ПСИХОФІЗІОЛОГІЯ ТА МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

УДК 159.9.072.5
DOI https://doi.org/10.32782/2709-3093/2026.5/32

Баратюк А.Ю.
https://orcid.org/0000-0003-3473-0434
Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Яблонська Т.М.
https://orcid.org/0000-0001-7272-9691
Київський національний університет імені Тараса Шевченка

ОПИТУВАЛЬНИК ЗДОРОВ'Я ПАЦІЄНТА (PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE-9, PHQ-9): УКРАЇНОМОВНА АДАПТАЦІЯ, АПРОБАЦІЯ ТА ПСИХОМЕТРИЧНІ ВЛАСТИВОСТІ В УМОВАХ ВІЙНИ

У статті представлено україномовну адаптацію та психометричну апробацію Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) як короткого скринінгового інструменту оцінювання депресивної симптоматики в умовах війни. Обґрунтовано актуальність використання стандартизованих методик у ситуації тривалого воєнного стресу, коли депресивні прояви можуть поєднуватися з тривогою, посттравматичними симптомами, порушеннями сну та соматичним виснаженням. Мета полягала у здійсненні лінгвістичної та змістової адаптації PHQ-9 українською мовою, а також перевірці його психометричних властивостей. Переклад виконували незалежні експерти у сфері клінічної психології та психодіагностики з подальшим експертним узгодженням і пілотним оцінюванням зрозумілості інструкції та пунктів. Емпіричне дослідження проведено у дві хвилі: у першій взяли участь 447 респондентів, у другій – 97 опитаних із першої хвилі, що дозволило оцінити стабільність показників при повторному вимірюванні. Для перевірки психометричних характеристик розраховано описові статистики, показники дискримінативності пунктів, внутрішньої узгодженості, тест-ретестової стабільності, експлораторного та конфірматорного факторного аналізу, а також кореляційні зв'язки з показниками DASS-21. Отримано високі показники надійності шкали: α-Кронбаха=0,865, ω Макдональда=0,868. Встановлено, що всі пункти мають прийнятні або високі зв'язки із сумарним балом, а вилучення жодного пункту не покращує внутрішню узгодженість методики. Експлораторний факторний аналіз підтвердив однофакторну структуру PHQ-9, а конфірматорний аналіз засвідчив статистично значущий внесок усіх пунктів у латентний фактор депресивної симптоматики. Конвергентна валідність підтверджена статистично значущими кореляціями PHQ-9 зі шкалами депресії, тривоги та стресу DASS-21. Показано, що україномовна версія PHQ-9 може застосовуватися як скринінговий інструмент для первинної оцінки депресивної симптоматики в умовах війни за умови недіагностичної інтерпретації результатів.

Ключові слова: *PHQ-9, депресія, депресивна симптоматика, психічне здоров'я, скринінг, дистрес, війна, українська вибірка, психометрія.*

Постановка проблеми. Повномасштабна війна в Україні актуалізувала потребу в системному скринінгу депресивної симптоматики, оскільки тривала небезпека, втрати, вимушене переміщення, руйнування соціальних зв'язків і невизначеність майбутнього суттєво впливають на психічне здоров'я населення. У дослідженнях психічного здоров'я в умовах збройних конфліктів

© Баратюк А.Ю., Яблонська Т.М., 2026
Стаття поширюється на умовах ліцензії відкритого доступу CC BY 4.0

депресія, тривога, посттравматичні симптоми, порушення сну та соматизовані прояви розглядаються як взаємопов'язаний симптомокомплекс, який не завжди своєчасно виявляється в межах первинної медичної, психологічної чи соціальної допомоги [1]. Тому депресивна симптоматика в українському воєнному контексті має розглядатися як один із ключових індикаторів психологічного неблагополуччя населення.

