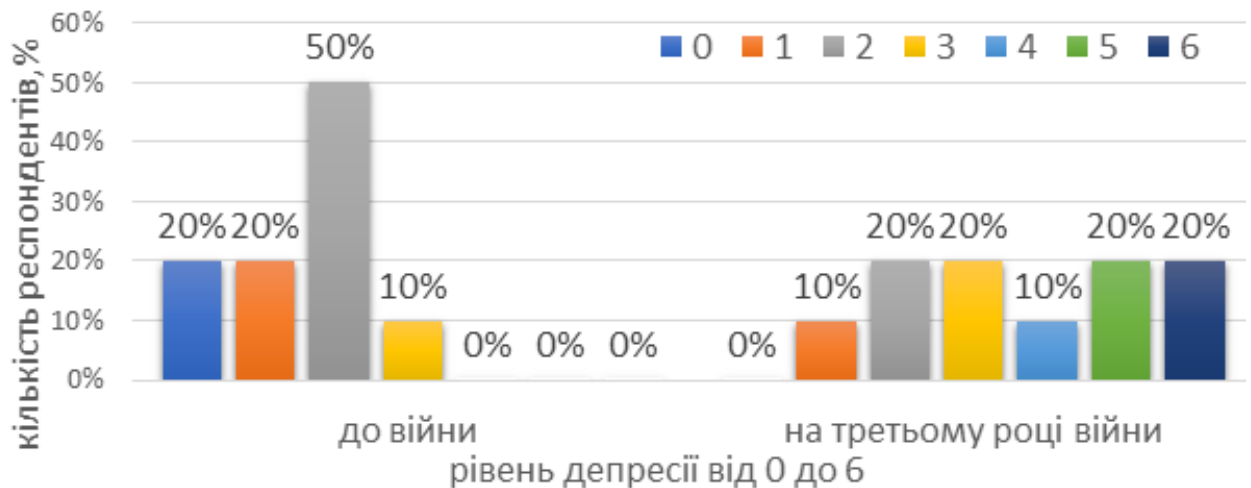


Рис. 3.1. Рівень депресії у тих, хто переїхав за кордон на початку війни (n=10)

Ці дані свідчать про погіршення психоемоційного стану навіть серед тих студентів, які перебували в умовно безпечному середовищі за межами зони бойових дій. Мабуть, на них впливали інші психосоціальні фактори: відрив від батьківщини, тривожність за майбутнє, втрата стабільності, труднощі адаптації до нового середовища.

Результати аналізу рівнів депресії у студентів, які увесь час залишалися в Україні (n = 68), представлено на рис. 3.2.

У чисельній вибірці (n=68), а саме в групі студентів, які залишалися в Україні, результати також засвідчили істотне зростання рівнів депресії: (n=68): $\chi^2 = 53.35$, $p < 0.000000001$ ($p \approx 9.96 \times 10^{-10}$).

Отримані дані вказують на глибоке погіршення психоемоційного стану студентів, які перебували в Україні протягом тривалого періоду повномасштабної війни.

Рівні депресії зросли з переважно мінімальних чи легких (0–2 балів) до значно вищих показників — 3–6 балів.

Хоча в обох групах спостерігалось підвищення рівня депресії, відмінності між ними істотні як кількісно, так і якісно.

Найбільший приріст спостерігався у категоріях із тяжкими симптомами: рівень 6 балів зафіксовано у 10 респондентів (порівняно з 1 до війни), рівень 4 — у 19 проти 4 відповідно.

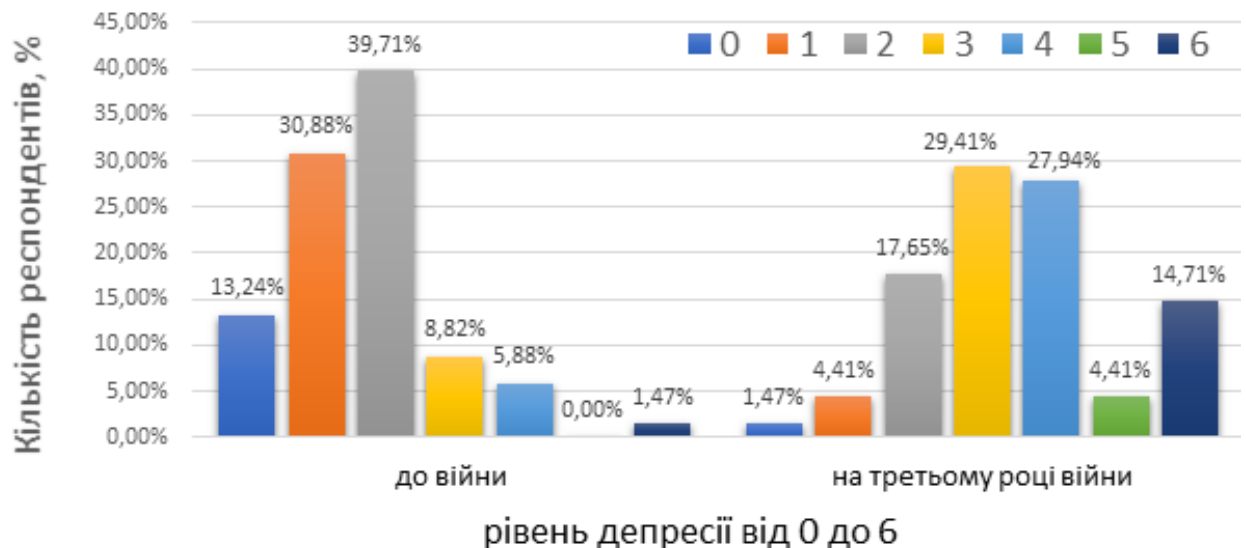


Рис. 3.2. Рівень тривоги у тих, хто весь час перебував в Україні (n=68)

Серед студентів, які залишилися в Україні, відзначено не лише більшу кількість осіб з високим рівнем депресії, а й високу статистичну значущість у динаміці змін. Це вказує на суттєвий вплив тривалого перебування в умовах постійної небезпеки, нестабільності, соціальних та економічних потрясінь.

Результати погоджуються з попередніми дослідженнями, які вказують на зростання симптомів депресії серед української молоді під час війни [17]. Водночас навіть серед тих, хто виїхав, фіксуються негативні психоемоційні наслідки, що свідчить про глобальний вплив війни на студентське середовище незалежно від фізичного місця перебування.

3.3. Оцінка рівня тривожності у студентів-фармацевтів

Рівень тривожності визначався за допомогою шкали GAD-2 (Generalized Anxiety Disorder-2) — двоелементного інструменту, що виявляє симптоми генералізованого тривожного розладу. Шкала включає запитання про частоту

появи тривожних симптомів протягом останніх двох тижнів. Оцінювання здійснюється аналогічно шкалі PHQ-2. Сума балів ≥ 3 також свідчить про ймовірне наявність клінічно значущої тривожності.

З метою дослідження змін рівня тривоги серед студентів-фармацевтів було проведено порівняльний аналіз за двома основними групами: ті, хто тимчасово виїхав за кордон на початку війни ($n=10$) та ті, хто залишався на території України ($n=68$).

Отримані результати демонструють суттєві розбіжності у динаміці тривожності серед студентів залежно від того, чи перебували вони за кордоном, чи залишалися в Україні протягом періоду воєнного конфлікту.

Зокрема, виявлено, що серед респондентів, які на початку війни виїхали за кордон ($n=10$) (див. рис.3.3), рівень тривожності залишався відносно стабільним.

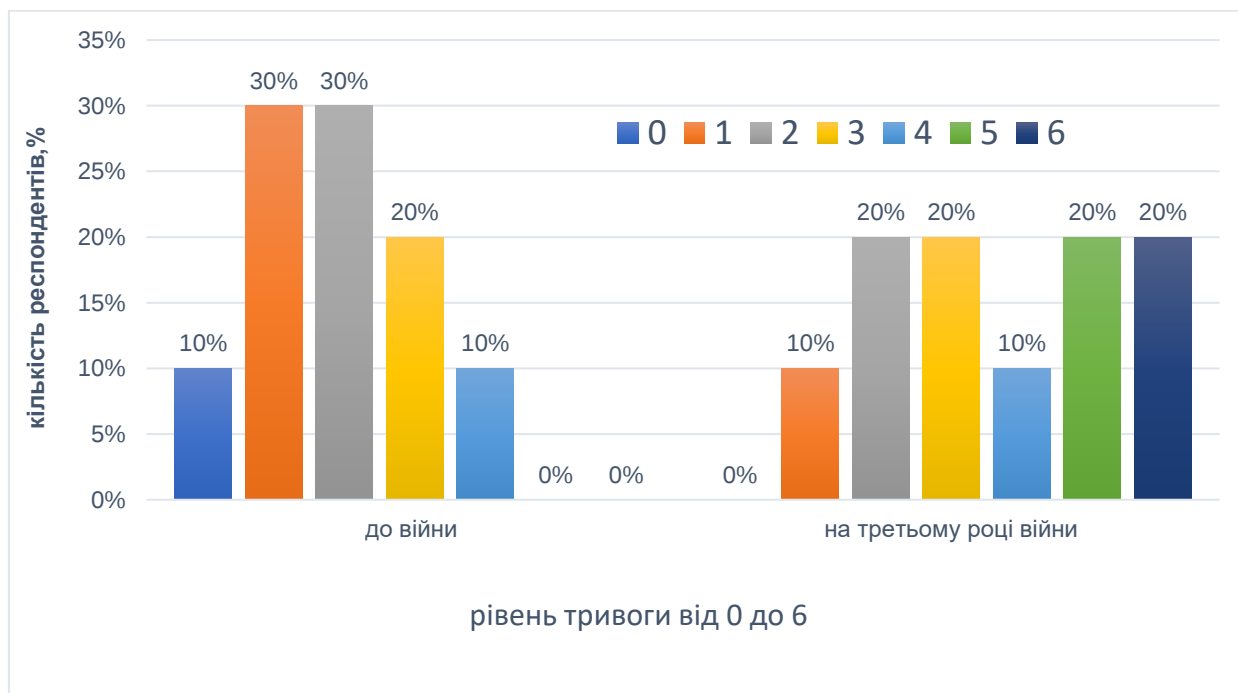


Рис. 3.3. Рівень тривоги у тих, хто переїхав за кордон після початку війни ($n=10$)