Український воєнний контекст поєднує гострі й хронічні стресори: безпосередню загрозу життю, повітряні тривоги, втрату житла, розлуку з близькими, вимушену міграцію, економічну нестабільність і тривале інформаційне навантаження. Через шість місяців після початку повномасштабної війни в українських респондентів були зафіксовані виражені показники психологічного дистресу, що підкреслює необхідність застосування стандартизованих інструментів для моніторингу психічного стану [2]. Порівняння даних опитаних, які залишаються в Україні, і тих, хто виїхав закордон, також засвідчили зв'язок досвіду прямої або опосередкованої воєнної загрози з підвищенням симптомів посттравматичного стресу, комплексного посттравматичного стресу, тривоги та депресивних проявів [3]. А це, в свою чергу, зумовлює потребу в інструментах, чутливих до субклінічних, змішаних і реактивних форм депресивної симптоматики.

Особливого значення скринінг набуває через те, що в умовах війни частина осіб із депресивними або тривожними проявами не звертається по фахову допомогу. Дослідження українських дорослих під час другого року повномасштабної війни показало, що звернення по допомогу пов'язане із попереднім діагнозом, вимушеним переміщенням і доступністю підтримки [4]. Це створює ризик недовиявлення депресивних станів, особливо серед осіб, які нормалізують психологічне виснаження як «звичайну» реакцію на війну або мають обмежений доступ до медичних і психологічних послуг. У цьому контексті короткі стандартизовані опитувальники важливі як інструменти первинного виявлення ризику.

Актуальність проблеми посилюється для осіб, які зазнали вимушеного переміщення. Метааналіз психічного здоров'я внутрішньо переміщених осіб показує, що переміщення внаслідок конфлікту пов'язане з підвищеним ризиком депресії, тривожності та посттравматичних симптомів, які підтримуються постміграційними стресорами, зокрема втратою соціальних ролей, фінансовою нестабільністю та обмеженим доступом до допомоги [5]. Для України це має безпосереднє значення, оскільки внутрішнє переміщення, евакуація за кордон, повернення до небезпечних регіонів або тривале проживання в умовах невизначеності формують різні профілі психологічного ризику. Отже, інструмент оцінки депресивної симптоматики має бути придатним як для загальної популяції, так і для осіб із різним досвідом воєнного впливу.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. У міжнародній практиці Patient Health Questionnaire-9 належить до найуживаніших коротких інструментів оцінювання депресивної симптоматики. Його перевагами є дев'ять пунктів, проста шкала відповідей, можливість кількісного підрахунку загального бала та зв'язок із ключовими симптомами депресії. Індивідуальний метааналіз діагностичної точності PHQ-9 підтвердив, що інструмент може бути ефективним для скринінгу великої депресії за умови інтерпретації результату як підстави для подальшої клінічної оцінки [5]. Аналіз способів підрахунку PHQ-9 показав, що складні латентні моделі не мають суттєвої переваги над простим сумарним балом, що підтримує доцільність використання шкали в умовах обмежених ресурсів і високого навантаження на систему допомоги [6].

Важливою перевагою PHQ-9 є його міжнародна порівнюваність. Європейське дослідження еквівалентності PHQ-8 у 27 країнах підтвердило, що короткі інструменти родини Patient Health Questionnaire можуть забезпечувати міжкраїнне порівняння депресивної симптоматики за умови перевірки психометричної еквівалентності в конкретних мовних і культурних контекстах [7]. Це дозволяє інтегрувати вітчизняні дані з результатами міжнародних досліджень, але вимагає обережності, оскільки воєнний досвід може змінювати частоту й інтерпретацію окремих симптомів. Зокрема, порушення сну, виснаження, труднощі концентрації або психомоторне напруження можуть бути пов'язані як із депресивною симптоматикою, так і з об'єктивними умовами небезпеки, нічними тривогами, вимушеним переміщенням чи хронічним недосипанням.

Сучасні психометричні підходи підкреслюють, що переклад опитувальника не є достатньою підставою для його наукового використання. Відсутність перевірки вимірювальної інваріантності може призводити до помилкових висновків про міжгрупові відмінності, зумовлені неоднаковим розумінням пунктів або різною структурою відповідей [8]. У випадку

PHQ-9 україномовна адаптація має забезпечити збереження психологічного змісту пунктів, зрозумілості інструкції та коректності інтерпретації сумарного бала. Крім того, вибір шкали для дослідження має ґрунтуватися на доказах валідності, надійності, практичної придатності та відповідності цільовій популяції [9].

В умовах війни особливої уваги з точки зору етики потребує дев'ятий пункт PHQ-9, який стосується думок про смерть або самопошкодження. У масових опитуваннях не може розглядатися лише як компонент сумарного бала, оскільки позитивна відповідь потребує попередньо визначеної процедури інформування, маршрутизації та надання контактів кризової допомоги. Дослідження психічного здоров'я українських дітей і молоді в умовах війни підкреслюють необхідність безпечного й етично організованого оцінювання депресивних і травматичних проявів, особливо у вразливих групах [11].

Отже, актуальність україномовної адаптації PHQ-9 визначається потребою у швидкому скринінгу депресивної симптоматики в умовах війни, практичною придатністю інструменту для первинної оцінки, його міжнародною впізнаваністю та недостатньою психометричною перевіркою в українському воєнному контексті.

Сучасні дослідження психічного здоров'я в умовах збройних конфліктів підкреслюють потребу в масштабованих, доступних і доказових інструментах оцінки, придатних для первинної допомоги, психологічного консультування, гуманітарного реагування та наукового моніторингу [12]. Тому валідизація PHQ-9 українською мовою є окремим науковим завданням, спрямованим на створення надійного інструменту оцінки депресивної симптоматики в суспільстві, що переживає тривалий воєнний стрес.

Постановка завдання. Мета статті полягає у здійсненні україномовної адаптації «Опитувальника здоров'я пацієнта-9» (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9) та перевірці його психометричних властивостей в українській вибірці в умовах війни.

Методологія дослідження. ***Переклад***. Україномовна адаптація Patient Health Questionnaire-9 здійснювалася відповідно до процедур лінгвістичної та змістової адаптації психодіагностичного інструментарію. Переклад пунктів PHQ-9 українською мовою виконували троє незалежних експертів у сфері психології – кандидати психологічних наук та PhD, які володіють англійською мовою на рівні не нижче B2 і мають досвід клінічної психологічної та психодіагностичної роботи. Під час перекладу увага приділялася збереженню семантичної, клінічної та психодіагностичної еквівалентності пунктів. Особливо ретельно аналізувалися формулювання, пов'язані зі зниженням інтересу або задоволення, пригніченим настроєм, втомою, негативною самооцінкою, психомоторними змінами та думками про смерть або самопошкодження. Після незалежних перекладів проведено експертне узгодження варіантів і визначено остаточну редакцію пунктів.

Узгоджений варіант PHQ-9 перевірено в межах пілотного дослідження щодо зрозумілості інструкції, прийнятності формулювань і зручності заповнення. За результатами пілотного етапу внесено редакційні уточнення, які не змінювали змісту пунктів, але покращували їхню мовну природність та однозначність.

Виклад основного матеріалу. ***Вибірка***. Емпіричне дослідження проводилося у дві хвилі. У першій хвилі взяли участь 447 опитаних, у другій – 97 респондентів із першої хвилі. Перша хвиля використовувалася для перевірки описових характеристик, дискримінативності пунктів, внутрішньої узгодженості, факторної структури та валідності україномовної версії PHQ-9, а друга – для оцінки стабільності показників при повторному вимірюванні.

У першій хвилі жінки склали 79,9%, чоловіки – 20,1%, а у другій хвилі відповідно 92,8% і 7,2%. У вибірці переважали опитані, які навчаються: 63,5% у першій хвилі та 50,5% у другій. Середній вік учасників першої хвилі становив 23,8 року, медіана – 21 рік, SD=7,45. У другій хвилі середній вік склав 27,8 року, медіана – 23 роки, SD=9,07. Особистий досвід психотерапії мали 47,1% опитаних першої хвилі та 28,9% другої. Отже, вибірка переважно представлена молодими дорослими, що слід враховувати під час узагальнення результатів.