Розрахований критерій χ^2 Пірсона становив 6,20 ($p = 0,401$), що не дозволяє вважати зміни між періодом до війни та на третьому році війни статистично значущими.

Це може свідчити про те, що умови перебування за межами зони бойових дій, доступ до більшої безпеки, соціальної підтримки або стабільніших умов життя могли зменшити або стримувати зростання тривожних проявів.

Натомість ситуація кардинально відрізняється у групі студентів, які залишалися на території України під час війни (n=68) (див. рис.3.4).

У цій категорії респондентів спостерігалось значне зростання рівня тривоги. Застосування критерію χ^2 Пірсона виявило високий рівень статистичної значущості ($\chi^2=55,49$; $p<0,0000000004$), що свідчить про реальні, а не випадкові зміни в емоційному стані студентів. Варто відзначити, що серед них знизилась частка осіб з низьким рівнем тривожності та зросла кількість тих, хто відзначав середні та високі рівні тривожності.

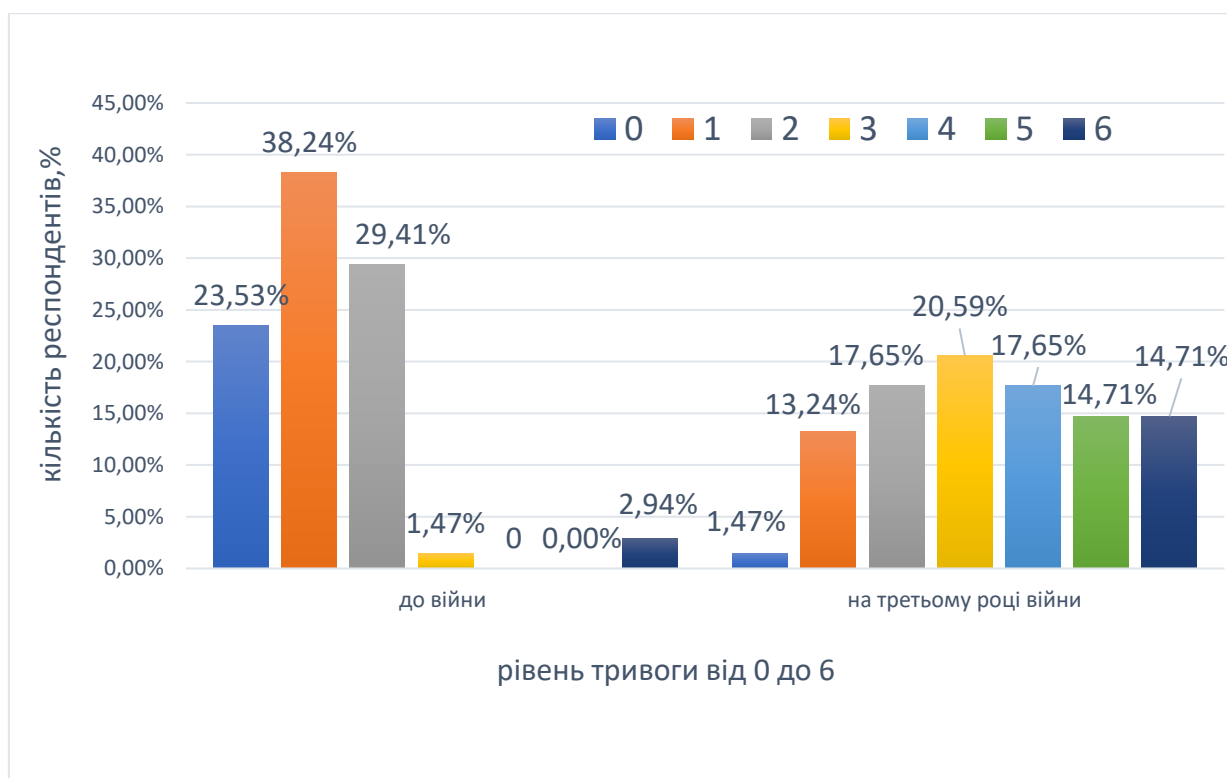


Рис. 3.4. Рівень тривоги у тих, хто постійно перебував в Україні (n=68)

Ці результати можуть бути пояснені як впливом постійного перебування у стресогенному середовищі, так і тривалим відчуттям небезпеки, невизначеності, втратами, а також психологічним виснаженням через затяжний характер війни.

Підвищення тривожності на третьому році війни вказує на накопичувальний характер психоемоційного навантаження та потребу в системній психологічній підтримці студентської молоді.

3.4. Оцінка рівня стресу у студентів-фармацевтів

Для оцінки рівня стресу респондентів було використано адаптований варіант шкали сприйнятого стресу PSS-4 (Perceived Stress Scale–4 items), розроблений S. Cohen та адаптований для української вибірки [48].

Оцінка проводилася за чотирма рівнями стресу: низький (0–4 балів), помірний (5–8), підвищений (9–12) та високий (13–16).

Для виявлення статистично значущих відмінностей у рівнях стресу між групами респондентів залежно від місця перебування на третьому році війни (в Україні або за кордоном) та періоду оцінки (до війни або на третьому році війни) було застосовано непараметричний χ^2 -критерій Пірсона.

У ході дослідження було проведено аналіз змін рівня стресу серед студентів-фармацевтів у двох годинних точках: до початку війни та на третьому році війни.

Розглядалися дві окремі групи респондентів: студенти, що залишилися в Україні (n=68); студенти, які виїхали за кордон після початку війни (n=10). Результати оцінки рівня стресу в обох групах студентів наведено в табл. 3.1. та на рис.3.5.

✓ Студенти, які залишилися в Україні (n=68).

Порівняння даних, зібраних до війни та на третьому році війни, виявило зростання долі студентів із високим рівнем стресу (з 4,4% до 19,2%) та підвищеним рівнем (з 23,5% до 44,1%), при одночасному зменш 26,5% до 8,8%) та помірним рівнем (з 45,6% до 27,9%).

Проведено χ^2 -аналіз, який виявив статистично значущу зміну розподілу рівнів стресу в цій групі ($\chi^2=19.17$; $p < 0.01$), що свідчить про істотне зростання психологічного навантаження у студентів, які залишилися в Україні.

Таблиця 3.1

**Розподіл рівнів стресу серед студентів-фармацевтів
до війни та на третьому році війни (за шкалою PSS-4)**

Рівень стресу	До війни		3-й рік війни	
	в Україні (n=68)	були в Україні (n=10)	залишалися в Україні (n=68)	за кордоном (n=10)
Низький	18 (26,5%)	3 (30,0 %)	6 (8,8%)	1 (10,0 %)
Помірний	31 (45,6%)	5 (50,0 %)	19 (27,9%)	2 (20,0 %)
Підвищений	16 (23,5%)	2 (20,0 %)	30 (44,1%)	4 (40,0 %)
Високий	3 (4,4%)	0 (0%)	13 (19,2%)	3 (30,0 %)