Процедура. Дослідження включало переклад і експертне узгодження PHQ-9, пілотне тестування, внесення редакційних уточнень, основне емпіричне дослідження та повторне вимірювання через 6–8 тижнів. Учасники першої хвилі заповнювали україномовну версію PHQ-9 і додаткові методики для перевірки валідності шкали. Участь була добровільною; опитувані були поінформовані про мету дослідження, анонімність обробки даних і право припинити участь. З огляду на наявність у PHQ-9 пункту про думки щодо смерті або самопошкодження, процедура передбачала етичну чутливість до змісту опитування.

Діагностичні методики. Основним інструментом дослідження був Patient Health Questionnaire-9 у перекладеній та адаптованій україномовній версії. PHQ-9 містить 9 пунктів, які оцінюють вираженість депресивної симптоматики за останні два тижні за чотирибальною шкалою частоти прояву симптому. Загальний бал відображає рівень депресивної симптоматики. У цьому дослідженні PHQ-9 використовувався як скринінговий інструмент.

Для перевірки конвергентної валідності було використано адаптовану на українській вибірці версію Depression Anxiety Stress Scales-21. DASS-21 містить 21 пункт і оцінює три компоненти психологічного дистресу: депресію, тривогу та стрес. Очікувалося, що загальний бал PHQ-9 матиме позитивний зв'язок зі шкалою депресії DASS-21, а також із показниками тривоги та стресу як суміжними проявами психологічного неблагополуччя.

Аналіз даних. Статистична обробка була спрямована на перевірку психометричних властивостей україномовної версії PHQ-9. Було розраховано описові статистики пунктів і загального бала шкали, зокрема середнє значення, медіану, стандартне відхилення, асиметрію та ексцес. Дискримінативність пунктів оцінювалася за кореляціями пунктів із загальним балом, скоригованими item-total кореляціями та значенням α Кронбаха при вилученні пункту.

Внутрішня узгодженість шкали перевірялася за коефіцієнтами α Кронбаха та ω Макдональда. Стабільність показників у часі оцінювалася за допомогою критерію Вілкоксона. Факторну структуру PHQ-9 перевірено за допомогою експлораторного та конфірматорного факторного аналізу. Перед факторизацією використовувався показник KMO та критерій сферичності Бартлетта. У конфірматорному аналізі перевірялася однофакторна модель PHQ-9 з урахуванням χ^2, χ^2/df, CFI, TLI, RMSEA та SRMR.

Конвергентну валідність перевірено за допомогою кореляційного аналізу зв'язків між загальним балом PHQ-9 і шкалами депресії, тривоги та стресу DASS-21. Використовувався коефіцієнт рангової кореляції Спірмена. Статистичну обробку виконано в IBM SPSS Statistics. Рівень статистичної значущості визначався як $p<0,05$, а результати з $p<0,001$ розглядалися як високо статистично значущі.

Результати дослідження. Психометричний аналіз україномовної версії PHQ-9 показав узгоджену структуру відповідей, прийнятну надійність, достатню дискримінативність пунктів і валідність методики для скринінгової оцінки депресивної симптоматики в українській вибірці в умовах війни. Отримані результати розглядаються як підстава для використання PHQ-9 у первинному виявленні вираженості симптомів, а не як самостійний клінічний діагноз.

За описовими статистиками середній загальний бал PHQ-9 становив 7,723, медіана – 7, що відповідає легкому рівню депресивної симптоматики (табл. 1).