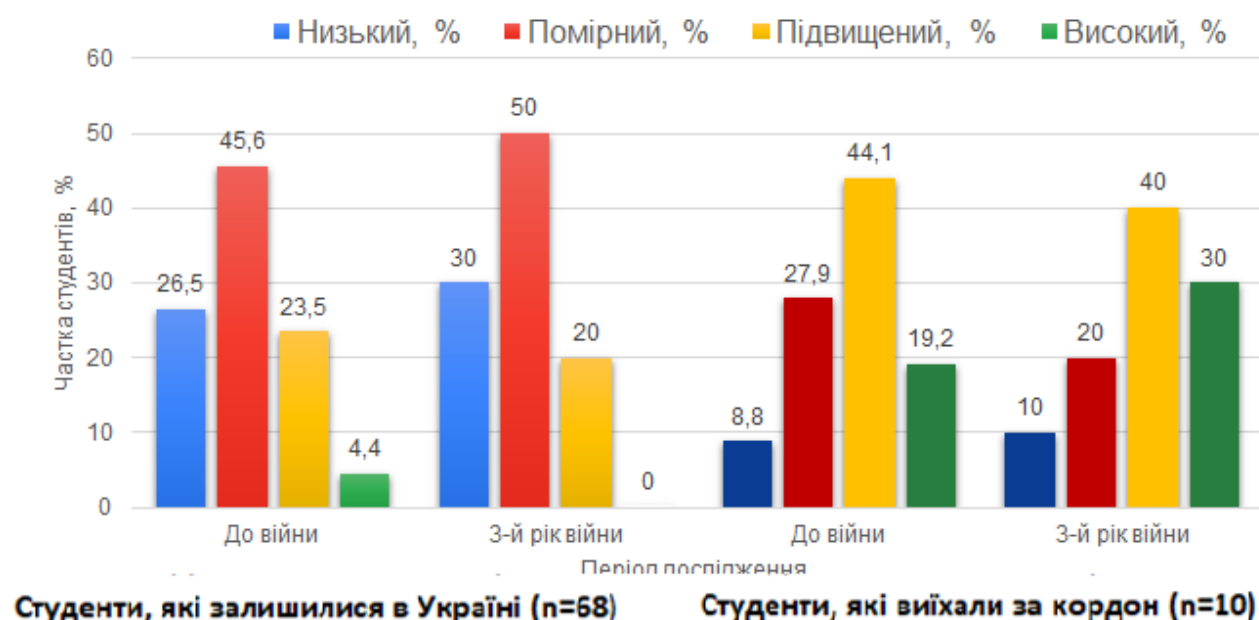


Рис. 3.5. Розподіл рівнів стресу серед студентів-фармацевтів до війни та на третьому році війни (за шкалою PSS-4)

✓ Студенти, які виїхали за кордон (n=10). У цій групі також спостерігається зміщення у бік вищих рівнів стресу: кількість студентів з високим рівнем стресу зросла з 0 до 3 осіб, а з підвищеним рівнем — з 2 до 4 осіб. Водночас частка студентів з низьким рівнем стресу зменшилася з 3 до 1.

Статистичний аналіз також підтвердив наявність значних змін у структурі відповідей ($\chi^2=8.40$; $p = 0.038$), незважаючи на невелику вибірку. Це вказує на те, що навіть серед тих, хто змінив місце проживання, зростання стресу є відчутним.

✓ Для визначення того, у якої групи відбулися глибші зміни в динаміці стресу, було порівняно розподіл відповідей до війни і на третьому році в кожній групі. Незважаючи на те, що в обох групах спостерігається тенденція до підвищення рівня стресу, у групи студентів, які залишилися в Україні, зміни є більш вираженими як в абсолютному, так і в відносному значенні. Зростання кількості респондентів із високим і підвищеним рівнем стресу майже подвоїлося, тоді як у групі за кордоном ці зміни є менш масштабними. Найбільш виражене зростання показників підвищеного та високого рівнів стресу спостерігається серед тих, хто залишався в Україні на третьому році війни. Також помітним є зростання частки високого рівня стресу серед тих, хто перебував за кордоном у цей же період, хоча вибірка цієї групи є меншою за обсягом.

Отримані результати підтверджують, що війна чинить суттєвий психоемоційний вплив на студентів незалежно від географічного розташування, однак інтенсивність цього впливу є більш вираженою серед тих, хто безпосередньо перебуває в умовах постійної загрози.

3.5. Стресостійкість та адаптивність студентів-фармацевтів: аналіз змін у часі та залежно від місця перебування

У цьому розділі нами було здійснено комплексний аналіз стресостійкості та адаптивної поведінки студентів-фармацевтів у динаміці — до початку війни та на третьому році війни в Україні.

Усі 78 респондентів до війни проживали в Україні. З них 10 осіб виїхали за кордон після початку повномасштабного вторгнення та залишаються за кордоном на момент опитування. Таким чином, аналіз здійснено у двох послідовних етапах: внутрішньогрупове порівняння (до війни / третій рік

війни) та міжгрупове порівняння змін (залишилися в Україні / виїхали за кордон).

- Аналіз рівня суб'єктивної стресостійкості. У межах дослідження було оцінено, як студенти-фармацевти самі визначають свою стресостійкість. Відповіді аналізувалися за запитанням: «Чи вважаєте ви себе стресостійкою людиною?» у двох часових зрізах — до початку війни та на третьому році війни. Було охоплено дві групи: студентів, які залишилися в Україні (n=68), та тих, хто виїхав на початку війни за кордон (n=10). Результати представлені в таб. 3.2 та на рис. 3.6.

Таблиця 3.2

**Розподіл відповідей на запитання
«Вважаєте ви себе стресостійкою людиною?»**

Варіант відповіді	До війни		3-й рік війни	
	в Україні (n=68)	були в Україні (n=10)	залишалися в Україні (n=68)	за кордоном (n=10)
Так	43 (63,2 %)	5 (50,0 %)	36 (52,9 %)	2 (20,0 %)
Ні	10 (14,7 %)	2 (20,0 %)	16 (23,5 %)	2 (20,0 %)
Важко відповісти	15 (22,1 %)	3 (30,0 %)	16 (23,5 %)	6 (60,0 %)

✓ Студенти, які залишилися в Україні.

До початку війни 63,2% студентів цієї групи вважали себе стресостійкими. На третьому році війни цей показник знизився до 52,9%. Водночас частка відповідей «ні» зросла з 14,7% до 23,5%, а «важко відповісти» — з 22,1% до 23,5%.

Однак результати статистичного аналізу ($\chi^2=2.04$; $p=0.361$) не виявили статистично значущих змін у розподілі відповідей. Це свідчить про відносну стабільність самооцінки стресостійкості серед студентів, які залишились в Україні.

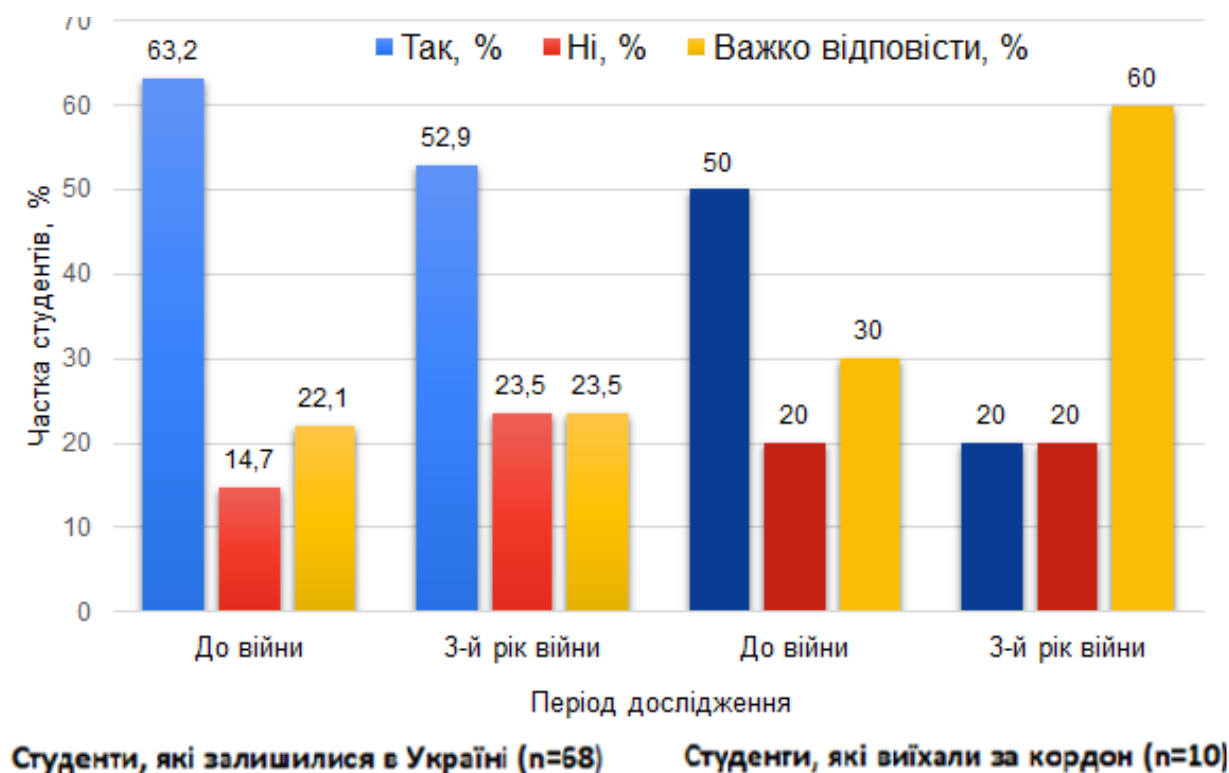


Рис.3.6 Розподіл відповідей на запитання «Вважаєте ви себе стресостійкою людиною?»

✓ Студенти, які виїхали за кордон

У групі студентів, які виїхали за кордон, до війни половина респондентів (50%) вважала себе стресостійкими. Через три роки війни цей показник зменшився до 20%, тоді як частка відповідей «важко відповісти» зросла з 30% до 60%. За результатами χ^2 -аналізу ($\chi^2 = 3.60$; $p = 0.165$), зміни у розподілі також не досягли статистичної значущості, що може бути пов'язано з невеликою чисельністю групи.

• Частота використання стратегій подолання стресу

На запитання «Як часто ви знаходили способи справлятися зі стресом?» студенти відповідали за чотирма категоріями: «завжди або майже завжди», «часто», «рідко», «ніколи». Отримані результати наведено в табл.3.3 та на рис.3.7.

✓ Студенти, які залишилися в Україні (n=68)

До війни 52,9% респондентів повідомили, що майже завжди знаходили способи подолання стресу, тоді як на третьому році війни цей показник

знизився до 32,4%.

Таблиця 3.3

**Розподіл відповідей на запитання
«Як часто ви знаходили способи справлятися зі стресом?»**

Варіант відповіді	До війни		3-й рік війни	
	в Україні (n=68)	були в Україні (n=10)	залишалися в Україні (n=68)	за кордоном (n=10)
Завжди або майже завжди	36 (52,9 %)	4 (40,0 %)	22 (32,4%)	1 (10,0 %)
Часто	23 (33,8%)	3 (30,0 %)	26 (38,2%)	5 (50,0 %)
Рідко	8 (11,8%)	3 (30,0 %)	16 (23,5 %)	3 (30,0 %)
Ніколи	1 (1,5%)	0 (0%)	4 (7,4%)	1 (10,0 %)

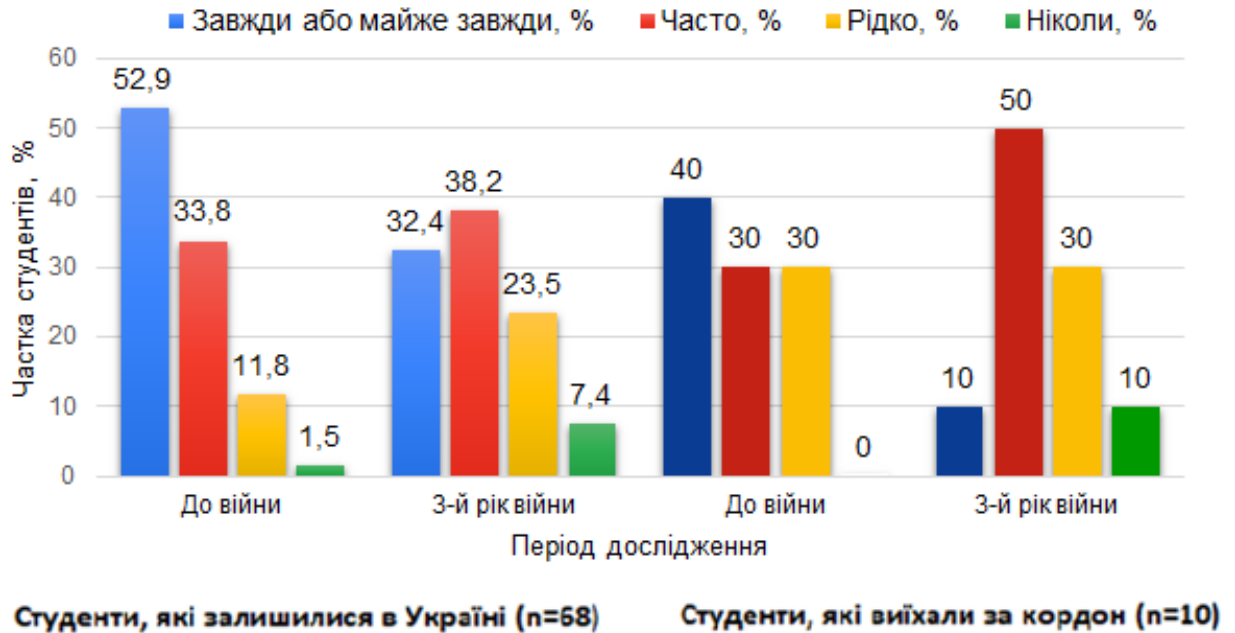


Рис.3.7 Розподіл відповідей на запитання «Як часто ви знаходили способи справлятися зі стресом?»

Частка тих, хто знаходив способи часто, майже не змінилася (33,8% проти 38,2%). Натомість зросла частка відповідей «рідко» — з 11,8% до 23,5%, і «ніколи» — з 1,5% до 5,9%.

Статистичний аналіз показав наявність статистично значущих змін у розподілі відповідей в цій групі ($n=68$) ($\chi^2=9.71$; $p=0.021$), що вказує на зниження ефективного саморегулювання у цій групі.

✓ Студенти, які виїхали за кордон ($n=10$)

До війни більшість студентів цієї групи знаходили способи подолання стресу «завжди або майже завжди» (40%) або «часто» (30%). На третьому році війни частка відповідей «завжди або майже завжди» зменшилася до 10%, тоді як варіанти «часто» та «рідко» стали переважати (по 50% і 30% відповідно). Спостерігається зростання частки студентів, які не знаходили способів справлятися зі стресом (з 0% до 10%).

Аналіз χ^2 -критерієм не виявив статистично значущих змін у цій групі ($n=10$) ($\chi^2 = 4.72$; $p = 0.193$), що також може бути зумовлено невеликим обсягом вибірки.

3.6. Аналіз стратегій подолання стресу, тривожності та депресивних проявів під час війни

Аналіз наукової літератури свідчить про те, що в умовах тривалого стресу, спричиненого війною, молодь, зокрема студенти, активно шукає ефективні стратегії саморегуляції для подолання тривожності, депресії та психоемоційного напруження. Ці стратегії називають копінг-механізмами чи копінг-стратегіями. Вони можуть бути як адаптивними, так і дезадаптивними залежно від ефективності та впливу на емоційне здоров'я.

В межах дослідження було проведено оцінку змін у використанні копінг-стратегій серед студентів-фармацевтів у двох підгрупах: тих, хто залишився в Україні ($n=68$), та тих, хто на момент дослідження перебував за кордоном ($n=10$). Порівнювалися відповіді щодо поширених стратегій подолання стресу до війни та на третьому році повномасштабного вторгнення. Результати

представлені на рис. 3.8.

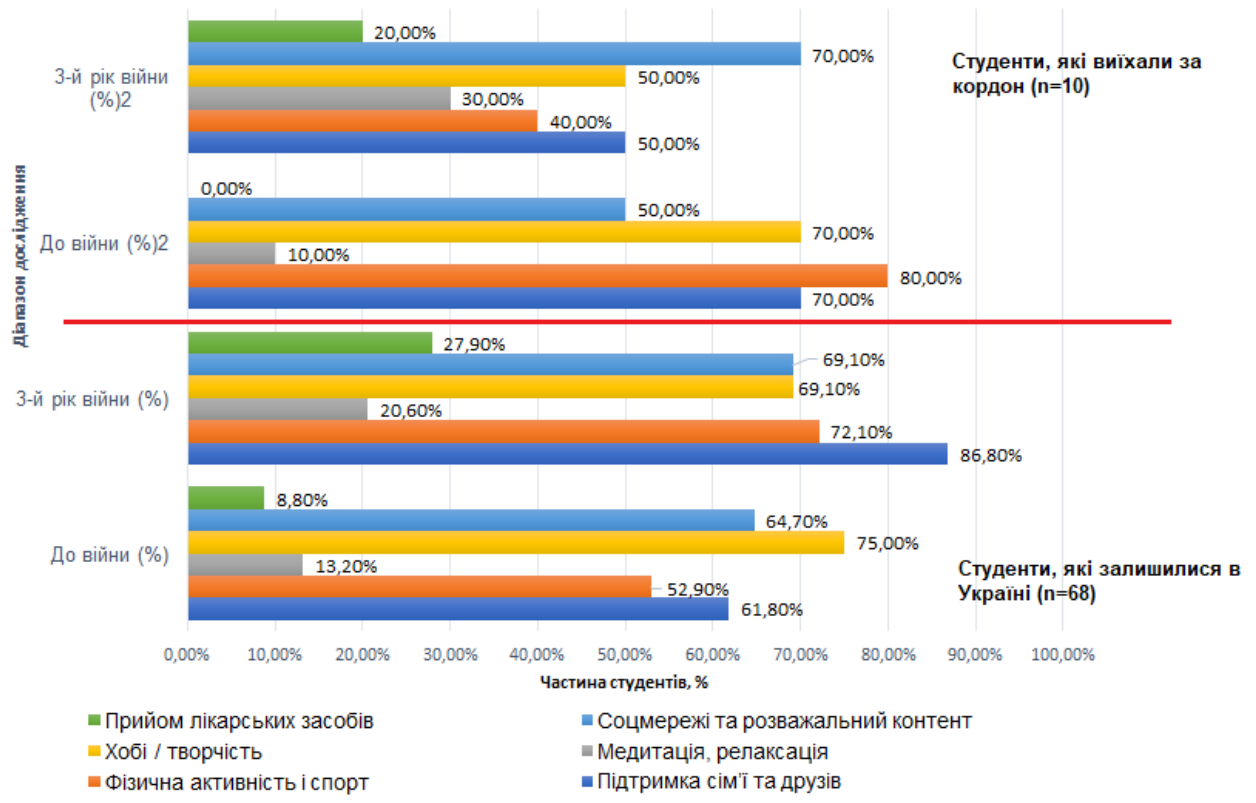


Рис.3.8 Розподіл відповідей щодо подолання стресу, тривожності та депресивних проявів під час війни

До війни найбільш поширеними способами подолання стресу серед студентів, які залишилися в Україні, були: хобі та творчість (75,0%), підтримка сім'ї та друзів (61,8%), соціальні мережі та розважальний контент (64,7%), фізична активність (52,9 %).