Найвищі середні значення зафіксовано за пунктами «Втома / нестача енергії» (M=1,387), «Труднощі концентрації уваги» (M=1,148) і «Порушення сну» (M=1,069). Найнижчий показник отримано за

Таблиця 1

Описові статистики пунктів PHQ-9

№ пункту	Зміст пункту	M	Median	SD	Min	Max	Skewness	Kurtosis
1	Зниження інтересу або задоволення	0,908	1	0,887	0	3	0,703	–0,304
2	Пригнічений настрій / втрата надії	0,817	1	0,851	0	3	0,864	0,108
3	Порушення сну	1,069	1	1,008	0	3	0,547	–0,823
4	Втома / нестача енергії	1,387	1	1,013	0	3	0,193	–1,053
5	Негативна самооцінка / почуття провини	0,694	0	0,917	0	3	1,188	0,426
6	Труднощі концентрації уваги	1,148	1	1,022	0	3	0,472	–0,911
7	Психомоторне уповільнення / неспокій	0,508	0	0,798	0	3	1,546	1,646
8	Порушення апетиту / переїдання	0,890	1	0,949	0	3	0,774	–0,423
9	Думки про смерть або самопошкодження	0,302	0	0,667	0	3	2,349	5,049
Загальний бал	PHQ-9 total score (Депресія)	7,723	7	5,665	0	27	0,600	–0,106

пунктом «Думки про смерть або самопошкодження» (M=0,302), який, попри нижчу частотність, зберігає важливе клініко-етичне значення.

Показники асиметрії та ексцесу загального бала свідчать про прийнятний розподіл для психометричного аналізу. Більшість пунктів демонструють достатню варіативність відповідей, що дозволяє оцінювати як загальний рівень депресивної симптоматики, так і окремі прояви симптомного профілю.

Аналіз дискримінативності показав, що всі пункти PHQ-9 мають прийнятний або високий зв'язок із загальним балом (див. табл. 2).

Кореляції пунктів із сумарним показником перебували в діапазоні від 0,525 до 0,754, а скориговані item-total кореляції перевищували 0,49. Вилучення жодного пункту не покращувало надійність шкали, тому всі дев'ять пунктів доцільно залишити у складі методики.

Показники внутрішньої узгодженості підтвердили надійність шкали: α Кронбаха становила 0,865, ω Макдональда – 0,868 (див. табл. 3).

Середній бал під час першого вимірювання становив 7,72, під час повторного – 7,52. Статистично значущих відмінностей між тестом і ретестом не виявлено, що підтверджує стабільність показників у часі.

Експлораторний факторний аналіз підтвердив придатність даних до факторизації: KMO=0,891; χ^2=1525; df=36; p<0,001 (див. табл. 4).

Таблиця 2

Дискримінативність пунктів PHQ-9

№ пункту	Зміст пункту	Кореляція пункту із загальним балом PHQ-9	Скоригована item-total кореляція	α Кронбаха при вилученні пункту
1	Зниження інтересу або задоволення	0,754	0,670	0,844
2	Пригнічений настрій / втрата надії	0,754	0,680	0,843
3	Порушення сну	0,636	0,510	0,860
4	Втома / нестача енергії	0,753	0,634	0,847
5	Негативна самооцінка / почуття провини	0,754	0,679	0,842
6	Труднощі концентрації уваги	0,716	0,605	0,850
7	Психомоторне уповільнення / неспокій	0,567	0,492	0,859
8	Порушення апетиту / переїдання	0,710	0,617	0,848
9	Думки про смерть або самопошкодження	0,525	0,497	0,859

Таблиця 3

Внутрішня узгодженість PHQ-9 та порівняння показників між хвилями

Показник	Значення
α Кронбаха для PHQ-9	0,865
ω Макдональда для PHQ-9	0,868
Середній бал PHQ-9 під час першого вимірювання	7,72
Середній бал PHQ-9 під час повторного вимірювання	7,52
Різниця між тестом і ретестом (Wilcoxon rank)	1447; p=0,640

Таблиця 4

Результати експлораторного факторного аналізу PHQ-9

№ пункту	Зміст пункту	Факторне навантаження	Унікальність
1	Зниження інтересу або задоволення	0,735	0,459
2	Пригнічений настрій / втрата надії	0,747	0,442
3	Порушення сну	0,540	0,708
4	Втома / нестача енергії	0,671	0,550
5	Негативна самооцінка / почуття провини	0,749	0,439
6	Труднощі концентрації уваги	0,642	0,588
7	Психомоторне уповільнення / неспокій	0,535	0,714
8	Порушення апетиту / переїдання	0,667	0,555
9	Думки про смерть або самопошкодження	0,543	0,705