На третьому році війни спостерігається зростання використання таких стратегій, як: підтримка сім'ї та друзів (до 86,8%), фізична активність та спорт (до 72,1%), медитація/релаксація (до 20,6%), прийом лікарських засобів (з 8,8% до 27,9%).

Незважаючи на загальне зростання активного копіngu, частота використання хобі/творчості дещо знизилася — з 75,0% до 69,1%. Це може свідчити про зміну пріоритетів чи доступності цього виду діяльності в умовах

війни.

У групі студентів, які виїхали за кордон, до війни найчастіше використовувалися наступні способи подолання стресу: фізична активність та спорт (80,0%), підтримка сім'ї та друзів (70,0%), хобі/творчість (70,0%).

Однак на третьому році війни спостерігається зменшення використання більшості стратегій: фізична активність — з 80,0% до 40,0%, підтримка сім'ї та друзів — з 70,0% до 50,0%, хобі / творчість — з 70,0% до 50,0%. Водночас зросло використання: соціальних мереж і розважального контенту (з 50,0% до 70,0%), медитації/релаксації (з 10,0% до 30,0%), лікарських засобів (з 0% до 20%). Ці зміни можуть відображати адаптацію до нових умов життя за кордоном, емоційне виснаження або зниження доступності звичних ресурсів підтримки.

На третьому році війни частина студентів в обох групах зазначила інші способи подолання стресу, зокрема: самоосвіта та включення до роботи/навчання (серед студентів, що залишилися в Україні – 22,1%, серед виїхавших за кордон – 30%), чітке планування дня (17,6 та 20% відповідно), волонтерська діяльність (8,8% та 20%), ведення особистого щоденника та інформаційна гігієна — вказані лише студентами України.

Ці дані вказують на різноманітність копінг-стратегій та здатність студентів до пошуку індивідуальних рішень навіть у кризових умовах.

Серед запропонованих копінг-стратегій студенти також вказували прийом лікарських засобів для зменшення симптомів тривоги, стресу та депресії.

Аналіз отриманих даних показав помітне зростання використання лікарських засобів як засобу подолання стресу серед студентів-фармацевтів упродовж трьох років війни (див. рис.3.9).

До війни більшість студентів обох груп не використовували фармакологічних засобів для емоційної саморегуляції (80% серед тих, хто залишився в Україні, і 100% серед тих, хто виїхав за кордон). Проте вже на третьому році війни частка таких респондентів зменшилася до 66% і 30%

відповідно, що свідчить про зростання ролі медикаментозних стратегій подолання стресу.

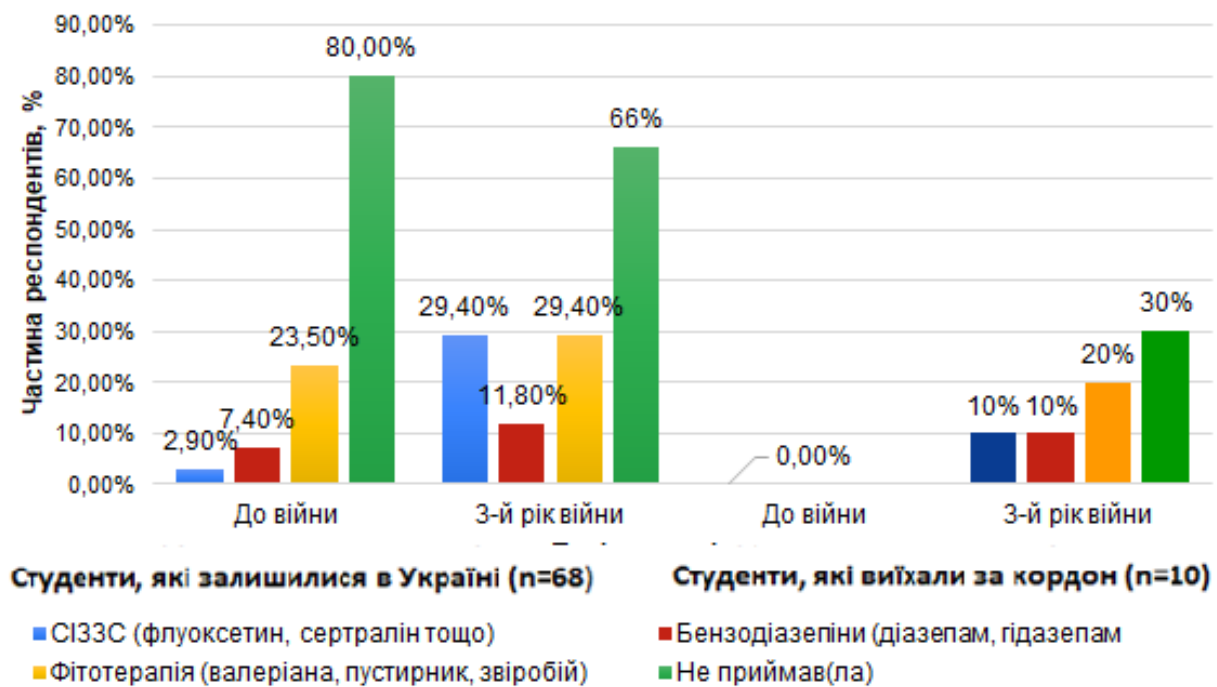


Рис.3.9. Застосування лікарських засобів як копінг-стратегії серед студентів-фармацевтів

Найбільший приріст спостерігається у застосуванні селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) — з 2,9% до 29,4% серед студентів, які залишилися в Україні, а також у фітотерапії — з 23,5% до 29,4%. У групі студентів, які виїхали за кордон, фітопрепарати (валеріана, пустирник, звіробій) почали використовувати 20% респондентів, а СІЗЗС і бензодіазепіни — по 10%.

Для оцінки статистичної значущості змін застосовували критерій χ^2 Пірсона. У групі студентів, які залишилися в Україні, зміни виявилися незначущими ($\chi^2 = 2,727$, $p = 0,0998$), тоді як у групі студентів, які перебувають за кордоном, зафіксовано статистично значуще зростання частки тих, хто використовує лікарські засоби ($\chi^2 = 8,000$, $p = 0,0049$).

Ці зміни демонструють формування нових адаптаційних стратегій, у тому числі фармакологічних, у відповідь на хронічний стрес.

Водночас варто зазначити, що такі препарати мають побічні дії. Застосування лікарських засобів, особливо таких груп як СІЗЗС та бензодіазепіни, потребує обережності, оскільки вони мають потенційні побічні дії: зниження концентрації уваги, емоційна притупленість, головний біль, шлунково-кишкові розлади, сексуальна дисфункція (для СІЗЗС), а також ризик звикання, сонливість і синдром відміни (для бензодіазепінів).

Висновки до розділу 3

Отримані результати свідчать про суттєві зміни у психоемоційному стані студентів-фармацевтів у зв'язку з тривалими умовами війни. Зафіксовано підвищення рівнів депресії, тривоги та стресу, а також збільшення частоти використання фармакологічних копінг-стратегій, зокрема фітопрепаратів, СІЗЗС та бензодіазепінів. При цьому виявлено недостатній рівень знання студентів щодо потенційних побічних ефектів таких засобів.

Значні зміни, особливо серед студентів, які перебувають за кордоном, вказують на потребу в системному підході до моніторингу та підтримки психічного здоров'я студентської молоді.

Особливо важливо інтегрувати компоненти психічного благополуччя в освітній процес, забезпечувати доступ студентів до професійних психологічних послуг, сприяти розвитку стресостійкості та формувати навички подолання кризових ситуацій.

Такий підхід дозволить не лише мінімізувати негативний вплив нинішньої кризи на психоемоційний стан студентів-фармацевтів, а й сприятиме формуванню психологічно стійких майбутніх фахівців у сфері охорони здоров'я.

Отримані дані підкреслюють необхідність розробки цілеспрямованих рекомендацій для адміністрацій закладів вищої освіти, кураторів академічних груп та фахівців із психічного здоров'я. Ці рекомендації мають бути спрямовані на формування безпечного та підтримуючого освітнього

середовища, своєчасне виявлення ознак дистресу серед студентів та впровадження доступних заходів психосоціальної допомоги та профілактики.

РОЗДІЛ 4

РЕКОМЕНДАЦІЙ ЩОДО ПОКРАЩЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ-ФАРМАЦЕВТІВ В УМОВАХ ТРИВАЛОГО СТРЕССОВОГО ВПЛИВУ

1. Формування системи раннього виявлення психоемоційного виснаження:

- Підготувати кураторів та викладачів до розпізнавання ознак тривожних та депресивних розладів серед студентів.
- Впровадити періодичний моніторинг психічного стану студентів за допомогою скринінгових опитувальників (наприклад, PHQ-2, GAD-2, PSS).

2. Посилення психологічної підтримки в освітньому середовищі:

- Розширити функціонал університетських психологічних служб, забезпечити доступність онлайн- та офлайн-консультацій.
- Організувати регулярні інформаційно-просвітницькі заходи з психогігієни та розвитку копінг-навичок, орієнтовані на молодь.

3. Створення підтримувального соціального середовища:

- Розвивати студентські ініціативи, пов'язані з волонтерством, взаємодопомогою та організацією дозвілля.
- Підтримувати інклюзивну атмосферу в групах, особливо щодо студентів, які пережили евакуацію, розлуку з батьківщиною чи інші травмуючі події.

4. Покращення умов навчання та зменшення академічного стресу:

- Переглянути навчальні плани з урахуванням зниження когнітивного навантаження в умовах хронічного стресу.
- Налагодити гнучкий підхід до відвідування зайняти та виконання завдань для студентів, що перебувають у складних життєвих обставинах.

ВИСНОВОК

1. На основі огляду наукової літератури систематизовано сучасні підходи до вивчення рівнів тривожності, депресії, стресу, стресостійкості та адаптивності студентської молоді в умовах кризових ситуацій, з акцентом на особливості психоемоційного стану студентів-фармацевтів.

2. Проведене дослідження продемонструвало значний психоемоційний вплив війни на студентів-фармацевтів Національного фармацевтичного університету, незалежно від їхнього місця перебування.

3. Статистично значуще погіршення показників за шкалами PHQ-2 та GAD-2 було зафіксовано серед студентів, які постійно перебували на території України протягом тривалого воєнного періоду. Це свідчить про суттєве вплив тривалого стресу, небезпечності та нестабільності на психічне здоров'я молоді.

4. У групі студентів, які тимчасово виїхали за кордон, також спостерігалось зростання рівнів депресії, хоча менш виражене. Це свідчить про наявність віддалених, але не менш значущих психосоціальних факторів, зокрема емоційну ізоляцію, труднощі адаптації, тривожність за близьких, розрив соціальних зв'язків.

5. У результаті порівняння двох груп було встановлено, що фактор безпосереднього перебування в зоні воєнного конфлікту є критично важливим щодо погіршення психоемоційного стану, але навіть за межами України війна продовжує негативно впливати на ментальне здоров'я студентів.

6. Дані дослідження підтверджують актуальність вивчення впливу тривалих кризових ситуацій на психічний стан студентської молоді та необхідність системної психосоціальної підтримки для забезпечення їхньої адаптації, стресостійкості та емоційного благополуччя.

7. Підготовлено пропозиції щодо формування Рекомендацій із покращення психічного здоров'я студентів-фармацевтів в умовах тривалого стресового впливу, які передбачають впровадження психоедукації, посилення підтримки з боку університетського середовища та розвиток індивідуальних адаптаційних стратегій.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Psychological well-being and academic performance of Ukrainian medical students under the burden of war: a cross-sectional study / M. Korda et al. *Front. Public Health.* 2025. Vol. 12. P. 1457026. DOI: 10.3389/fpubh.2024.1457026
2. Mental health of university students twenty months after the beginning of the full-scale Russian-Ukrainian war / M. Polyvianaia et al. *BMC Psychiatry.* 2025. Vol. 25(1). P. 236. DOI: 10.1186/s12888-025-06654-1.
3. Braving the dark: mental health challenges and academic performance of Ukrainian university students during the war / I. Pinchuk et al. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2025. Vol. 3. DOI:10.1007/s00127-025-02867-7
4. Вплив війни на психічне здоров'я українців: дані ВООЗ. URL: https://thepharma.media/uk/news/37494-vooz-maize-polovina-ukrayinciv-maje-problemi-z-psixicnim-zdorovyam-25022025?utm_source=chatgpt.co (дата звернення: 10.03.2025).
5. Six months into the war: a first-wave study of stress, anxiety, and depression among in Ukraine / A. Kurapov et al. *Front Psych.* 2023. Vol. 14. P. 1190465. DOI: 10.3389/fpsy.2023.1190465.
6. Impact of the Russian invasion on Mental health of adolescents in Ukraine / O. Osokina et al. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2023. Vol. 62. P. 335–43. DOI: 10.1016/j.jaac.2022.07.845
7. War on Ukraine: impact on Ukrainian medical students / B. S. Srichawla et al. *Int J Med Stud.* 2022. Vol. 10. P. 15–7. DOI: 10.5195/ijms.2022.1468
8. Depression, anxiety and post-traumatic stress during the 2022 Russo-Ukrainian war, a comparison between populations in Poland, Ukraine, and Taiwan / A. Chudzicka-Czupała et al. *Sci Rep.* 2023. Vol. 13. P. 3602. DOI: 10.1038/s41598-023-28729-3.
9. Kokun O., Bezverkhyi O. Ukrainian students' personal resources and resistance to war stress: a cross-sectional survey. *J Loss Trauma.* 2024. Vol. 29. P. 976–93. DOI: 10.1080/15325024.2024.2325084.

10. Danese A., and Martsenkovskyi D. Editorial: measuring and buffering the Mental health impact of the war in Ukraine in young people. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2023. Vol. 62. P. 294–6. DOI: 10.1016/j.jaac.2022.11.001
11. The impact of Russian military aggression on the psychological health of Ukrainian youth / V. Lunov et al. *Am Behav Sci*. 2023. Vol. 67. P. 426–48. DOI: 10.1177/00027642221144846.
12. Depression and anxiety among medical students: a brief overview / A. A. Mirza et al. *Adv Med Educ Pract*. 2021. Vol. 12. P. 393–8. DOI: 10.2147/AMEP.S302897
13. United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs 2023. Ukraine. URL: <https://www.unocha.org/ukraine> (Date of access: 15.03.2025).
14. Morganstein J. C., Bromet E. J., Shigemura J. The neuropsychiatric aftermath of exposure to weapons of mass destruction: Applying historical lessons to protect health during the war in Ukraine. *Psychological Medicine*. 2022. Vol. 1. P. 1–3. DOI: 10.1017/S0033291722002872.
15. War psychiatry: Identifying and managing the neuropsychiatric consequences of armed conflicts / N. Jain et al. *Journal of Primary Care & Community Health*. 2022. Vol. 13. P. 21501319221106625. DOI: 10.1177/21501319221106625.
16. A comparison of DSM-5 and ICD-11 PTSD prevalence, comorbidity and disability: An analysis of the Ukrainian internally displaced person's mental health survey / M. Shevlin et al. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2018. Vol. 137(2). P. 138–147. DOI: 10.1111/acps.12840.
17. War exposure, posttraumatic stress disorder, and complex posttraumatic stress disorder among parents living in Ukraine during the Russian war / T. Karatzias et al. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2023. Vol. 147(3). P. 276–285. DOI: 10.1111/acps.13529.
18. Psychological consequences of war in Ukraine: assessing changes in mental health among Ukrainian parents / P. Hyland et al. *Psychological Medicine*. 2023. Vol. 53(15). P. 7466–7468. DOI:10.1017/S0033291723000818.

19. War-related stressors and ICD-11 (complex) post-traumatic stress disorder in Ukrainian students: A cross-sectional study / A. Lotzin et al. *Psychiatry Research*. 2023. Vol. 330. P. 115561. DOI: 0.1016/j.psychres.2023.115561
20. The impact of the war in Ukraine on the psychological well-being of students / I. S. Pypenko et al. *International Journal of Science Annals*. 2023. Vol. 6(2). P. 2023. DOI:10.26697/ijsa.2023.2.2
21. Zabłocka-Żytka L., Lavdas M. The stress of war. Recommendations for the protection of mental health and wellbeing for both Ukrainian refugees as well as Poles supporting them. *Psychiatr Pol*. 2023. Vol. 57(4). P. 729-746. DOI: 10.12740/PP/156157.
22. What's the difference between stress and anxiety? / American Psychological Association. 2017. URL: <https://www.apa.org/topics/stress/anxiety-difference> <https://www.apa.org/topics/stress/anxiety-difference>. (Date of access: 15.03.2025).
23. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM 5 / American Psychiatric Association. 5th ed. 2022. URL: <https://www.mredscircleoftrust.com/storage/app/media/DSM%205%20TR.pdf> (Date of access: 15.03.2025).
24. Moving to Beat Anxiety: Epidemiology and Therapeutic Issues with Physical Activity for Anxiety / A. Kandola et al. *Curr Psychiatry Rep*. 2018. Vol. 20. P. 63. DOI: 10.1007/s11920-018-0923-x
25. Anxiety Disorders. *National Institute of Mental Health*. URL: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders> (Date of access: 15.03.2025).
26. Zhang S. X., Li L. Z. War Anxiety: A Review. *Curr Psychiatry Rep*. 2025. Vol. 27. P. 140–14. DOI:10.1007/s11920-024-01583-4
27. Depression (major depressive disorder). URL: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/depression/symptoms-causes/syc-20356007> (Date of access: 15.03.2025).