Всі пункти мали додатні факторні навантаження, що підтримує однофакторну структуру PHQ-9. Найвищі навантаження отримано для пунктів про негативну самооцінку, пригнічений настрій і зниження інтересу або задоволення. Підвищена унікальність пунктів про сон, психомоторне уповільнення або неспокій і думки про смерть або самопошкодження може відображати їхню специфічну дисперсію, зокрема через вплив воєнного стресу, тривоги, порушень сну та умов небезпеки. Так, всі пункти зберігали достатній зв'язок із загальним фактором.

Конфірматорний факторний аналіз підтвердив статистично значущий внесок усіх пунктів у латентний фактор депресивної симптоматики (див. табл. 5).

Найвищі оцінки отримано для пунктів про негативну самооцінку, втому, зниження інтересу, труднощі концентрації та пригнічений настрій.

Індекси CFA потребують обережної інтерпретації: CFI=0,902 і SRMR=0,0518 свідчать про прийнятну відповідність моделі, тоді як TLI=0,870 і RMSEA=0,110 вказують на певну напруженість. Отже, однофакторна модель PHQ-9 загалом підтримується, однак потребує подальшої перевірки на додаткових вибірках.

Кореляційний аналіз із DASS-21 підтвердив конвергентну валідність PHQ-9 (див. табл. 6).

Усі зв'язки були позитивними, помірними та статистично значущими: з депресією ρ=0,485, з тривогою ρ=0,498, зі стресом ρ=0,467 (p<0,001).

Отже, україномовна версія PHQ-9 продемонструвала достатню варіативність відповідей, прийнятну дискримінативність пунктів, високу внутрішню узгодженість, часову стабільність, підтверджену однофакторну структуру та конвергентну валідність. Методика може використовуватися як короткий скринінговий інструмент для оцінювання депресивної симптоматики в українській вибірці в умовах війни, за умови інтерпретації результатів як показника вираженості симптомів (див. дод. А).

Висновки. У дослідженні здійснено переклад, адаптацію та психометричну апробацію україномовної версії Patient Health Questionnaire-9. Отримані результати підтвердили надійність, внутрішню узгодженість, дискримінативність пунктів і часову стабільність PHQ-9 в українській вибірці.

Експлораторний і конфірматорний факторний аналіз загалом підтвердили доцільність однофакторної інтерпретації PHQ-9, а статистично значущі позитивні зв'язки з показниками депресії, тривоги та стресу за DASS-21 засвідчили конвергентну валідність методики. Отже, україномовна версія PHQ-9 може використовуватися як короткий скринінговий інструмент для оцінювання депресивної симптоматики в умовах війни.

Таблиця 5

Результати конфірматорного факторного аналізу PHQ-9

№ пункту	Зміст пункту	Estimate	SE	z	p
1	Зниження інтересу або задоволення	0,666	0,0376	17,7	<0,001
2	Пригнічений настрій / втрата надії	0,642	0,0359	17,9	<0,001
3	Порушення сну	0,538	0,0469	11,5	<0,001
4	Втома / нестача енергії	0,674	0,0450	15	<0,001
5	Негативна самооцінка / почуття провини	0,687	0,0389	17,7	<0,001
6	Труднощі концентрації уваги	0,645	0,0460	14	<0,001
7	Психомоторне уповільнення / неспокій	0,421	0,0372	11,3	<0,001
8	Порушення апетиту / переїдання	0,623	0,0421	14,8	<0,001
9	Думки про смерть або самопошкодження	0,362	0,0310	11,7	<0,001

Таблиця 6

Кореляції PHQ-9 з показниками DASS-21

Показники DASS-21	PHQ-9		Інтерпретація
	ρ	p	
Депресія	0,485	<0,001	Помірний позитивний статистично значущий зв'язок; підтверджує конвергентну валідність PHQ-9 щодо депресивної симптоматики
Тривога	0,498	<0,001	Помірний позитивний статистично значущий зв'язок; свідчить про зв'язок PHQ-9 із суміжними проявами психологічного дистресу
Стрес	0,467	<0,001	Помірний позитивний статистично значущий зв'язок; вказує на асоціацію PHQ-9 із загальним стресовим напруженням