28. Psychological well-being and academic performance of Ukrainian medical students under the burden of war: a cross-sectional study / M. Korda et al. *Frontiers in Public Health*. 2024. Vol. 10. P. 1457026. DOI:10.3389/fpubh.2024.1457026

29. Психоемоційний стан викладачів і студентів: як себе почувають учасники освітнього процесу в ЗВО? URL: <https://mon.gov.ua/news/psykhoemotsiinyi-stan-vykladachiv-i-studentiv-iaak-sebe-pochuvaiut-uchasnyky-osvitnoho-protsesu-v-zvo> (дата звернення: 10.03.2025).

30. Depression. URL: <https://emedicine.medscape.com/article/286759-overview> (Date of access: 15.03.2025).

31. Park L. T., Zarate C. A. J. Depression in the Primary Care Setting. *N Engl J Med*. 2019. Vol. 380(6). P. 559-568. DOI: 10.1056/NEJMc1712493.

32. The American Psychiatric Association practice guidelines for the psychiatric evaluation of adults / J. J. Silverman et al. *Am J Psychiatry*. 2015. Vol. 172(8). P. 798-802. DOI: 10.1176/appi.ajp.2015.1720501.

33. Duration of initial antidepressant treatment and subsequent relapse of major depression / R. J. Baldessarini et al. *J Clin Psychopharmacol*. 2015. Vol. 35. P. 75-76.

34. Trial psilocybin versus escitalopram for depression / R. L. Carhart-Harris et al. *N Engl J Med*. 2021. Vol. 384(15). P. 1402-1411.

35. MDMA-assisted therapy for severe PTSD: a randomized, double-blind, placebo-controlled phase 3 study / J. M. Mitchell et al. *Nat Med*. 2021. Vol. 27(6). P. 1025-1033.

36. Pascoe M. C., Thompson D. R., Ski C. F. Yoga, mindfulness-based stress reduction and stress-related physiological measures: A meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*. 2017. Vol. 86. P. 152-168. DOI: 10.1016/j.psyneuen.2017.08.008.

37. Nutritional medicine є mainstream в psychiatry / J. Sarris et al. *Lancet Psychiatry*. 2014. Vol. 1(4). P. 271-274.

38. Diet, Stress and Mental Health / J. D. Bremner et al. *Nutrients*. 2020. Vol. 12(8). P. 2428. DOI: 10.3390/nu12082428.
39. Associations of Leisure-Time and Occupational Physical Activity and Cardiorespiratory Fitness With Incident and Recurrent Major Depressive Disorder, Depressive Symptoms, and Incident Anxiety in a General Population / S. E. Baumeister et al. *J Clin Psychiatry*. 2017. Vol. 78(1). P. e41-e47. DOI: 10.4088/JCP.15m10474.
40. Can smartphone mental health interventions reduce symptoms of anxiety? A meta-analysis of randomized controlled trials / J. Firth et al. *J Affect Disord*. 2017. Vol. 218. P. 15-22. DOI: 10.1016/j.jad.2017.04.046
41. Impact of pharmacogenomics on clinical outcomes in major depressive disorder in the GUIDED trial: A large, patient- and rater-blinded, randomized, controlled study / J. F. Greden et al. *J Psychiatr Res*. 2019. Vol. 111. P. 59–67. DOI:10.1016/j.jpsychires.2019.01.003.
42. Clinical Pharmacogenetics Implementation Consortium (CPIC) guideline для CYP2D6 і CYP2C19 genotypes and dosing з selective serotonin reuptake inhibitors / J. K. Hicks et al. *Clin Pharmacol Ther* . 2015. Vol. 98(2). P. 127–134. DOI:10.1002/cpt.147.
43. Bousman C. A., Maruf A. A., Müller D. J. Towards the integration of pharmacogenetics in psychiatry : A minimum, evidence-based genetic testing panel. *Curr Opin Psychiatry*. 2019. Vol. 32(1). P. 7-15. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000465.
44. Ungar M. Multisystemic resilience: Adaptation and transformation in contexts of change. Oxford : Oxford University Press. 2021. 232 p. DOI:10.1093/oso/9780190095888.001.0001.
45. Nechitailo I. Mental health of the civilians in war conditions: indicators, measurement, prospects for further research (based on the example of the Kharkiv region population during the Russia’s full-Scale invasion into Ukraine). *Innovation: The European Journal of Social Science Research*. 2025. Vol. 38(1). P. 269–279. DOI: 10.1080/13511610.2025.2464757.

46. Паливода Л. І. Механізми психологічного захисту та копінг-стратегій у подоланні стресу. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія : Психологія*. 2023. № (3). С. 76-79. DOI: 10.32782/psy-visnyk/2023.3.15

47. An Ultra-Brief Screening Scale for Anxiety and Depression: The PHQ-4 / K. Kroenke et al. *Psychosomatics*. 2009. Vol. 50, Is. 6. P. 613-621. DOI:10.1016/S0033-3182(09)70864-3

48. Вельдбрехт О. О., Тавровецька Н. І. Шкала сприйнятого стресу (pss-10): адаптація та апробація в умовах війни. *Журнал сучасної психології*. 2022. № (2). Р. 16-27. DOI: 10.26661/2310-4368/2022-2-2

ДОДАТКИ

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СТВОРЕННЯ
НОВИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ**

МАТЕРІАЛИ
XXXI МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ МОЛОДИХ ВЧЕНИХ ТА СТУДЕНТІВ

23–25 квітня 2025 року
м. Харків

Харків
НФаУ
2025

УДК 615.1

Редакційна колегія: проф. Котвіцька А. А., проф. Владимірова І. М.

Укладачі: Сурікова І. О., Боднар Л. А., Комісаренко М. А., Коміссарова Є. Є.

Актуальні питання створення нових лікарських засобів: матеріали XXXI міжнародної науково-практичної конференції молодих вчених та студентів (23-25 квітня 2025 р., м. Харків). – Харків: НФаУ, 2024. – 515 с.

Збірка містить матеріали міжнародної науково-практичної конференції молодих вчених та студентів «Актуальні питання створення нових лікарських засобів, які представлені за пріоритетними напрямками науково-дослідної роботи Національного фармацевтичного університету. Розглянуто теоретичні та практичні аспекти синтезу біологічно активних сполук і створення на їх основі лікарських субстанцій; стандартизації ліків, фармацевтичного та хіміко-технологічного аналізу; вивчення рослинної сировини та створення фітопрепаратів; сучасної технології ліків та екстемпоральної рецептури; біотехнології у фармації; досягнень сучасної фармацевтичної мікробіології та імунології; доклінічних досліджень нових лікарських засобів; фармацевтичної опіки рецептурних та безрецептурних лікарських препаратів; доказової медицини; сучасної фармакотерапії, соціально-економічних досліджень у фармації, маркетингового менеджменту та фармакоекономіки на етапах створення, реалізації та використання лікарських засобів; управління якістю у галузі створення, виробництва й обігу лікарських засобів; суспільствознавства; фундаментальних та мовних наук.

УДК 615.1

© НФаУ, 2025

Секція 8 «ФАРМАКОЛОГІЯ, ФАРМАКОТЕРАПІЯ,
КЛІНІЧНА ФАРМАЦІЯ ТА КЛІНІЧНА КОСМЕТОЛОГІЯ»

апреміласт, інгібітор ФДЕ4, що зменшує запалення. Таргетна терапія відрізняється від традиційних методів більш високою специфічністю та меншою кількістю побічних ефектів, проте її вартість є вищою. Фармакоеконімічний аналіз є важливим аспектом оцінки доцільності застосування таргетної терапії в клінічній практиці. Важливо враховувати, що, незважаючи на високу вартість, тривале застосування традиційних препаратів також може призвести до значних витрат, пов'язаних з лікуванням побічних ефектів.

В останні роки спостерігається значний прогрес у розробці нових методів лікування псоріазу. Нові таргетні препарати, такі як інгібітори ТУК2 та анти-IL-36, демонструють перспективні результати в клінічних дослідженнях. Використання нанотехнологій для доставки лікарських засобів дозволяє підвищити їх ефективність та зменшити побічні ефекти. Дослідження ролі мікробіому шкіри в патогенезі псоріазу відкриває нові можливості для розробки терапевтичних підходів, спрямованих на нормалізацію мікрофлори шкіри. Розробка вакцин проти псоріазу є амбітною метою, яка може призвести до довгострокового контролю над захворюванням. Використання штучного інтелекту для діагностики та лікування псоріазу дозволяє автоматизувати процес оцінки тяжкості захворювання та вибору оптимального методу лікування. Ці нові напрямки в лікуванні псоріазу відкривають широкі перспективи для покращення якості життя пацієнтів.

Висновки. Традиційні методи лікування, зокрема місцеві кортикостероїди та фототерапія, залишаються важливими інструментами в терапії легких та помірних форм псоріазу, забезпечуючи тимчасове полегшення симптомів. Проте, їх ефективність є обмеженою при тяжкому перебігу захворювання. Таргетна терапія є ефективною та безпечною при середньотяжких та тяжких формах псоріазу. Вибір методу лікування повинен ґрунтуватися на індивідуальній оцінці тяжкості захворювання, відповіді на попередню терапію та профілю безпеки препаратів.

ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ-ФАРМАЦЕВТІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ: ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ ДЕПРЕСІЇ

Мовчан Ю.А.

Науковий керівник: Савохіна М.В.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна
marinadoc10@gmail.com

Вступ. Війна є одним із найпотужніших стресогенних факторів, що впливає на психічне здоров'я населення, особливо молоді та студентів.

З початком повномасштабного вторгнення Російської Федерації на територію України 24 лютого 2022 року, українське суспільство зазнало безпрецедентних викликів, які суттєво позначилися на психологічному стані громадян. Зокрема, студенти, як активна та вразлива частина населення, опинилися під впливом тривалого стресу, що зумовило зростання рівня депресії та тривожності серед них.

Мета дослідження. Метою роботи було провести аналіз впливу військових дій на рівень депресії та тривожності серед студентів-фармацевтів.

Матеріали та методи. Анкетування (самооцінка студентами рівня депресії до війни та на третьому році війни). Для оцінки рівня депресії використовували Опитувальник здоров'я пацієнта-2 (PHQ-2), який складається з двох питань і дозволяє порівняти результати за двома періодами (до війни та на третьому році війни).

XXXI Міжнародна науково-практична конференція молодих вчених та студентів
«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СТВОРЕННЯ НОВИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ»

Симптоми депресії оцінювали за допомогою скороченої версії шкали депресії PHQ-2 (Patient Health Questionnaire-2). У PHQ-2 розділені питання та окремо визначають «втрату інтересу» та «смуток/пригніченість». Опитувальник використовує 4-бальну шкалу Лайкерта для оцінки частоти симптомів. Були чотири варіанти відповідей на запитання: 0 = не зовсім, 1 = кілька днів, 2 = більше половини днів і 3 = майже кожен день.

Методика підрахунку балів та інтерпретація результатів: сума балів = результат за двома питаннями (0–6 балів). ≥ 3 бали – вказує на підвищений ризик депресії, потребує детальнішого оцінювання за PHQ-9 або консультації фахівця. < 3 балів – низька ймовірність клінічної депресії.

Для оцінки статистичної значущості відмінностей між рівнями (показником) до війни та на третьому році війни застосовано критерій χ^2 Пірсона.

Результати дослідження. Для дослідження були набрані студенти віком від 18 років, які навчаються в фармацевтичному університеті В дослідженні прийняли участь 78 респондентів старше 18 років. Середній вік респондентів – 22 роки, 79,5% жінки. Запрошення взяти участь в онлайн-опитуванні студенти-фармацевти отримали через соціальну мережу Viber. Була розроблена анкета. Опитування включало збір соціально-демографічних даних про вік, стать, рік навчання, а також вимірювання щодо досвіду переселення (внутрішнє/зовнішнє переміщення). На момент анкетування 14,71% респондентів перебували за кордоном. Серед тих, хто залишався в Україні (а саме 85,24% респондентів) не виділяли окрему групу тих, хто був внутрішньо переміщеними особами.

За допомогою анкетування студенти здійснили самооцінювання рівня депресії до початку війни та на третьому році воєнних дій. Шкала депресії PHQ-2 допомагає швидко оцінити наявність основних депресивних симптомів протягом останніх 2 тижнів. Мета опитувальника PHQ-2 полягає у виявленні депресії як «першого етапу» скринінгу. PHQ-2 не є діагностичним інструментом, але допомагає визначити необхідність подальшого обстеження.

Респондент оцінював, як часто протягом останніх двох тижнів у нього спостерігалися такі стани: втрата інтересу або задоволення від виконання звичних справ, виникало відчуття смутку, пригніченості чи безнадійності. Користуючись методикою підрахунку балів до шкали PHQ-2 та проводили інтерпретацію результатів. ≥ 3 бали – вказує на підвищений ризик депресії, потребує детальнішого оцінювання за PHQ-9 або консультації фахівця. < 3 балів – низька ймовірність клінічної депресії.

Якщо за результатами PHQ-2 сума балів ≥ 3 , це вказує на підвищений ризик депресії та потребує подальшої діагностики (PHQ-9) або консультації фахівця. Якщо сума балів < 3 , це свідчить про низьку ймовірність клінічної депресії. Результати представлені в табл. 1 та табл. 2.

Таблиця 1

Рівні депресії у респондентів, що перебували в Україні (n = 68)

Рівень депресії	До війни (n, %)	На 3-му році війни (n, %)
0	9 (13.24%)	1 (1.47%)
1	21 (30.88%)	3 (4.41%)
2	27 (39.71%)	12 (17.65%)
3	6 (8.82%)	20 (29.41%)
4	4 (5.88%)	19 (27.94%)
5	0 (0.00%)	3 (4.41%)
6	1 (1.47%)	10 (14.71%)
Всього	68 (100%)	68 (100%)

$$\chi^2 \text{ (Пірсон)} = 53.35; p = 9.96 \times 10^{-10} (p < 0.001)$$

Висновок: Розподіл рівнів депресії значуще змінився — спостерігається зростання високих рівнів (3–6) на третьому році війни.

Секція 8 «ФАРМАКОЛОГІЯ, ФАРМАКОТЕРАПІЯ,
КЛІНІЧНА ФАРМАЦІЯ ТА КЛІНІЧНА КОСМЕТОЛОГІЯ»

Таблиця 2

Рівні депресії у респондентів, що перебували за кордоном

Рівень депресії	До війни (п. %)	На 3-му році війни (п. %)
0	2 (20.0%)	0 (0.0%)
1	2 (20.0%)	0 (0.0%)
2	5 (50.0%)	2 (20.0%)
3	1 (10.0%)	0 (0.0%)
4	0 (0.00%)	3 (30.0%)
5	0 (0.00%)	2 (20.0%)
6	0 (0.00%)	3 (30.0%)
Всього	68 (100%)	68 (100%)

 χ^2 (Пірсон) = 13.21; $p = 0.0266$ ($p < 0.05$)

Висновки. Навіть у невеликій групі за кордоном відзначається статистично значуще збільшення високих рівнів депресії (4–6) після початку війни.

В Україні до війни 84% студентів-фармацевтів мали низьку ймовірність клінічної депресії (0–2). На 3-му році війни 68% студенти-фармацевти мали показник за шкалою депресії PHQ-2 ≥ 3 балів, що вказує на підвищений ризик депресії, а це в свою чергу, потребує детальнішого оцінювання за PHQ-9 або консультації фахівця. $\chi^2 = 53.35$; $p < 0.001$ що свідчить про суттєві зміни в психічному здоров'ї.

В група респондентів, що перебуває за кордоном, до війни 90% студентів-фармацевтів мали низьку ймовірність клінічної депресії (0–2), а на 3-му році війни рівень депресії значно зріс та 80% респондентів мали показник за шкалою депресії PHQ-2 ≥ 3 балів, що вказує на підвищений ризик депресії. $\chi^2 = 13.21$; $p = 0.027$. Це значуща, але менш виражена зміна в порівнянні з тими, хто залишається в Україні.

В обох групах спостерігається статистично значуще зростання рівнів депресії під впливом війни, причому ефект найпотужніший серед тих, хто залишився в Україні.

Отримані дані свідчать про значне зростання рівня депресії та тривожності серед студентської молоді в умовах війни. Це вказує на необхідність системного підходу до підтримки психічного здоров'я у навчальних закладах, оскільки підвищення рівня депресивних проявів та зниження адаптаційних можливостей створює ризики для успішності навчання, особистісного розвитку й майбутньої професійної реалізації студентів.

АНАЛІЗ ОБІЗНАНОСТІ ФАРМАЦЕВТІВ ТА СТУДЕНТІВ ЩОДО ГІПОТИРЕОЗУ ТА ПРИНЦИПІВ ЙОГО ЛІКУВАННЯ

Пікалова С.В., Щербак О.А.

Науковий керівник: Белік Г.В.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

Belik-69@ukr.net

Вступ. За даними сучасної статистики, гіпотиреоз – одне з найпоширеніших ендокринних захворювань у світі, що часто залишається не діагностованим протягом тривалого часу. Поширеність гіпотиреозу серед дорослого населення України за останні 5 років зросла на 20,3%, особливо це спостерігається серед жінок. Рівень виявлення гіпотиреозу поступово зростає, але захворювання все ще залишається недооціненим фактором ризику, що



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

СЕРТИФІКАТ УЧАСНИКА

Цим засвідчується, що

Мовчан Ю.А.

Науковий керівник: Савохіна М.В.

брав(ла) участь у роботі

XXXI Міжнародної науково-практичної конференції молодих вчених та студентів

«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СТВОРЕННЯ НОВИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ»

В.о. ректора
Національного фармацевтичного
університету



Алла КОТВИЦЬКА



23-25 квітня 2025 р, м. Харків



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ГРАМОТА

нагороджується

МОВЧАН Юлія

у секційному засіданні студентського наукового
товариства кафедри
фармакології та клінічної фармації

XXXI Міжнародна науково-практична конференція
молодих вчених та студентів
**«Актуальні питання створення нових
лікарських засобів»**

В.о. ректора
Національного фармацевтичного
університету



Алла КОТВИЦЬКА

23-25 квітня 2025 р.
м. Харків