Додаток А

Опитувальник здоров'я пацієнта (PHQ-9)
адаптація (Баратюк & Яблонська, 2026)

Інструкція: Просимо Вас оцінити, як часто Вас турбували описані нижче проблеми протягом останніх двох тижнів. Для цього позначте галочкою один варіант відповіді для кожного рядка, вибравши між: «0 – Зовсім ні», «1 – Кілька днів», «2 – Більше половини днів» та «3 – Майже щодня».

№ твердження	0	1	2	3
1. Відчували мало інтересу або задоволення від звичних справ				
2. Відчували пригніченість, депресію або втрату надії				
3. Мали проблеми зі сном (труднощі засинання, поверхневий або надмірний сон)				
4. Відчували втому або нестачу енергії				
5. Відчували, що Ви ні на що не здатні, або підвели себе чи своїх близьких				
6. Мали труднощі з концентрацією уваги (наприклад, під час читання чи перегляду відео)				
7. Рухалися або говорили дуже повільно, настільки, що це могли помітити інші люди, або, навпаки, були надмірно непосидючими чи неспокійними				
8. Мали поганий апетит або, навпаки, переїдали				
9. Мали думки, що краще було б померти, або заподіяти собі шкоду				

Перспективи подальших досліджень полягають у перевірці PHQ-9 у різних вікових, професійних і клінічних групах, уточненні факторної структури та підготовці спеціалізованої версії для військовослужбовців з урахуванням бойового досвіду, тривалого перебування в небезпеці й поєднання депресивних проявів із посттравматичними, тривожними та соматичними симптомами.

Список літератури:

1. Fornaro M., Ricci C., Zotti, N., Caiazza C., Viacava L., Rubinshtain Tal A., Calati R., Gonda X., Szabo G., De Prisco M., Oliva V., Fico G., Solmi M., Vieta E., Carvalho F. A., Primavera D., Carta M., de Bartolomeis A. Mental health during the 2022 Russo-Ukrainian War: A scoping review and unmet needs. *Journal of Affective Disorders*. 2025. 373. 12-27. https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.12.047

2. Kurapov A., Kalaitzaki A., Keller V., Danyliuk I., Kowatsch T. The mental health impact of the ongoing Russian-Ukrainian war 6 months after the Russian invasion of Ukraine. *Frontiers in Psychiatry*. 2023. 14. 1-9. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1134780

3. Kalaitzaki A., Goodwin R., Kurapov A., Vintila M., Lazarescu G., Lytvyn S., Tsouvelas G., Tamiolaki A., Danyliuk I., Ramos-Diaz J., Gnisci A., Sergi I., Mottola F., Stulnikova L., Lopez-Calle C., Salas G., Helmy M., Chen Y.L., Yen C.F., Czepczor-Bernat K., Samekin A., Topanova G., Zhamuldinov V.N. The mental health toll of the Russian-Ukraine war across 11 countries: Cross-sectional data on war-related stressors, PTSD and CPTSD symptoms. *Psychiatry Research,* 2024. T. 342. C. 1–10. DOI: https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.116248

4. Lushchak O., Velykodna M., Deputatov V., Strilbytska O. Mental health help-seeking behavior among Ukrainian adults during the 2nd year of the 2022 Russian invasion: a cross-sectional study. *Frontiers in Psychology*. 2026. 17. 1-8. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2026.1793954

5. Kip A., Nickerson A., Specker P., Langiu A., Nguyen T., Churbaji D., & Morina N. Mental health of internally displaced persons: a meta-analysis. *BMJ Global Health*. 2026. 11(6). https://doi.org/10.1136/bmjgh-2025-023173

6. He C., Levis B., Riehm K.E., et al. The Accuracy of the Patient Health Questionnaire-9 Algorithm for Screening to Detect Major Depression: An Individual Participant Data Meta-Analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2020. 89. 25-37. https://doi.org/10.1159/000502294

7. Fischer F., Levis B., Falk C., Sun Y., Ioannidis J., Cuijpers P., Shrier I., Benedetti A., Thombs B. Comparison of different scoring methods based on latent variable models of the PHQ-9: an individual participant data meta-analysis. *Psychological Medicine*, 2022. 52. 3472-3483. https://doi.org/10.1017/S0033291721000131

8. Lushchak O., Velykodna M., Bolman S., Strilbytska O., Berezovskyi V., Storey K. B. Prevalence of stress, anxiety, and symptoms of post-traumatic stress disorder among Ukrainians after the first year of Russian invasion: a nationwide cross-sectional study. *The Lancet Regional Health – Europe*. 2023. 36. 1-10. https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100773

9. Maassen E., D'Urso E., van Assen M., Nuijten M., De Roover K., Wicherts J. The dire disregard of measurement invariance testing in psychological science. *Psychological Methods*. 2023. 30. 966-979. https://doi.org/10.1037/met0000624

10. Perez N., Sierra P., Taylor B., Fletcher J. Selecting a depression measure for research: A critical examination of five common self-report scales. *Journal of Affective Disorders*. 2026. 394. 1-10. https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.120542

11. Silwal S., Westerlund M., Osokina O., Ivnyev B., Ahramo K., Ortin-Peralta A. Mental health of Ukrainian children and youth during the Russian-Ukrainian war: a scoping review. *BMJ Global Health*. 2026. 11. 1-13. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2025-020506

12. Fréel S., Punski-Hoogervorst J., Hoeboer C., Ruzek J., Beardmore L., Olff M., Javakhishvili J. Mental health and psychosocial support interventions for populations affected by ongoing armed conflict: a scoping review. *BMJ Global Health*. 2026. 11. 1-15. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2025-022708

Baratiuk A.Yu., Yablonska T.M. PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (PHQ-9): UKRAINIAN ADAPTATION, APPROBATION, AND PSYCHOMETRIC PROPERTIES IN WARTIME CONDITIONS

The article addresses the Ukrainian-language adaptation and psychometric evaluation of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) as a screening instrument for depressive symptoms in wartime conditions. The relevance of standardized tools is substantiated in the context of prolonged war-related stress, where depressive manifestations may co-occur with anxiety, posttraumatic symptoms, sleep disturbances, and somatic exhaustion. The aim was to translate, linguistically and conceptually adapt the PHQ-9 into Ukrainian and examine its psychometric properties in a sample. The translation was carried out by three independent experts in clinical psychology and psychodiagnostics, followed by reconciliation and assessment of the clarity of the instruction and items. The empirical study was conducted in two waves: the first included 447 respondents, and the second included 97 respondents from the initial sample, enabling the evaluation of stability. To examine the psychometric properties, descriptive statistics, item discrimination indices, internal consistency, test-retest stability, exploratory and confirmatory factor analyses, and correlations with DASS-21 indicators were calculated. High reliability coefficients were obtained: Cronbach's α=0.865 and McDonald's ω=0.868. All items demonstrated acceptable or high associations with the total score, and removal of any item did not improve the internal consistency of the scale. Exploratory factor analysis supported the one-factor structure of the PHQ-9, whereas confirmatory factor analysis indicated a statistically significant contribution of all items to the latent factor of depressive symptomatology. Convergent validity was confirmed by statistically significant correlations between the PHQ-9 and the depression, anxiety, and stress scales of the DASS-21. The findings indicate that the Ukrainian version of the PHQ-9 may be used as a screening instrument for primary assessment of depressive symptoms in wartime conditions, provided that the results are interpreted as non-diagnostic indicators.

Keywords: *PHQ-9, depression, depressive symptoms, mental health, screening, distress, war, Ukrainian sample, psychometrics.*

Дата першого надходження статті до видання: 06.07.2026
Дата прийняття статті до друку після рецензування: 30.07.2026
Дата публікації (оприлюднення) статті: 23.10.2026